



### 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