



Carta de autodeclaración de ingresos

Nota: Solo deben utilizar este formulario las personas que no tengan otra prueba válida de ingresos. Si ha declarado ingresos con el respaldo adecuado y/o cumple los requisitos de elegibilidad presunta, no es necesario que complete este formulario.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Identifique las fuentes de financiación para sus necesidades básicas diarias, por ejemplo, vivienda y alimentos

Mi último trabajo fue en (mes/año): _____

Mi último empleador fue: _____

Los solicitantes deben leer y firmar lo siguiente:

Solicito asistencia financiera de University of Vermont Health Partners. Comprendo que los funcionarios del programa pueden verificar la información de este formulario. Certifico que toda la información que proporcioné es precisa y completa.

Firma del paciente/Garante financiero o (padre/madre/tutor si el paciente es menor de 18)

Fecha