



University of
Vermont Health

Barua ya Uthibitishaji wa Mapato

Kumbuka: Fomu hii inapaswa kutumiwa tu na watu ambao hawana nyaraka nyinginehalali wa mapato. Iwapo umeripoti mapato kwa usaidizi ufaao, na au umehitimu chini ya ustahiki wa kukisiwa huhitaji kujaza fomu hii.

Jina: _____ Tarehe ya Kuzaliwa: _____

Anwani ya Barua: _____

Jiji: _____ Jimbo: _____ Msimbo wa Zip: _____

Simu: _____

Tafadhali tambua vyanzo vya ufadhili wa mahitaji yako ya kimsingi ya kila siku, kwa mfano malazi na chakula

Kazi yangu ya mwisho ilikuwa katika (mwezi/mwaka) : _____

Mwajiri wangu wa mwisho alikuwa: _____

Waombaji wanapaswa kusoma na kutia saini yafuatayo:

Ninaomba usaidizi wa kifedha kutoka kwa University of Vermont Health Network. Ninaelewa kuwa maafisa wa programu wanaweza kuthibitisha maelezo kwenye fomu hii. Ninathibitisha kuwa maelezo yote niliyotoa ni sahihi na kamili.

Saini ya Mgonjwa / Mdhamini wa Fedha au (Mzazi/Mlezi ikiwa mgonjwa yuko chini ya umri wa miaka 18)

Tarehe