



# University of Vermont Health

## إقرار ذاتي بالدخل

ملحوظة: يجب استخدام هذا النموذج فقط من قبيل الأفراد الذين لا يملكون أي إثبات آخر صالح للدخل. إذا كنتم قد قدمتم ما يثبت دخلكم مدعوماً بالمستندات المناسبة، أو إذا كنتم مؤهلين بموجب الأهلية الاقترانية، فلستم بحاجة إلى استكمال هذا النموذج.

الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

العنوان البريدي:

الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

يُرجى تحديد مصادر التمويل الخاصة باحتياجاتكم الأساسية اليومية، مثل المأوى والطعام.

كانت وظيفتي الأخيرة في (الشهر/السنة):

كان صاحب عملِي، الأخير هو:

يتعين على المتقدمين قراءة ما يلي والتوقيع عليه:

أنا أطلب الحصول على مساعدة مالية من University of Vermont Health Partners. أفهم أن مسؤولي البرنامج قد يقومون بالتحقق من المعلومات الواردة في هذا النموذج. أقرّ بأن جميع المعلومات التي قدمتها صحيحة و كاملة.

## التاريخ

توقيع المريض / الضامن المالي أو (ولي الأمر/الوصي إذا كان المريض دون سن 18 عاماً)