

קעיס נאמען:

קעיס נומער:

CIN:

די טויש איז פאר:

פאררעכטלייגט צו די פאלגנדע אינפארמאציע (צייכנט אן אלע וואס זענען גילטיג)

א.

<input type="checkbox"/>	קעיס נאמען	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לייגט צו/פאררעכט סאושעל סעקיוריטי נומער (SSN)
פון:	_____	פון:	_____	פון:
צו:	_____	צו:	_____	צו:
<input type="checkbox"/>	פאררעכט די געבורט דאטום	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לייגט צו/ פאררעכט טעלעפאן נומער
פון:	_____	פון:	_____	פון:
צו:	_____	צו:	_____	צו:
<input type="checkbox"/>	פאררעכט דשענדער אינפארמאציע: דזשענדער אידענטיטעט איז וויאזוי איר זעט זיך און וואס איר רופט זיך. אייער דזשענדער אידענטיטעט קען זיין די זעלבע אדער אנדערש ווי אייער מין צוגעטיילט ביים געבורט.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פון:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> טרענסדשענדער <input type="checkbox"/>	פון:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> טרענסדשענדער <input type="checkbox"/>	פון:
	אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)		אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)	
צו:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> טרענסדשענדער <input type="checkbox"/>	צו:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> טרענסדשענדער <input type="checkbox"/>	צו:
	אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)		אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)	
<input type="checkbox"/>	פאררעכט מין:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פון:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	פון:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	פון:
	אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)		אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)	
צו:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	צו:	מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> נאן-ביינערי אדער נאן קאנפארמינג <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	צו:
	אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)		אנדערע אידענטיטעט: (שילדערט)	
<input type="checkbox"/>	טוישט וואוינארט אדרעס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פון:	_____	פון:	_____	פון:
צו:	_____	צו:	_____	צו:
<input type="checkbox"/>	טוישט פאסט אדרעס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פון:	_____	פון:	_____	פון:
צו:	_____	צו:	_____	צו:
<input type="checkbox"/>	לייגט צו/טוישט צווייטע פאסט אדרעס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פון:	_____	פון:	_____	פון:
צו:	_____	צו:	_____	צו:

שפראך וואס מען רעדט

שפראך וואס מען רעדט

פון: _____ צו: _____

שפראך וואס מען ליינט

מיר האבן מעלדונגען צו באקומען אין די פאלגנדע שפראכן:

- ענגליש
- ספאניש
- אראביש
- בענגאליש
- פראנצויזיש
- העישען קריאול
- קאריען
- פויליש
- רוסיש
- איינפאך געמאכטן כינעזיש
- טראדיציאנאלע כינעזיש
- אורדו
- אלבאניש
- איטאליעניש
- אידיש

לאזט אונז וויסן אין וועלכע שפראך איר ווילט אייערע מעלדונגען וואס מיר שיקן צו אייך זאלן זיין.

שפראך וואס מען ליינט פון: _____ צו: _____

אלטערנאטיווע פארמאט/זעאונגס באגרעניצונג

האט איר א זעאונגס באגרעניצונג וואס מאכט אייך שווער צו ליינען מעלדונגען? מיר קענען אייך געבן מעלדונגען אין די פאלגנדע פארמאטן. לאזט אונז וויסן וויאזוי מיר זאלן אייך שיקן די מעלדונגען:

- גרויסע דרוק אודיו CD דאטא CD ברעיל

פראוויידער אינפארמאציע (צו ווערן אויסגעפולט דורך די פראוויידער אגענטור)

B.

באמערקונג: די אפטיילונג איז נישט פאר באנוץ פאר היים קעיר סערוויסעס פראגראם פראוויידערס אנגעבונגען.

פראוויידער נאמען: _____

פראוויידער אדרעס: _____

פראוויידער קאוד: _____ אריגינעלע באשטימונג דאטום: _____

אדמישאן דאטום: _____ אדמישאן נומער: _____ באפרייאונג דאטום: _____

טעלעפאן נומער: _____ פאקס נומער: _____

נאמען (שרייבט קלאר)	אונטערשריפט	דאטום
---------------------	-------------	-------

האט איר א מעדיצינישע אדער גייסטישע געזונטהייט צושטאנד אדער באגרעניצונג? טוט די צושטאנד אייך פארשווערן צו פארשטיין די מעלדונג אדער טון וואס דער מעלדונג בעט? טוט די צושטאנד אייך פארשווערן צו באקומען אנדערע סערוויסעס ביי HRA? מיר קענען אייך העלפן. רופט אונז אויף 888-692-6116. איר קענט אויך בעטן פאר הילף ווען איר באזוכט אן HRA אפיס. איר האט א רעכט צו פארלאנגען די סארט הילף לויט די געזעץ.