

أنت أولاً

قسم الصحة في فيرمونت

طلب تجديد عضوية

أرسل هذا الطلب بالبريد إلى:

Vermont Department of Health, PO Box 70 Drawer 38 (YF), Burlington, VT 05402-0070 : أرسل هذا الطلب

بالفاكس إلى

(802-657-4208) ، ٨٠٢-٦٥٧-٤٢٠٨

للصم وضعاف السمع، يُرجى استخدام خدمة اعتماد فيرمونت ٧١١، (711) وإعطاء رقمنا: ٢٢٢٢-٥٠٨-٨٠٠-١،
(1-800-508-2222).

إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى خدمات ترجمة فورية، اتصل على الرقم ٢٢٢٢-٥٠٨-٨٠٠-١ (1-800-508-2222). يُرجى ذكر لغتك وسنتواصل مع مترجم فوري.

القسم 1: نبذة عنك

الاسم:

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/عام):

الضمائر: هي/ضمير مؤنث غائب متصل هو/ضمير مذكر غائب متصل هم أو هن/ضمير جمع متصل غير ذلك (يُرجى التحديد):

عنوان الشارع (مطلوب): ليس لي عنوان دائم حالياً

المدينة/البلدة: الولاية: الرمز البريدي:

العنوان البريدي (إن اختلف عن المذكور أعلاه):

الرمز البريدي: الولاية: المدينة/البلدة:

البريد الإلكتروني:

الجوال العمل المنزل أفضل رقم هاتف للوصول إليك:

_____ - _____ (_____)

هل من المناسب ترك رسالة؟ نعم لا

هل تُعرف نفسك على أنك شخص من مجتمع الميم (مثلية ، أو مثلي، أو ثنائي الجنس، أو متحول جنسيًا، أو باحث عن الهوية الجنسية)؟
 نعم لا أفضل عدم الإجابة

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة جسدية أو عقلية أو تعليمية أو عاطفية؟ نعم لا
 أفضل عدم الإجابة

يطلب برنامج انت اولاً (You First) الحصول على معلومات شخصية حول العرق، والإثنية، والتعليم، والهوية الجنسية، والجنس، والإعاقة، واللغة. ونطرح هذه الأسئلة للتأكد من وصولنا إلى الأشخاص الذين يمكنهم تلقي خدمات انت اولاً (You First). تساعد إجاباتك فريقنا على تقليل الاختلافات التي يمكن تجنبها في النتائج الصحية. إذا كنت لا ترغب في مشاركة هذه المعلومات، يمكنك اختيار خيار "أفضل عدم الإجابة".

القسم 2: الدخل

إجمالي دخل الأسرة قبل الضرائب: بالدولار

كل عام كل شهر كل أسبوع كل أسبوعين

إجمالي عدد الأشخاص الذين يعيشون على هذا الدخل:

(يتضمن ذلك شخصك، أو الزوج/الشريك، أو الأطفال، أو الآخرين الذين يعيشون على هذا الدخل)

القسم 3: التأمين الصحي

هل لديك تأمين صحي؟

لا، ليس لدي تأمين صحي في الوقت الحالي .
 نعم، لدي تأمين صحي.

إذا كان لديك تأمين، يُرجى إخبارنا عن تأمينك أدناه. أغلب المعلومات موجودة على بطاقة تأمينك.

اسم شركة التأمين:

تاريخ بداية التغطية :

اسم حامل الوثيقة	رقم الوثيقة أو رقم الهوية:
رقم المجموعة أو الحساب:	