



University of Vermont Health

Izjava o prebivalištu

18 V.S.A. § 9481(12)

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja pacijenta: _____

Datum: _____

U vezi sa mojim zahtjevom za finansijsku pomoć u okviru programa finansijske pomoći za University of Vermont Health, ovim potvrđujem sljedeće:

- 1) Živio/la sam u Vermontu u vrijeme kada sam primao/la medicinske usluge koje su predmet mog zahtjeva za finansijsku pomoć; i
- 2) U navedenom vremenu nisam imao/la stalni stabilni smještaj.

Ovaj dokument može potpisati staratelj ili ovlašteni njegovatelj umjesto pacijenta. Kada se ovaj dokument potpiše i dostavi UVM Health-u u vezi sa zahtjevom za finansijsku pomoć, od pacijenta se neće tražiti da dostavi dodatni dokaz o prebivalištu kao uslov za primanje finansijske pomoći.

Potpis pacijenta (ili staratelja ili njegovatelja)

Štampano ime staratelja ili njegovatelja (ako je primjenjivo)