

## د غړیتوب د تجدید لپاره نوم لیکنه

دغه نوم لیکنه لاندې پټي ته واستوئ:

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

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

802-657-4208

د کڼو یا هغو کسانو لپاره چې په سختی سره اوري، په مهربانی سره د وېرمونټ د رېلي خدمت 711 وکاروئ او زموږ شمېره ورکړئ:

1-800-508-2222

که چېرته تاسو کومه پوښتنه لرئ یا د ترجمانی خدمتونو ته اړتیا لرئ، په مهربانی سره 1-800-508-2222 شمېرې ته زنگ ووهئ. په مهربانی سره خپله ژبه ذکر کړئ او موږ به تاسو له یوه ژباړن سره وصل کړو.

### 1 برخه: ستاسو په اړه

نوم:

د زېږیدو نېټه (کال/ورځ/میاشت):

ضمیرونه:  هغه (بنځه)/د هغې  هغه (سړی)/د هغه  هغوی/د هغوی  نور (په مهربانی 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:

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

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

آيا تاسو د كوم LGBTQ+ (لږبين (بڅينه همجنس پاله)، گي (نارينه همجنس پاله)، دوه جنسپته، ترانسجنډر يا عجيب) شخص په توگه تشخيص شوي ياست؟  نه  هو          نه غواړم ځواب ورکړم

آيا تاسو کومه فزيکي، رواني، تعليمي يا عاطفي روغتيايي ستونزه يا معلوليت لري؟

نه غواړم ځواب ورکړم  نه  هو

د You First پروگرام د نژاد، قوميت، زده کړې، جنسيتي هويت، جنسيت، معلوليت او ژبې په اړه د شخصي معلوماتو غوښتنه کوي. موږ دغه معلومات د دې لپاره غواړو تر څو ډاډ حاصل کړو چې له هغو خلکو سره اړيکه ټينگوو چې کولای شي د You First خدمتونه ترلاسه کړي. ستاسو ځوابونه زموږ له ټيم سره مرسته کوي چې په روغتيايي پايلو کې د مخنيوي وړ توپيرونه را کم کړي. که چيرته تاسو نه غواړئ دغه معلومات شريک کړئ، کولای شئ د نه غواړم ځواب ورکړم گزينه وټاکئ.

## 2 مه برخه: عايد

له ماليې څخه مخکې د کورنۍ مجموعي عايد: \$ \_\_\_\_\_

هر کال  هره مياشت  هره اونۍ  هره بله اونۍ

د هغو ټولو اشخاصو مجموعي شمېر چې په دې عايد ژوند کوي: \_\_\_\_\_

(تاسو خپله، ستاسو مېرمن/د ژوند ملگر، ماشومان او نور هغه کسان پکې شاملېږي چې په دې عايد ژوند کوي)

## 3 مه برخه: روغتيايي بيمه

آيا تاسو روغتيايي بيمه لري؟

نه، زه د اوس لپاره روغتيايي بيمه نلرم.

هو، زه روغتيايي بيمه لرم.

که چيرته تاسو بيمه لري، په مهربانۍ سره موږ ته په لاندې برخه کې د خپلې بيمې په اړه وواياست. ډېری معلومات ستاسو د بيمې په کارت کې موجود دي.

د پوښښ د پيل نېټه:	د بيمې د کمپنۍ نوم:
د پاليسۍ يا ID شمېره:	د پاليسۍ د لرونکي نوم
	د گروپ يا حساب شمېره: