



University of Vermont Health

बसोबासको कथन

18 V.S.A. § 9481(12)

बिरामीको नाम: _____

बिरामीको जन्ममिति: _____

मिति: _____

University of Vermont Health आर्थिक सहयोग कार्यक्रमअन्तर्गत मेरो आर्थिक सहयोग आवेदनसँग सम्बन्धित रूपमा, म तल उल्लेखित कुराहरू पुष्टि गर्दछु:

- 1) मैले मेरो आर्थिक सहयोग आवेदनअन्तर्गत पर्ने स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरें, म Vermont मा बसोबास गरिरहेको थिएँ र
- 2) उक्त समयमा मेरो स्थायी र स्थिर आवासको अभाव थियो।

यस कागजातमा बिरामीको सट्टा अभिभावक वा अधिकृत स्याहारकर्ताद्वारा हस्ताक्षर गर्न सकिन्छ। यो कागजातमा हस्ताक्षर गरी UVM Health लाई आर्थिक सहयोग आवेदनसँग सम्बन्धित रूपमा प्रदान गरिँदा, बिरामीलाई आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्नका लागि बसोबासको थप प्रमाण पेश गर्न आवश्यक हुने छैन।

बिरामी (वा अभिभावक वा स्याहारकर्ता) को हस्ताक्षर

अभिभावक वा स्याहारकर्ताको पूरा नाम (लागूयोग्य भएमा)