

सदस्यता नवीकरण आवेदन

यो आवेदन निम्न ठेगानामा पत्राचार गर्नुहोस्:

Vermont Department of Health, 280 State Dr, Waterbury, VT 05671-8380

यो आवेदन निम्न नम्बरमा फ्याक्स गर्नुहोस्:

802-657-4208

तपाईं बहिरो तथा राम्रोसँग कान नसुन्ने व्यक्ति हुनुहुन्छ भने कृपया भर्मोन्ट रिले सर्भिसको नम्बर 711 मा फोन गर्नुहोस् र हाम्रो नम्बर दिनुहोस्: 1-800-508-2222

यदि तपाईंसँग प्रश्नहरू छन् वा तपाईंलाई दोभाषे सेवा चाहिन्छ भने 1-800-508-2222 मा फोन गर्नुहोस्। कृपया आफ्नो भाषा बताउनुहोस् र हामी तपाईंलाई दोभाषेसँग जोडिदिने छौं।

खण्ड 1: तपाईंको जानकारी

नाम:

जन्म मिति (महिना/तारिख/साल):

सर्वनाम: ☐ उनी/उनको ☐ उनी/उनको ☐ ती/तिनीहरू ☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्):सडक ठेगाना (अनिवार्य): ☐ हाल मेरो स्थायी ठेगाना छैन

सहर/नगर:

राज्य

जिप कोड:

पत्राचार ठेगाना (माथिको भन्दा फरक भएमा):

सहर/नगर:

राज्य

जिप कोड:

इमेल ठेगाना:

तपाईंलाई सम्पर्क गर्न सकिने सबैभन्दा उपयुक्त फोन नम्बर:

☐ घर☐ कार्यालय☐ मोबाइल फोन

(____) _____ - _____

तपाईंलाई म्यासेज छोड्न सकिन्छ? ☐ हुन्छ ☐ हुँदैन

के तपाईं आफूलाई LGBTQ+ (महिला समलिङ्गी, समलिङ्गी, उभयलिङ्गी, ट्रान्सजेन्डर वा क्वियर) व्यक्तिका रूपमा पहिचान गर्नुहुन्छ?

☐ हो ☐ होइन ☐ जवाफ दिन चाहन्न

के तपाईंमा शारीरिक, मानसिक, सिकाइ वा भावनात्मक स्वास्थ्य समस्या वा असक्षमता छ ?

☐ छ ☐ छैन ☐ म जवाफ दिन चाहन्छु

You First (पहिलो प्राथमिता तपाईं) कार्यक्रम अन्तर्गत जात, जाति, शिक्षा, लैङ्गिक पहिचान, यौनिकता, असक्षमता र भाषाको बारेमा व्यक्तिगत विवरण सोधिने छ । हामीले सम्पर्क गर्ने व्यक्ति You First सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्छन् कि सक्दैनन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नका निम्ति हामी यी प्रश्नहरू सोध्ने गर्छौं । तपाईंका जवाफहरूले हाम्रो टोलीलाई स्वास्थ्य परिणामहरूमा रोकथाम गर्न सकिने भिन्नताहरू कम गर्न मद्दत गर्दछ । यदि तपाईं यो विवरण प्रदान गर्न चाहनुहुन्न भने तपाईं 'म जवाफ दिन चाहन्छु' विकल्प छनोट गर्न सक्नुहुन्छ ।

खण्ड 2: आम्दानी

करसहितको कुल पारिवारिक आय: \$ _____

☐ प्रति वर्ष ☐ प्रति महिना ☐ प्रति हप्ता ☐ हरेक दुई हप्ता

यस आम्दानीबाट जीवनयापन गर्ने व्यक्तिहरूको कुल संख्या: _____

(आफू, आफ्नो पति/पत्नी/पार्टनर, बालबच्चा वा यस आम्दानीबाट जीवनयापन गर्ने अरू सबै व्यक्तिलाई समावेश गर्नुहोस्)

खण्ड 3: स्वास्थ्य बिमा

के तपाईंले स्वास्थ्य बिमा गर्नुभएको छ ?

- ☐ छैन, मैले अहिले स्वास्थ्य बिमा गरेको छैन ।
☐ छ, मैले स्वास्थ्य बिमा गरेको छु ।

तपाईंले बिमा गर्नुभएको छ भने कृपया हामीलाई आफ्नो बिमाको बारेमा तल बताउनुहोस् । अधिकांश विवरण तपाईंको बिमा कार्डमा हुन्छ ।

बिमा कम्पनीको नाम:	कभरेज सुरु हुने मिति:
बिमितको नाम	पोलिसी वा ID नम्बर:
समूह वा खाता नम्बर:	