



University of
Vermont Health

پخپله د عايد لپاره د خان د تصديق كولو ليك

يادونه: دا فورمه بايد يوازي د هغو اشخاصو لخوا و كارول شي چې د عايد كوم بل معتبر سند نه لري. كه چيري تاسو د مناسب ملاتړ سره د عايد په اړه راپور وركړى وي او يا د احتمالي وړتيا له مخې وړ ياست نو تاسو اړتيا نلرئ دا فورمه ډكه كړئ.

نوم: _____ د زېږيدو نېټې _____

پوسټي پتې _____

ښار _____ ايالت _____ زېږ كوك _____

تلفون _____

مهرباني وكړئ د خپلو لومړنيو ورځنيو اړتياوو لپاره لكه، سرپناه او خواړه د مالي ملاتړ سرچينې وپېژنئ

زما وروستۍ دنده په (مياشت / كال) كې وې _____

زما وروستۍ گمارونكۍ ووك _____

متقاضيان بايد لاندې موارد ولولي او لاسليك يې كړي:

زه كۀ ☐ نه كۀ ☐ زه پوهيږم چې كيدای شي د پروگرام چارواكي د دې فورمې په اړه معلومات تاييد كړي. زه تاييدوم چې ټول هغه معلومات چې ما چمتو كړي دي سم او بشپړ دي.

د ناروغ / مالي تضمين كوونكي يا (كه چيرى ناروغ د ☐ كلونو څخه كم عمر ولري د مور او پلار / سرپرست لاسليك) نيټه _____