



Лист щодо самостійного підтвердження доходів

Примітка: Ця форма повинна використовуватися лише особами, які не можуть надати інших дійсних підтверджень доходу. Якщо ви повідомили про свій дохід з належним підтвердженням та/або відповідаєте критеріям передбачуваної відповідності вимогам для надання фінансової допомоги, вам не потрібно заповнювати цю форму.

Ім'я: _____ Дата народження: _____

Поштова адреса: _____

Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____

Телефон: _____

Будь ласка, вкажіть джерела покриття Ваших основних повсякденних потреб, наприклад, житло та їжа

• _____

На останньому місці роботи я працював у (місяць/рік): _____

Моїм останнім роботодавцем був: _____

Заявники повинні прочитати і засвідчити підписом наступне:

Я запитую фінансову допомогу від University of Vermont Health Partners. Я розумію, що співробітники програми можуть перевіряти інформацію в цій формі. Я підтверджую, що вся надана мною інформація є точною і повною.

Підпис пацієнта/фінансового поручителя або (батька/опікуна, якщо пацієнту менше 18 років)

Дата