

د غړیتوب د تجدید لپاره نوم لیکنه

دغه نوم لیکنه لاندې پټي ته واستوئ:

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

دغه نوم لیکنه لاندې پټي ته د فکس له لارې واستوئ:

802-657-4208

د کڼو یا هغو کسانو لپاره چې په سختۍ سره اوري، په مهربانۍ سره د وېرمونټ د رېلي خدمت 711 وکاروئ او زموږ شمېره ورکړئ: 1-800-508-2222. که چېرته تاسو کومه پوښتنه لرئ یا د ترجماني خدمتونو ته اړتیا لرئ، په مهربانۍ سره 1-800-508-2222 شمېرې ته زنگ ووهئ. په مهربانۍ سره خپله ژبه ذکر کړئ او موږ به تاسو له یوه ژباړن سره وصل کړو.

1 برخه: ستاسو په اړه

نوم:

د زېږېدو نېټه (کال/ورځ/میاشت):

ضمیمرونه: ☐ هغه (ښځه)/د هغې ☐ هغه (سړی)/د هغه ☐ هغوی/د هغوی ☐ نور (په مهربانۍ سره مشخص یې کړئ):

د کوڅې پته (اړینه ده): ☐ زه اوس مهال کومه دایمي پته نلرم

ښار/ښارگوټی: ایالت: زیپ

پسټي پته (که چېرته له پورته پټي څخه متفاوته وي):

زیپ کوډ: ایالت: ښار/ښارگوټی:

پرېښنالیکی پته:

☐ ګرځنده ☐ کار ☐ کور له تاسو سره د اړیکې نیولو لپاره غوره د تلفون شمېره:

☐ نه ☐ هو آیا سمه ده چې پیغام درته پرېږدو؟ () -

هو □ نه □ نه □ غواړم خواب ورکړم

ایا تاسو کومه فزیکي، رواني، تعلیمي یا عاطفي روغتيايي ستونزه یا معلولیت لری؟

د **You First** پروگرام د نژاد، قومیت، زده کړې، جنسیتي هویت، جنسیت، معلولیت او ژبې په اړه د شخصي معلوماتو غوښتنه کوي. موږ دغه معلومات دې لپاره غواړو تر څو د اړخ حاصل کړو چې له هغو خلکو سره اړیکه ټینګو چې کولای شي د **You First** خدمتونه ترلاسه کړي. ستاسو ځوابونه زموږ له ټیم سره مرسته کوي چې په روغتيايي پایلو کې د مخنیوي وړ توپیرونه را کم کړي. که چېرته تاسو نه غواړئ دغه معلومات شریک کړئ، کولای شئ د "نه غواړم ځواب ورکړم" گزینه وټاکئ.

له ماليي څخه مخکي د کورنۍ مجموعي عايد: \$

☐ هر کال ☐ هره میاشت ☐ هره اونى ☐ هره بله اونى

د هغو ټولو اشخاصو مجموعی شمېر چې په دې عاید ژوند کوي:

(تاسوخیله، ستاسو مېرمن/د ژوند ملگری، ماشومان او نور هغه کسان پکې شاملېږي چې په دې عاید ژوند کوي)

آیا تاسو روغتيايي بیمه لری؟

□ نه، زه د اوس لپاره روغتيايي بيمه نلرم.

□ هو، زه روغتيايي بيمه لرم.

که چیرته تاسو بیمه لری، په مهربانی سره موږ ته په لاندې برخه کې د خپلې بیمې په اړه ووايست. ډېری معلومات ستاسو د بیمې په کارت کې موجود دی.

د پوښښ د پیل نېټه:

د بيمۍ د کمپنۍ نوم:

د یالسی یا ID شمېره:

د پالیسی د لرونکي نوم

د گروپ یا حساب شمېره: