



University of Vermont Health

Declaração de Residência

18 V.S.A. § 9481(12)

Nome do paciente: _____

Data de nascimento do paciente: _____

Data: _____

Em conexão com minha candidatura para assistência financeira sob o programa de assistência financeira da University of Vermont Health, eu neste documento afirmo o seguinte:

- 1) Eu estava morando em Vermont no momento em que recebi serviços médicos sujeitos a minha candidatura para assistência financeira; e
- 2) Eu não tinha moradia estável permanente naquele momento.

Este documento pode ser assinado por um responsável ou cuidador autorizado, em vez do paciente. Quando este documento é assinado e enviado à UVM Health em conexão com a candidatura para assistência financeira, o paciente não terá que fornecer outras provas de residência como condição para receber a assistência financeira.

Assinatura do paciente (ou responsável ou cuidador)

Nome do responsável ou cuidador (se aplicável)