

## अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी (AI/AN)

तपाईं वा तपाईंको परिवारको सदस्य अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी हुनुहुन्छ भने यो परिशिष्ट पूरा गर्नुहोस्। स्वास्थ्य कभरेजा लागि तपाईंको आवेदनको साथ यो परिशिष्ट पेश गर्नुहोस्।

**हामीलाई आफ्नो अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी परिवार सदस्य(हरू) का बारेमा बताउनुहोस्।**

अमेरिकी भारतीय र अलास्का मूल निवासीहरूले भारतीय स्वास्थ्य सेवा, आदिवासी स्वास्थ्य कार्यक्रम वा सहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूबाट सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्छन्। अमेरिकी भारतीय र अलास्का मूल निवासीहरूले लागत साझेदारी तिर्नु पर्दैन र विशेष मासिक नामाङ्कन अवधिहरू पाउन सक्छन्। तपाईंको परिवारले सकेसम्म धेरै मद्दत पाउनुहुन्छ भनी सुनिश्चित गर्न निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

**निम्न कुरामा ध्यान दिनुहोस्:** तपाईंसँग समावेश गर्न धेरै व्यक्ति छन् भने यो पृष्ठको प्रतिलिपि बनाउनुहोस् र संलग्न गर्नुहोस्।

	AI/AN व्यक्ति 1	AI/AN व्यक्ति 2
1. नाम (नाम, MI, थर)	पहिलो <span style="float: right;">MI</span>	पहिलो <span style="float: right;">MI</span>
	अन्तिम	अन्तिम
2. संघीय रूपमा मान्यता प्राप्त जनजातिको सदस्य हो?	<input type="checkbox"/> हो <b>हो भने</b> जनजातिको नाम र राज्य  <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> हो <b>हो भने</b> जनजातिको नाम र राज्य  <input type="checkbox"/> होइन
3. उक्त व्यक्तिले कहिल्यै भारतीय स्वास्थ्य सेवा, आदिवासी स्वास्थ्य कार्यक्रम वा सहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रम वा यीमध्ये कुनै एउटा कार्यक्रमबाट रिफरलमार्फत सेवा प्राप्त गरेको छ?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <b>होइन भने</b> उक्त व्यक्ति भारतीय स्वास्थ्य सेवा, आदिवासी स्वास्थ्य कार्यक्रम वा सहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रम वा यी मध्ये कुनै एउटा कार्यक्रमबाट रिफरलमार्फत सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य छ?  <input type="checkbox"/> हो <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> होइन</span>	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <b>होइन भने</b> उक्त व्यक्ति भारतीय स्वास्थ्य सेवा, आदिवासी स्वास्थ्य कार्यक्रम वा सहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रम वा यी मध्ये कुनै एउटा कार्यक्रमबाट रिफरलमार्फत सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य छ?  <input type="checkbox"/> हो <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> होइन</span>

<p>4. प्राप्त भएको निश्चित पैसा Medicaid वा केन्टकी बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP) का लागि गणना नगरिनसक्छ। यी स्रोतहरूबाट पैसा समावेश गर्ने छ तपाईंको आवेदनमा बताइएका जुनसुकै आय (रकम र कति पटक) सूचीबद्ध गर्नुहोस्:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• प्राकृतिक स्रोत, उपयोग अधिकार, पट्टा वा रोयल्टीबाट आउने जनजातिबाट प्रति व्यक्ति भुक्तानीहरूी</li> <li>• प्राकृतिक स्रोतहरू, खेतीपाती, पशुपालन, माछा मार्ने, पट्टाहरू वा आन्तरिक विभागद्वारा भारतीय ट्रस्ट भूमिका रूपमा तोकिएको भूमिबाट भुक्तानीहरू (आरक्षण र पूर्व आरक्षणहरूसहित)</li> <li>• सांस्कृतिक वस्तुहरू बेचेर आएको पैसा महत्त्व</li> </ul>	<p>\$ _____</p> <p>कति पटक?</p> <p>_____</p>	<p>\$ _____</p> <p>कति पटक?</p> <p>_____</p>
---	--	--

तपाईंलाई आफ्नो आवेदन वा छिटो अनलाइन आवेदन भर्ने मद्दत चाहिन्छ भने [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) मा जानुहोस् वा 1-855-4kynect (459-6328) मा फोन गर्नुहोस्। Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).