



University of Vermont Health

Taarifa ya Ukaaji

18 V.S.A. § 9481(12)

Jina la Mgonjwa:

Tarehe ya Kuzaliwa ya Mgonjwa:

Tarehe:

Kuhusiana na maombi yangu ya msaada wa kifedha chini ya mpango wa msaada wa kifedha wa University of Vermont Health, ninathibitisha yafuatayo:

- 1) Nilikuwa nikiishi Vermont wakati nilipopokea huduma za matibabu kulingana na ombi langu la msaada wa kifedha; na
- 2) Nilikosa makazi thabiti wakati huo.

Hati hii inaweza kutiwa saini na mlezi au mtunzaji aliyeidhinishwa badala ya mgonjwa. Hati hii inapotiwa saini na kutolewa kwa UVM Health kuhusiana na ombi la msaada wa kifedha, mgonjwa hatahitajika kutoa uthibitisho zaidi wa ukaaji kama sharti la kupokea msaada wa kifedha.

Saini ya Mgonjwa (au Mlezi au Mtunzaji)

Jina Lililoandikwa la Mlezi au Mtunzaji (ikiwa linatumika)