



University of Vermont Health

Declaración de residencia

18 V.S.A. § 9481(12)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Fecha: _____

En relación con mi solicitud de asistencia financiera conforme al programa de asistencia financiera de University of Vermont Health, por el presente afirmo lo siguiente:

- 1) Residía en Vermont en el momento en que recibí servicios médicos según mi solicitud de asistencia financiera.
- 2) No contaba con vivienda estable permanente en ese momento.

Este documento puede ser firmado por un tutor o cuidador autorizado en lugar del paciente. Cuando se firma y entrega este documento a UVM Health en relación con una solicitud de asistencia financiera, no se exigirá al paciente que proporcione pruebas adicionales de residencia como condición para recibir asistencia financiera.

Firma del paciente (o tutor o cuidador)

Aclaración de la firma en letra de imprenta