

## تجدید درخواست عضویت

این درخواست را به آدرس ذیل پست کنید:

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

این درخواست را به فکس ذیل ارسال کنید:

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):

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

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

شهر:

ایالت:

زپ کود:

آدرس پستی (اگر با آدرس فوق متفاوت است):

شهر:

ایالت:

زپ کود:

آدرس ایمیل:

بهترین تلفونی که میشود با شما تماس گرفت:  تلفون موبایل  تلفون محل کار  تلفون خانه

آیا خوب است اگر پیام فرستاده شود؟  بلی  نخیر

آیا بعنوان یک شخص LGBTQ+ (لزبین، همجنسگرا، دوجنسه، ترنسجنر، 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 صحتی 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.

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