YOU FIRST

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH

Solicitud de Renovación de Membrecía

Envíe esta solicitud por correo a:

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

Envíe esta solicitud por fax a:

802-657-4208

Para las personas sordas o con discapacidades auditivas, utilice el Servicio de Retransmisión de Vermont 711 y proporcione nuestro número: 1-800-508-2222.
Si tiene preguntas o necesita servicios de interpretación, llame al 1-800-508-2222. Indique su idioma y nos conectaremos con un intérprete.

Sección 1: Acerca de usted

Nombre:

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Pronombres: ☐ ella ☐ él ☐ elle ☐ otro (especifique):

Dirección (requerido): ☐ No cuento con una dirección permanente

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Dirección postal (si es diferente de la anterior):

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Dirección de correo electrónico:

Número telefónico principal para localizarlo: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

(_____) _____ - _____ **¿Podemos dejarle un mensaje?** ☐ Sí ☐ No

YOU FIRST

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH

¿Se identifica como una persona LGBTQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero o queer)?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no contestar

¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad física, mental, de aprendizaje o de salud emocional?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no contestar

El programa "You First" (Tú Primero) solicita información personal sobre raza, etnia, educación, identidad de género, sexualidad, discapacidad e idioma. Hacemos estas preguntas para asegurarnos de llegar a las personas que pueden recibir los servicios de "You First". Sus respuestas ayudan a nuestro equipo a reducir las diferencias prevenibles en los resultados de salud. Si no desea compartir esta información, puede elegir la opción 'prefiero no contestar'.

Sección 2: Ingresos

Ingreso total del hogar antes de impuestos: $_____

☐ anual ☐ mensual ☐ semanal ☐ quincenal

Cantidad total de personas que viven de este ingreso: _____

(Inclúyase usted mismo, cónyuge/pareja, hijos u otras personas que vivan de este ingreso)

Sección 3: Seguro Médico

¿Tiene algún seguro médico?

☐ No, NO tengo seguro médico en este momento.

☐ Sí, tengo seguro médico.

Si tiene seguro, indique los detalles a continuación. La mayoría de la información está en su tarjeta de seguro.

Nombre de la compañía de seguros:	Fecha de inicio de la cobertura:
Nombre del Titular de la póliza	Número de póliza o de identificación:
Número de cuenta o grupo:	