



University of Vermont Health

د استوگنې بیانیه

18 V.S.A. § 9481(12)

د ناروغ نوم:

د ناروغ د زیږېدو نېټه:

نېټه:

د University of Vermont Health مالي مرستې پروګرام لاندې د مالي مرستې لپاره زما د غوښتنلیک په تړاو، زه دلته لاندې موارد تاییدوم:

(1) زه په Vermont کې ژوند کوم هغه وخت چې ما طبي خدمتونو ترلاسه کړل زما د مالي همکارۍ غوښتنلیک سره سم او

(2) ما په هغه وخت کې د دایمي ثبات کور نه درلود.

ممکن دا سند د ناروغ پر ځای د سرپرست یا مجاز پاملرنې کوونکي لخوا لاسلیک شي. کله چې دا سند لاسلیک شي او د مالي مرستې غوښتنلیک په تړاو UVM روغتیا ته ورکړل شي، ناروغ به اړتیا ونلري چې د مالي همکارۍ ترلاسه کولو لپاره د شرط په توګه د اوسیدو نور ثبوت وړاندې کړي.

د ناروغ لاسلیک (یا سرپرست یا پالونکي)

د سرپرست یا پالونکي څرګند نوم (که د تطبیق وړ وي)