

تجدید درخواست عضویت

این درخواست را به آدرس ذیل پست کنید:

Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380 را به فکس ذ: 8026574208

یل ارسال کنید داین درخواست

8026574208

افراد ناشنوا و کم شنوا می توانند از سرویس رله 711 ورمونت استفاده کنند و با شماره ما به تماس شوند: 8005082222. اگر سؤالی دارید یا به خدمات ترجمه ضرورت دارید، با شماره 18005082222 تماس بگیرید. لطفاً زبان خود را بگوئید و ما با یک مترجم ارتباط برقرار خواهیم کرد.

بخش 1: در باره شما

نام:

تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

☐ سایر (توضیح بدهید): ☐ آنها/ از آنها ☐ او/از او (مذکر) ☐ او/ از او (مؤنث) ☐ ضمائر

☐ من در حال حاضر آدرس دائمی ندارم ☐ آدرس سرک (ضروری است):

 شهر: ایالت: زپ کود:

آدرس پستی (اگر با آدرس فوق متفاوت است):

 شهر: ایالت: زپ کود:

آدرس ایمیل:

 بهترین تلففونی که میشود با شما تماس گرفت: ☐ تلففون موبایل ☐ تلففون محل کار ☐ تلففون خانه

 آیا خوب است اگر پیام فرستاده شود؟ ☐ بلی ☐ نخیر

آیا بعنوان یک شخص LGBTQ+ (لزبین، همجنسگرا، دوجنسه، ترنسجندر، یا دگرباش) شناخته می شوید؟

☐ بلی ☐ نخیر ☐ ترجیح میدهم پاسخ ندهم

آیا مشکل صحت جسمانی، ذهنی، یادگیری یا عاطفی یا معلولیت دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر ☐ ترجیح میدهم پاسخ ندهم

برنامه You First در خصوص معلومات شخصی شما در زمینه نژاد، قومیت، تحصیلات، هویت جنسیتی، جنسیت، ناتوانی و زبان پرسان می کند. ما این سوالات را می پرسیم تا مطمئن شویم به افرادی دسترسی پیدا می کنیم که می توانند خدمات You First را دریافت کنند. پاسخ های شما به تیم ما کمک می کند تا نابرابری های قابل پیشگیری را در نتایج صحت کاهش دهند. اگر نمی خواهید این معلومات را به اشتراک بگذارید، می توانید گزینه "ترجیح میدهم پاسخ ندهم" را انتخاب کنید.

بخش 2: معاش

کل معاش خانوار قبل از مالیات: \$ _____
☐ سالانه ☐ ماهوار ☐ هفته وار ☐ هر دو هفته یک بار

کل تعداد افرادی که با این معاش زندگی می کنند: _____
 (بشمول خودتان، همسر/شریک زندگی، فرزندان، یا دیگرانی که با این درآمد زندگی می کنند)

بخش 3: بیمه صحتی

آیا شما بیمه صحتی دارید؟

☐ نخیر، من فعلاً بیمه صحتی ندارم.
☐ بلی، من بیمه صحتی دارم.

اگر شما بیمه دارید، لطفاً در ذیل به ما در باره بیمه تان بگویید. بیشتر این معلومات در کارت بیمه تان موجود است.

تاریخ آغاز پوشش:	نام شرکت بیمه:
شماره شناسه دارنده پالیسی:	نام دارنده پالیسی
	گروه یا شماره حساب: