

အသင်းဝင် သက်တမ်းတိုးခြင်း လျှောက်လွှာ

ဤလျှောက်လွှာကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူ၍ ပေးပို့ရန်-

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

ဤလျှောက်လွှာကို ဖက်စ်ဖြင့် ပေးပို့ရန်-

802-657-4208

နားမကြားသူများနှင့် နားလေးသောသူများအတွက်၊ ကျေးဇူးပြု၍ Vermont Relay Service 711 ကို သုံး၍ ကျွန်ုပ်တို့၏နံပါတ် 1-800-508-2222 ကို ပေးပါ။  
သင့်တွင် မေးခွန်းများရှိလျှင် သို့မဟုတ် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ လိုအပ်ပါက 1-800-508-2222 သို့ခေါ်ဆိုပါ။ ကျေးဇူးပြု၍  
သင်၏ဘာသာစကားကိုဖော်ပြပြီး ကျွန်ုပ်တို့သည် စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် ချိတ်ဆက်ပေးပါမည်။

### အပိုင်း 1- သင့်အကြောင်း

နာမည်-

မွေးသက္ကရာဇ် (လ/ရက်/ခုနှစ်)-

နာမ်စား-  သူမ/သူ  သူ/သူ  သူတို့/၎င်းတို့  အခြား (ကျေးဇူးပြု၍ သတ်မှတ်ပါ)-

လမ်းလိပ်စာ (လိုအပ်သည်)-  ကျွန်ုပ်တို့တွင် လောလောဆယ် အမြဲတမ်းလိပ်စာမရှိပါ

မြို့ကြီး/မြို့-

ပြည်နယ်-

စာပို့သင်္ကေတ-

စာပို့လိပ်စာ (အထက်နှင့်မတူပါက)-

မြို့ကြီး/မြို့-

ပြည်နယ်-

စာပို့သင်္ကေတ-

အိမ်မေးလ် လိပ်စာ-

သင့်ထံ ဆက်သွယ်ရန် အကောင်းဆုံး ဖုန်းနံပါတ်-

အိမ်  အလုပ်  ဆဲလ်

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

မက်ဆေ့ချ်ထားခဲ့လို့ ရပါသလား။  ရပါသည်  မရပါ

**LGBTQ+ (အမျိုးသမီးချင်းချစ်သူ၊ လိင်တူချစ်သူ၊ လိင်နှစ်မျိုးလုံးချစ်သူ၊ လိင်ပြောင်းထားသူ သို့မဟုတ် queer) ပုဂ္ဂိုလ်အဖြစ် သင်သတ်မှတ်ပါသလား။**  
 ဟုတ်ပါသည်  မဟုတ်ပါ  မဖြေလိုပါ

**သင့်တွင် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ သင်ယူမှု သို့မဟုတ် စိတ်ခံစားမှုပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အခြေအနေ သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှု ရှိပါသလား။**  
 ရှိသည်  မရှိပါ  မဖြေလိုပါ

*You First အစီအစဉ်သည် လူမျိုး၊ လူမျိုးနွယ်စု၊ ပညာရေး၊ လိင်အမှတ်အသား၊ လိင်စိတ်၊ မသန်စွမ်းမှုနှင့် ဘာသာစကားတို့နှင့် ပတ်သက်၍ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်အလက်များကို တောင်းခံပါသည်။ You First ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံနိုင်သူများထံ ကျွန်ုပ်တို့ လက်လှမ်းမီ ဆက်သွယ်ကြောင်း သေချာစေရန်အတွက် ဤမေးခွန်းများကို ကျွန်ုပ်တို့မေးပါသည်။ သင့်အဖြေများသည် ကျွန်ုပ်တို့၏အဖွဲ့အား ကျန်းမာရေးရလဒ်များတွင် တားဆီးနိုင်သော ကွဲပြားမှုများကို လျော့ချရန် ကူညီပေးပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် ဤအချက်အလက်ကို မမျှဝေလိုပါက 'မဖြေလိုပါ' ရွေးချယ်မှုကို သင်ရွေးချယ်နိုင်ပါသည်။*

**အပိုင်း 2- ဝင်ငွေ**

**အခွန်မဆောင်မီ စုစုပေါင်းအိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ- \$ \_\_\_\_\_**

နှစ်စဉ်နှစ်တိုင်း  လတိုင်း  အပတ်တိုင်း  တစ်ပတ်ခြားတစ်ခါ

**ဤဝင်ငွေဖြင့် နေထိုင်သူ စုစုပေါင်း အရေအတွက်- \_\_\_\_\_**

(သင်ကိုယ်တိုင်အိမ်ထောင်ဖက်/လက်တွဲဖက်၊ သားသမီးများ သို့မဟုတ် ဤဝင်ငွေအပေါ် မှီခိုနေသည့် အခြားသူများကိုပါထည့်သွင်းပါ)

**အပိုင်း 3- ကျန်းမာရေးအာမခံ**

**သင့်တွင် ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။**

- မရှိပါ။ လောလောဆယ်တွင် ကျွန်တော့်မှာ ကျန်းမာရေးအာမခံ မရှိသေးပါ။
- ရှိပါသည်။ ကျွန်တော့်မှာ ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသည်။

**သင့်တွင် အာမခံရှိပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ သင့်အာမခံအကြောင်းကို အောက်တွင် ပြောပြပါ။** အချက်အလက်အများစုကို သင့်အာမခံကတ်တွင် ထည့်သွင်းထားပါသည်။

အာမခံကုမ္ပဏီအမည်-	အာမခံ စတင်အကျိုးဝင်သည့်နေ့စွဲ-
မူဝါဒကိုင်ဆောင်သူအမည်	မူဝါဒ သို့မဟုတ် ID နံပါတ်-
အုပ်စု သို့မဟုတ် အကောင့်နံပါတ်-	