



بيان الإقامة

18 V.S.A. § 9481(12)

اسم المريض:

تاريخ ميلاد المريض:

التاريخ:

فيما يتصل بطلب للحصول على المساعدة المالية بموجب برنامج المساعدة المالية التابع لجامعة University of Vermont Health،  
أقر بموجب هذا بما يلي:

(1) كنت مقيماً في ولاية فيرمونت وقت تلقيت الخدمات الطبية المشمولة بطلب المساعدة المالية الخاص بي؛ و

(2) كنت أفتقر إلى سكن دائم ومستقر في ذلك الوقت.

يجوز أن يوقع هذا المستند من قبل الوصي أو مقدم الرعاية المخول بدلاً من المريض. عند توقيع هذا المستند وتقديمه إلى نظام الرعاية الصحية بجامعة فيرمونت (UVM Health) فيما يتصل بطلب المساعدة المالية، فلن يُطلب من المريض تقديم دليل إضافي على الإقامة كشرط للحصول على المساعدة المالية.

\_\_\_\_\_  
توقيع المريض (أو الوصي أو مقدم الرعاية)

\_\_\_\_\_  
الاسم الكامل للوصي أو مقدم الرعاية (إن وجد)