



## 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