



# University of Vermont **Health**

## **Carte de Autodeclaração de Renda**

Nota: Este formulário só deve ser usado por pessoas que não tenham outra comprovação válida de renda. Se você reportou renda com suporte adequado, e/ou se qualifica sob elegibilidade presumida, você não precisa preencher este formulário.

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço de correspondência: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Identifique fontes de financiamento para suas necessidades cotidianas básicas, como moradia e alimentação

Meu último emprego foi em (mês/ano): \_\_\_\_\_

Meu último empregador foi:

**Os requerentes devem ler e assinar o seguinte:**

Eu estou solicitando assistência financeira dos Parceiros da University of Vermont Health. Eu  
compreendo que os agentes do programa podem verificar as informações neste formulário. Eu certifico  
que todas as informações que fornecei são precisas e completas.

Assinatura do paciente/Fiador financeiro ou (Pai/Responsável legal se o paciente for menor de 18 anos)

## Data