



University of Vermont Health

Tuyên bố Cư trú

18 V.S.A. § 9481(12)

Tên bệnh nhân:

Ngày sinh của bệnh nhân:

Ngày:

Liên quan đến đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi theo chương trình hỗ trợ tài chính của University of Vermont Health, tôi xin xác nhận như sau:

- 1) Tại thời điểm tôi nhận dịch vụ y tế thuộc phạm vi đơn xin hỗ trợ tài chính, tôi đang cư trú tại Vermont; và
- 2) Tại thời điểm đó tôi không có nơi ở ổn định lâu dài.

Tài liệu này có thể được ký bởi người giám hộ hoặc người chăm sóc được ủy quyền thay cho bệnh nhân. Khi tài liệu này được ký và nộp cho UVM Health cùng với đơn xin hỗ trợ tài chính, bệnh nhân sẽ không phải cung cấp thêm bằng chứng cư trú nào khác như là điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính.

Chữ ký của Bệnh nhân (hoặc Người giám hộ hoặc Người chăm sóc)

Tên viết bằng chữ in của Người giám hộ hoặc Người chăm sóc (nếu có)