



居住声明

18 V.S.A. § 9481(12)

患者姓名: _____

患者出生日期: _____

日期: _____

关于本人根据 University of Vermont Health 经济援助计划进行的经济援助申请，本人特此声明：

- 1) 本人在接受该经济援助申请所涉医疗服务时居住在佛蒙特州；且
- 2) 本人当时没有永久、稳定的住房。

本文件可由监护人或授权的照护者代替患者签署。在签署了本文件并将其与经济援助申请一并交至 UVM Health 时，患者无需提供进一步的居住证明即可申请经济援助。

患者（或监护人或照护者）签名

监护人或照护者的正楷签名（如适用）