

ĐƠN XIN GIA HẠN TƯ CÁCH HỘI VIÊN

Gửi đơn này qua đường bưu điện đến:

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

Fax đơn này đến:

802-657-4208

Với người khiếm thính và suy giảm thính lực, vui lòng sử dụng Dịch Vụ Chuyển Tiếp Vermont 711 và cung cấp số điện thoại của chúng tôi: 1-800-508-2222.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần dịch vụ thông dịch, hãy gọi theo số 1-800-508-2222.

Vui lòng cho biết ngôn ngữ của quý vị và chúng tôi sẽ kết nối với thông dịch viên.

Phần 1: Giới thiệu về Quý vị

Họ tên:

Ngày sinh (tháng/ngày/năm):

Danh xưng: ☐ bà/cô/chị ☐ ông/anh ☐ họ ☐ khác (vui lòng nêu cụ thể):

Địa chỉ đường (bắt buộc): ☐ Tôi hiện không có địa chỉ cố định

Thành phố/Thị trấn:

Tiểu bang:

Mã bưu chính:

Địa chỉ nhận thư (nếu khác với địa chỉ trên):

Thành phố/Thị trấn:

Tiểu bang:

Mã bưu chính:

Địa chỉ email:

Số điện thoại phù hợp nhất để liên lạc với quý vị: ☐ Nhà riêng ☐ Cơ quan ☐ Di động

(____) _____ - _____

Có thể để lại tin nhắn không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có nhận mình thuộc cộng đồng LGBTQ+ (đồng tính nữ, đồng tính nam, song tính, chuyển giới hoặc người đa dạng tính dục) không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không muốn trả lời

Quý vị có bệnh lý hoặc bị khuyết tật về thể chất, tinh thần, cảm xúc hoặc khả năng học tập không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không muốn trả lời

Chương trình You First yêu cầu quý vị cung cấp thông tin cá nhân về chủng tộc, dân tộc, giáo dục, giới tính, bản dạng giới, ngôn ngữ và tình trạng khuyết tật. Chúng tôi đặt ra những câu hỏi này để đảm bảo mình đang tiếp cận những người nhận được dịch vụ You First. Thông qua câu trả lời của quý vị, đội ngũ chúng tôi có thể giảm bớt những điểm khác biệt ngăn ngừa được về kết quả sức khỏe. Nếu không muốn chia sẻ thông tin này, quý vị có thể chọn lựa chọn 'không muốn trả lời'.

Phần 2: Thu nhập

Tổng thu nhập hộ gia đình trước thuế: \$ _____

☐ hằng năm ☐ hằng tháng ☐ hằng tuần ☐ hai tuần/lần

Tổng số người sống nhờ thu nhập này: _____

(Bao gồm bản thân quý vị, vợ/chồng/bạn đời, con cái hoặc những người khác sống nhờ khoản thu nhập này)

Phần 3: Bảo hiểm y tế

Quý vị có bảo hiểm y tế không?

- ☐ Không, tôi hiện KHÔNG có bảo hiểm y tế.
☐ Có, tôi có bảo hiểm y tế.

Nếu quý vị có bảo hiểm, vui lòng cung cấp thông tin về bảo hiểm của quý vị bên dưới. Hầu hết thông tin đều có trên thẻ bảo hiểm của quý vị.

Tên công ty bảo hiểm:

Ngày bắt đầu bảo hiểm:

Tên người sở hữu hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm hoặc số ID:

Nhóm hoặc số tài khoản: