



Pismo samoprovjere prihoda

Napomena: Ovaj obrazac trebaju koristiti samo osobe koje nemaju drugi važeći dokaz o prihodima. Ako ste prijavili prihod uz odgovarajuću podršku i/ili ispunjavate pretpostavljene uslove, ne morate popunjavati ovaj obrazac.

Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

Adresa: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Broj telefona: _____

Molimo vas da navedete izvore finansiranja vaših osnovnih svakodnevnih potreba, na primjer smještaj i hranu

Moj posljednji posao je bio (mjesec/godina): _____

Moj posljednji poslodavac je bio: _____

Kandidati moraju pročitati i potpisati sljedeće:

Tražim finansijsku pomoć od University of Vermont Health Partners. Razumijem da službenici programa mogu provjeriti informacije na ovom obrascu. Ovime potvrđujem da su sve informacije koje sam dostavio/la tačne i potpune.

Potpis pacijenta / finansijskog garanta ili (roditelja/staratelja ako je pacijent mlađi od 18 godina)

Datum