

Demande de renouvellement d'abonnement

Envoyez cette demande par la poste à l'adresse suivante :

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

Envoyez cette demande par télécopieur au numéro suivant :

802-657-4208

Pour les personnes sourdes et malentendantes, veuillez utiliser le Service de relais pour malentendants de Vermont 711 et fournir notre numéro : 1-800-508-2222.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de services d'interprétation, composez le 1-800-508-2222. Veuillez préciser votre langue et nous vous mettrons en relation avec un interprète.

Section 1 : À propos de vous

Nom :

Date de naissance (jour/mois/année) :

Pronoms : ☐ elle ☐ il/lui ☐ iel/ielle ☐ autre (veuillez préciser) :

Adresse (obligatoire) : ☐ Je n'ai pas d'adresse permanente actuellement

Ville : **Province :** **Code postal :**

Adresse postale (si différente de celle indiquée ci-dessus) :

Ville : **Province :** **Code postal :**

Adresse courriel :

Le meilleur numéro de téléphone pour vous rejoindre : ☐ Domicile ☐ Travail ☐ Cellulaire

() - **Peut-on laisser un message?** ☐ Oui ☐ Non

Vous identifiez-vous comme une personne LGBTQ+ (lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre ou queer)?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre

Avez-vous un problème de santé ou une incapacité physique, mental, d'apprentissage ou émotionnel?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre

Le programme You First demande des renseignements personnels sur la race, l'ethnicité, le niveau d'éducation, l'identité de genre, la sexualité, l'handicap et la langue. Nous posons ces questions pour nous assurer de joindre les personnes admissibles aux services du programme You First. Vos réponses permettent à notre équipe de réduire les différences évitables en matière de santé. Si vous ne souhaitez pas partager ces renseignements, vous pouvez choisir l'option « Je préfère ne pas répondre ».

Section 2 : Revenu

Revenu total du ménage avant impôts : \$ _____

☐ chaque année ☐ chaque mois ☐ chaque semaine ☐ toutes les deux semaines

Nombre total de personnes vivant de ce revenu : _____

(Incluez vous-même, votre époux(se)/conjoint(e), vos enfants et toute autre personne vivant de ce revenu)

Section 3 : Assurance maladie

Avez vous une assurance maladie?

- ☐ Non, je n'ai PAS d'assurance maladie pour le moment.
☐ Oui, j'ai une assurance maladie.

Si vous en avez une, veuillez nous en dire plus sur votre assurance ci-dessous. La plupart des renseignements figurent sur votre carte d'assurance.

Nom de la compagnie d'assurance :

Date de début de la couverture :

Nom de l'assuré(e)

Numéro d'identification ou de police :

Numéro de compte ou de groupe :