



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 forneci são precisas e completas.

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

Data