



University of Vermont Health

بیانیه اقامت

18 V.S.A. § 9481(12)

نام مریض:

تاریخ تولد مریض:

تاریخ:

در رابطه به درخواستی من برای گرفتن کمک مالی تحت برنامه کمک مالی University of Vermont Health بدینوسیله
معلومات ذیل را تایید می نمایم:

(1) در وقت دریافت خدمات صحی مشمول درخواست کمک مالی خود باشنده Vermont بودم و

(2) من در آن وقت مسکن دائمی و با ثبات نداشتم.

این سند را یک سرپرست یا قیم مجاز به جای مریض امضا کرده می تواند. وقتی این سند امضا شود و در رابطه به یک درخواست
کمک مالی به UVM Health ارائه شود، مریض ضرورت به ارائه سند اقامت اضافی به حیث شرط برای دریافت کمک مالی
نخواهد بود.

امضا مریض (یا سرپرست یا مراقبت کننده)

نام واضح سرپرست یا مراقبت کننده (اگر قابل تطبیق باشد)
