



University of Vermont Health

Заява про резиденство

18 V.S.A. § 9481(12)

Ім'я пацієнта:

Дата народження пацієнта:

Дата:

У зв'язку з моєю заявою на отримання фінансової допомоги за програмою фінансової допомоги University of Vermont Health, я підтверджую наступне:

- 1) Я проживав у штаті Вермонт на момент отримання медичних послуг, що є предметом моєї заяви на отримання фінансової допомоги; і
- 2) Я не мав постійного місця проживання в зазначений час.

Цей документ може бути підписаний опікуном або уповноваженою особою, яка здійснює догляд. Після підписання цього документа та надання його до UVM Health у зв'язку із заявою на отримання фінансової допомоги, від пацієнта не вимагатимуть подальшого підтвердження місця проживання як умови для отримання фінансової допомоги.

Підпис пацієнта (або опікуна або уповноваженої особи, яка здійснює догляд)

Друковане ім'я опікуна або уповноваженої особи, яка здійснює догляд (за наявності)