

तपाईं कुन बीमा  
छनौटहरूका लागि योग्य  
हुनुहुन्छ भनेर हेर्नका लागि  
यो आवेदन प्रयोग गर्नुहोस्

- Medicaid वा केन्टकी बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP) बाट निःशुल्क वा कम लागतको बीमा
- तपाईंलाई तपाईंको स्वास्थ्य कभरेजका लागि भुक्तानी गर्न मद्दत गर्न सक्ने भुक्तानी सहायता
- तपाईंलाई राम्रो रहनमा मद्दत गर्न व्यापक कभरेज प्रदान गर्ने किफायती स्वास्थ्य बीमा योजनाहरू

आवेदन कसले हालको हो?

यस अनुसारको एकल व्यक्ति:

- केन्टकीमा बस्नुहोस् र केन्टकीमा बस्ने योजना बनाउनुहोस्
- कुनै पनि आश्रितहरू छैनन् र अरु कसैको कर फिर्ता (कर फिर्ता) मा आश्रितका रूपमा दाबी गर्न सकिँदैन

छिटो अनलाइन आवेदन दिने

[www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) मा छिटो अनलाइन आवेदन दिनुहोस्।

तपाईंलाई आवेदन दिन कुन  
कुराको आवश्यक हुन सक्छ

- (तपाईं कानुनी आप्रवासी हुनुहुन्छ भने कागजात नम्बर वा) तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर
- रोजगारदाता र आम्दानीसम्बन्धी जानकारी (उदाहरणका लागि, पे-स्टब, W-2 फाराम, पुरस्कार पत्र वा ज्याला र करका विवरणहरू)

हामी यो जानकारी किन  
सोध्छौं?

हामी तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (Social Security Number, SSN), तपाईंको आम्दानी र तपाईं योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न र तपाईं आफ्नो स्वास्थ्य कभरेजको लागतका लागि भुक्तानी गर्ने कुनै मद्दत प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ भनी हेर्नका लागि अन्य जानकारीका बारेमा अनुरोध गर्छौं।

तपाईंलाई SSN प्राप्त गर्न मद्दत चाहिन्छ भने 1-800-772-1213 मा फोन गर्नुहोस् वा [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) मा हेर्नुहोस्।

TTY प्रयोगकर्ताहरूले 18003250778 मा फोन गर्नुपर्छ।

तपाईंले हामीलाई दिनुभएको सबै जानकारीलाई कानुनले आवश्यक भएअनुसार हामी गोप्य राख्ने छौं। सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू केन्टकी रोजगार सेवा विभाग (Kentucky Department of Employment Services), आन्तरिक राजस्व सेवा (Internal Revenue Service) र अन्य मेल खाने स्रोतहरूजस्ता कार्यहरूमा तपाईंको आम्दानी प्रमाणित गर्न र अन्य एजेन्सीहरूमा कम्प्युटर मेल खाने कार्य प्रयोग गरिन्छ। सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिकता र अध्यागमन सेवा (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) मा कोही व्यक्तिलाई रिपोर्ट गर्न प्रयोग गरिने छैन।

यसपछि के हुन्छ?

- तपाईंको पूरा भएको, हस्ताक्षर गरिएको आवेदनलाई निम्नमा मेल वा फ्याक्स गर्नुहोस्:

Kynect Health Coverage  
P.O. Box 2104  
Frankfort, KY 40602  
फ्याक्स: 1-502-573-2007

- तपाईंसँग हामीले अनुरोध गर्ने सबै जानकारी छैन भने जे भए पनि तपाईंको आवेदन पेश गर्नुहोस्। तपाईंले हामीलाई दिनुभएको जानकारीका आधारमा हामीले निर्धारण पूरा गर्न सकेनौं

## मद्दत प्राप्त गर्न

भने छुटेको जानकारीका लागि हामी तपाईंलाई सम्पर्क गर्ने छौं।

- **हामीले निर्धारण गर्न सक्छौं भने** हामी तपाईंलाई योजना छनोट गर्नका लागि पालना गर्नु पर्ने चरणहरूका बारेमा विस्तृत जानकारी पठाउने छौं। योजनामा नामाङ्कन हुनका लागि तपाईंले अनलाइनमा जान, हामीलाई फोन गर्न वा बीमा एजेन्ट वा किनेक्टरबाट सहायता प्राप्त गर्नु पर्ने हुन्छ।
- **अनलाइन:** [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov)
- **फोनबाट:** ग्राहक सेवालाई **1-855- 4kynect (459-6328)** मा फोन गर्नुहोस्
- **व्यक्तिगत रूपमा उपस्थित भएर:** हाम्रो वेबसाइटमा गएर वा हामीलाई कल गरेर तपाईं बस्नु हुने ठाउँहरू नजिकैका ठाउँहरूको सूची फेला पार्नुहोस्।
- **En Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- **TTY सेवाहरूका लागि 1-855-459-6328 मा फोन गर्नुहोस्**

## चरण 1

### आफ्नो बारेमा हामीलाई बताउनुहोस्

अरु कसैले तपाईंलाई यो आवेदन भर्न मद्दत गरिरहेको छ भने हामीलाई उक्त व्यक्तिको जानकारी दिनका लागि परिशिष्ट B प्रयोग गर्नुहोस्।)

1. पहिलो नाम, बिचको प्रथमाक्षर, थर, प्रत्यय (यो तपाईंको सामाजिक सुरक्षा कार्डमा देखिन्छ)

2. सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN)

3. तपाईं कभरेज चाहनुहुन्छ र SSN प्रदान गरिएको छैन भने यो उपलब्ध नगराउनुको कारण चयन गर्नुहोस्।

- धार्मिक आपत  SSN मा आवेदन दिइएको  SSN प्राप्त गर्न योग्य नभएको  
 SSN नभएको र वैध गैर-कार्य कारणका लागि मात्र SSN जारी गर्न सकिन्छ  SSN उपलब्ध गराउन अस्वीकार गर्नुहोस्  
 मैले कभरेजका लागि आवेदन नदिएकाले म उपलब्ध गराउन चाहन्छु

4. जन्म मिति (mm/dd/yyyy)

5. लिङ्गः

- पुरुष  महिला

6. तपाईं केन्टकीमा बस्नुहुन्छ र केन्टकीमा बस्ने योजना बनाउनुहुन्छ?  हो  होइन

7. घरको ठेगाना -  तपाईंसँग घरको ठेगाना छैन भने यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्। तपाईंले अझै पनि तलको पत्राचार ठेगाना प्रविष्ट गर्नु पर्ने हुन्छ।

8. सहर

9. राज्य

10. जिप कोड

11. काउन्टी

12. पत्राचार ठेगाना (घरको ठेगानाभन्दा फरक छ भने मात्र आवश्यक हुन्छ)

13. सहर

14. राज्य

15. जिप कोड

16. काउन्टी

17. प्राथमिक फोन नम्बर  घर  कार्य  सेल

18. सहायक फोन नम्बर

घर  कार्य  सेल

19.  तपाईंको प्राथमिक फोन नम्बरमा kynect पाठ सन्देशका सतर्कताहरू प्राप्त गर्न अप्ट-आउट गर्न यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्।

तपाईंको सहायक फोन नम्बरमा kynect पाठ सन्देशका सतर्कताहरू अप्ट-आउट गर्न यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्।

20. रुचाइएको बोल्ने भाषा (अङ्ग्रेजी होइन भने)

21. रुचाइएको बोल्ने भाषा (अङ्ग्रेजी होइन भने)

22. **1095-A** kynect द्वारा तपाईं र IRS लाई नामाङ्कनसम्बन्धी जानकारी र कुनै छ भने कभरेज वर्षको अवधिमा परिवारले प्राप्त गर्नुभएको भुक्तानी सहायताको रकम रिपोर्ट गर्न पठाइएको छ। तपाईंले वर्षको अवधिमा Medicaid कभरेज पाउनुभएको छ भने **फाराम 1095-B** [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) मा पहुँच गरेर वा DCBS मा सम्पर्क गरेर अनुरोध गर्न सकिन्छ। फारमहरू तपाईंलाई हुलाक मेलमार्फत पठाइने छ वा तपाईंले kynect मा खाता सिर्जना गर्नुभयो भने हामी तपाईंलाई इमेलमार्फत सूचित गर्नुको साटो फाराम हेर्नका लागि तयार गर्न सक्छौं। तपाईं इमेलमार्फत सूचित गर्न चाहनुहुन्छ भने आफ्नो इमेल ठेगाना प्रविष्ट गर्नुहोस्:



23. तपाईंलाई गत तीन महिनामा गर्भावस्थाको अन्तिमा (बच्चा जन्माउने वा गर्भावस्था गुमाउनु) भएको थियो वा तपाईं हाल गर्भवती

हुनुहुन्छ?  हो। हो भने, प्रश्नहरू a-c को जवाफ दिनुहोस्।  होइन

a. गर्भावस्थाको देय मिति वा अन्तिम मिति के हो? (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_



तपाईंलाई आफ्नो आवेदन वा छिटो अनलाइन आवेदन भर्ना 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).

- b. यो गर्भावस्थामा कति जना बच्चाको अपेक्षा गरिन्छ/गरिएको थियो? \_\_\_\_\_
- c. तपाईं महिला, शिशु र बालबालिका (Women, Infants and Children, WIC) लाई खाना प्रदान गर्ने कार्यक्रममा सन्दर्भित हुन चाहनुहुन्छ?  
 हो  होइन

24. तपाईंलाई रोजगारबाट (अभिभावकको रोजगार जस्तै अरु कसैको रोजगारलगायत) स्वास्थ्य कभरेज प्रस्ताव गरिएको छ?  
 हो। **हो भने**, तपाईंले यो आवेदनमा **परिशिष्ट A** पूरा गर्न र समावेश गर्नु पर्ने हुन्छ।  होइन

25. तपाईं हाल नामाङ्कित हुनुहुन्छ वा व्यक्तिगत कभरेजको स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति व्यवस्था (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) वा योग्यताप्राप्त सानो रोजगारदाता HRA (Qualified Small Employer HRA, QSEHRA) को प्रस्ताव राख्नुभएको छ?  
 हो। हो भने तपाईंले यो आवेदनमा **चरण 4 पूरा गर्नु** पर्ने हुन्छ।  होइन

26. तपाईंलाई पछिल्लो 3 महिनाका लागि मेडिकल बिलहरू भुक्तानी गर्न मद्दत चाहनुहुन्छ?  हो  होइन  
**हो भने**, कुन महिना(हरू) हो?

27 तपाईं अर्को वर्ष संघीय आय कर रिटर्न दायर गर्ने योजनामा हुनुहुन्छ?  
 (तपाईं संघीय आय कर रिटर्न दायर नगर्नु भए तापनि तपाईं स्वास्थ्य बीमाका लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ।)

हो। **हो भने**, प्रश्नहरू a र b को जवाफ दिनुहोस्।  होइन। **होइन भने**, प्रश्न b मा जानुहोस्।

a. तपाईं कुनै आश्रितविना एकल व्यक्तिका रूपमा दायर गर्नुहुन्छ?  हो  होइन  
**होइन भने, यो फाराम प्रयोग गर्न रोक्नुहोस्।** तपाईंको कर आश्रितहरूलाई समावेश गर्न *एक जनाभन्दा बढी व्यक्तिका लागि स्वास्थ्य कभरेज र भुक्तानी लागतहरूमा मद्दत गर्ने आवेदन प्रयोग गर्नुहोस्* (तपाईं तिनीहरूका लागि स्वास्थ्य कभरेजका लागि आवेदन दिन चाहनुहुन्न भने।)

b. तपाईं अरु कसैको कर रिटर्नमा आश्रितका रूपमा दाबी गर्नुहुन्छ?  हो  होइन  
**हो भने यो फाराम प्रयोग गर्न रोक्नुहोस्।** तपाईंले आफ्नो कर रिटर्नमा दाबी गर्ने व्यक्तिसँग कभरेजका लागि आवेदन दिनु पर्ने हुन्छ (उक्त व्यक्तिले कभरेज चाहनुहुन्न भने।)

<p>28. तपाईं यु.एसको नागरिक वा यु.एसको परिचयपत्रधारी हुनुहुन्छ?  <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन</p>	<p>29. तपाईं यु.एसको नागरिक वा यु.एसको परिचयपत्रधारी हुनुहुन्छ भने तपाईं आदिवासी वा बाहिरबाट आएको नागरिक हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन  <b>हो भने</b>, तलकामध्ये एउटाका लागि जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्।</p> <p><input type="checkbox"/> प्राकृतिकीकरणको प्रमाणपत्र      • प्राकृतिकीकरणको प्रमाणपत्र नम्बर: _____      • आप्रवासी नम्बर: _____</p> <p><input type="checkbox"/> नागरिकताको प्रमाणपत्र:      • नागरिकता नम्बरको प्रमाणपत्र: _____      • आप्रवासी नम्बर: _____</p>
--	---

30. तपाईं यु.एसको नागरिक वा यु.एसको परिचयपत्रधारी हुनुहुन्न भने तपाईंसँग योग्यता अध्यागमनको स्थिति छ?  
 हो। तलका प्रश्नहरू a-d को उत्तर दिनुहोस्।

a. अध्यागमन कागजातको प्रकार: \_\_\_\_\_

b. कागजात आइडी नम्बर: \_\_\_\_\_

c. तपाईं सन् 1996 देखि यु.एसमा बस्नुभएको छ?  हो  होइन

d. तपाईंले आफ्नो हालको अध्यागमनको स्थिति कुन मितिमा प्राप्त गर्नुभयो? (mm/dd/yyyy)

31. तपाईंसँग आपत्कालीन चिकित्सा अवस्था छ?  हो  होइन

32. तपाईं यु.एस सेनाको भेटेरन वा सक्रिय ड्युटी सदस्य हुनुहुन्छ?  हो  होइन



33. तपाईं हिस्पानिक , ल्याटिनो वा स्पेनी मूलको हुनुहुन्छ? (ऐच्छिक)  हो  होइन

34. जाती (ऐच्छिक)

- |  |   |                                   |                                       |  |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> गोरा                    | <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय | <input type="checkbox"/> फिलिपिनो | <input type="checkbox"/> भियतनामी     | <input type="checkbox"/> गुआमानियन वा चामोरो       |
| <input type="checkbox"/> काला वा अफ्रिकी अमेरिकी | <input type="checkbox"/> अलास्का निवासी | <input type="checkbox"/> जापानी   | <input type="checkbox"/> अन्य एसियाली | <input type="checkbox"/> सामोआ                     |
| <input type="checkbox"/> चिनियाँ                 | <input type="checkbox"/> एसियाली भारती  | <input type="checkbox"/> कोरियाली | <input type="checkbox"/> हवाई निवासी  | <input type="checkbox"/> अन्य प्रशान्तीय द्वीपवासी |

35. तपाईं अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूलको निवासी हुनुहुन्छ?

हो। हो भने परिशिष्ट C पूरा गर्नुहोस् र यो आवेदनमा मेल गर्नुहोस्।  होइन

36. तपाईं हाल जेल वा जेलमा हुनुहुन्छ वा गत तीन महिनामा रिहा हुनुभएको छ?

हो। हो भने, प्रश्नहरू a-c को जवाफ दिनुहोस्।  होइन

a. तपाईं कहिले जेल जानुभएको थियो? (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

b. तपाईं कहिले जेल छोड्नुभएको थियो? (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

c. तपाईं हाल शुल्क लाग्ने निर्णय लिनका लागि प्रतीक्षा गर्दै हुनुहुन्छ?  हो  होइन

37. तपाईंलाई दैनिक जीवनका क्रियाकलापहरू (जस्तै नुहाउने, लुगा लगाउने आदि) वा चिकित्सा सुविधा वा नर्सिङ होममा बस्न मद्दत चाहिन्छ?

हो  होइन

38. तपाईं आँखा नदेख्ने हुनुहुन्छ वा स्थायी रूपमा अशक्त हुनुहुन्छ?  हो  होइन

39. तपाईं पालनपोषण हेरचाह नियुक्तिका लागि योग्य हुन उमेर पुगेको बेला तपाईंले Medicaid प्राप्त गरिरहनुभएको थियो?  हो  होइन

हो भने, तपाईं कुन राज्यमा बस्नुहुन्छ? \_\_\_\_\_ तपाईं कति वर्षको हुनुभयो?

40. तपाईं हालै मृत्यु भएको व्यक्तिको तर्फबाट यो आवेदन भर्दै हुनुहुन्छ भने मृतक व्यक्तिको मृत्यु मिति प्रविष्ट गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_



तपाईंलाई आफ्नो आवेदन वा छिटो अनलाइन आवेदन भर्न 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).

फारम KHBE-111

संशोधन मिति 06-2021

पृष्ठ 5 को 5

## चरण 2

# हालको काम र आयसम्बन्धी जानकारी

तपाईंलाई दुईभन्दा बढी कामहरू थप्न आवश्यक छ भने कागजको अतिरिक्त पानाहरू प्रयोग गर्नुहोस्।

रोजगार 1 बाट आएको आम्दानी	1. तपाईंको रोजगारदाता को हो?		
2. तपाईंले कमाउनुभएको कुल रकम (करहरूअघि) के हो? \$	3. कति पटक? <input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> प्रत्येक दुई हप्ताहरूमा <input type="checkbox"/> मासिक		
4. अगाडि स्वयम्-रोजगार a. कामको प्रकार _____	b. कुल आम्दानी _____ c. स्वयम्-रोजगार खर्चहरू _____ d. नेट आय (कुल माइनसका खर्चहरू) _____	e. कति पटक? _____	
रोजगार 2 बाट आएको आम्दानी	5. तपाईंको रोजगारदाता को हो?		
6. तपाईंले कमाउनुभएको कुल रकम (करहरूअघि) के हो? \$	7. कति पटक? <input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> प्रत्येक दुई हप्ताहरूमा <input type="checkbox"/> मासिक		
8. अगाडि स्वयम्-रोजगार a. कामको प्रकार _____	<input type="checkbox"/> कुल आम्दानी _____ <input type="checkbox"/> स्वयम्-रोजगार खर्चहरू _____ <input type="checkbox"/> नेट आय (कुल माइनसका खर्चहरू) _____	e. कति पटक? _____	
9. थप आम्दानी: हामीलाई यस आवेदनमा परिवारका सदस्यहरूले प्राप्त गर्न सक्ने कुनै पनि अतिरिक्त आम्दानीका बारेमा जानकारी दिनुहोस्। बाल सहायता, पूरक सुरक्षा आय (Supplemental Security Income, SSI) अनुभवीको आय वा कामदारको क्षतिपूर्तिबाट आय समावेश नगर्नुहोस्। होइन भने खाली छोड्नुहोस्।			

आम्दानीको प्रकार	यो कसले प्राप्त गर्ने हो?	कति पाउँछ?	कति पटक?
<input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> बाइ-विक्ली <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक
<input type="checkbox"/> पेन्सनहरू	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> बाइ-विक्ली <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक
<input type="checkbox"/> ब्याज वा लाभांश	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> बाइ-विक्ली <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक
<input type="checkbox"/> असक्षमता भुक्तानी	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> बाइ-विक्ली <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक
<input type="checkbox"/> बेरोजगारी	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> बाइ-विक्ली <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक
<input type="checkbox"/> अन्य _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> बाइ-विक्ली <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> त्रैमासिक

10. परिवारका कटौतीहरू: हामीलाई तपाईंको परिवारका सदस्यहरूले भुक्तानी गर्न र आयकर रिटर्नमा कटौती गर्न सकिने कुराहरूका बारेमा जानकारी दिनुहोस्। हामीलाई यो जानकारी दिँदा स्वास्थ्य बीमाको लागत कम हुन सक्छ। होइन भने खाली छोड्नुहोस्।

कटौतीको प्रकार	कसले पाउँछ?	कति?	कति पटक?
<input type="checkbox"/> निर्वाह गर्ने भुक्तानी	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक
<input type="checkbox"/> विद्यार्थीको ऋणको ब्याज	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक
<input type="checkbox"/> अन्य	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुईपटक <input type="checkbox"/> मासिक

11. परिवारको वार्षिक आम्दानी: कभरेज वर्ष (कुनै पनि मासिक परिवर्तन, बोनस, मौसमअनुसार आम्दानी, आदि र कुल कटौतीबाहेक) का लागी तपाईंको अनुमानित वार्षिक घरायसी आम्दानी भनेको के हो?  
\$ \_\_\_\_\_



तपाईंलाई आफ्नो आवेदन वा छिटो अनलाइन आवेदन भर्न 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).  
फाराम KHBE-111 संशोधन मिति 06-2021 पृष्ठ 6 को 5

## चरण 3

## अन्य स्वास्थ्य सेवा कभरेज

Medicaid वा KCHIP बाहेको दन्त र प्रमुख चिकित्सा कभरेजसहित तपाईंसँग अहिले स्वास्थ्य कभरेज छ?

हो। हो भने, तलको जानकारी पूरा गर्नुहोस्।

होइन।

कभरेजको प्रकार \_\_\_\_\_

नीति नम्बर \_\_\_\_\_

नीति धारकको नाम \_\_\_\_\_

बीमा कम्पनीको नाम \_\_\_\_\_

कभरेज सुरु हुने मिति \_\_\_\_\_

बीमा कम्पनीको ठेगाना \_\_\_\_\_

कभरेज अन्त्य हुने मिति \_\_\_\_\_

## चरण 4

## स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति व्यवस्था (HRA)

### कर्मचारी र रोजगारदातासम्बन्धी जानकारी

1. कर्मचारीको नाम (पहिलो, बिचको, थर)		
2. रोजगारदाताको नाम	3. रोजगारदाताको पहिचान नम्बर (EIN)	
4. रोजगारदाताको ठेगाना		
5. सहर	6. राज्य	7. जिप कोड
8. रोजगारदाताको सम्पर्क नाम	9. रोजगारदाता सम्पर्क फोन नम्बर	

### हामीलाई यो रोजगारदाताले उपलब्ध गराएको HRA का बारेमा बताउनुहोस्

10. यो कस्तो प्रकारको HRA हो? <input type="checkbox"/> एक व्यक्तिगत कभरेज HRA (ICHRA) <input type="checkbox"/> एक योग्य साना रोजगारदाता HRA (QSEHRA)
11. HRA सुरु हुने मिति र अन्त्य हुने मिति कति हो? a. HRA सुरु हुने मिति (mm/dd/yyyy): _____ b. HRA अन्त्य हुने मिति (mm/dd/yyyy): _____
12. यो नियोक्ताद्वारा दिइएको प्रतिपूर्तिको अधिकतम स्व-मात्र रकम कति हो? \$ _____
13. यो रकम कति पटक उपलब्ध हुने छ? <input type="checkbox"/> सासाहिक <input type="checkbox"/> महिनामा दुई पटक <input type="checkbox"/> मासिक
14. तपाईंलाई ICHRA प्रस्ताव गरिएको छ र अझै नामाङ्कित हुनुहुन्न भने a. तपाईं [हालको मितिबाट 60 दिनमा] HRA प्रयोग गर्न सक्नु हुने छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन b. तपाईं भुक्तान सहायताको लागि योग्य मानिनुभयो भने यो HRA बाट अप्ट-आउट गर्ने योजना बनाउनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन



तपाईंलाई आफ्नो आवेदन वा छिटो अनलाइन आवेदन भर्न 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).



## चरण 5

# यो आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति दिनुहोस्

- म यो आवेदनमा झुटो साक्षीको जरिवानाअन्तर्गत हस्ताक्षर गर्दछु यसको अर्थ मैले मेरो ज्ञान र विश्वासले भ्याएसम्म यो फाराममा भएका सबै प्रश्नको सही जवाफ दिएको छु। मैले गलत र/वा असत्य जानकारी प्रदान गरेमा संघीय कानूनअन्तर्गत मलाई दण्ड हुन सक्छ भन्ने कुरा मलाई थाहा छ।
- परिवर्तन भएको 30 दिनभित्र मैले यो आवेदनमा लेखेको कुराबाट केही परिवर्तन भएमा मैले काइनेक्टमा बताउनुपर्छ भन्ने कुरा मलाई थाहा छ। म कुनै पनि परिवर्तनहरू रिपोर्ट गर्न [kynect.ky.gov](http://kynect.ky.gov) मा जान सक्छु वा **1-855-4kynect (459-6328)** मा फोन गर्न सक्छु।
- मलाई काइनेक्ट ले गल्ती गरेको छ जस्तो लाग्यो भने म यसको निर्णय अपिल गर्न सक्छु। अपिल गर्नु भनेको काइनेक्टमा कसैलाई कारबाही गलत छ भनी भन्नु हो र कारबाहीको निष्पक्ष समीक्षाका लागि अनुरोध गर्नु हो। म प्रक्रियामा मबाहेक अरु कसैको प्रतिनिधित्व गर्न सक्छु भन्ने कुरा मलाई थाहा छ। मेरो योग्यता र अन्य महत्वपूर्ण जानकारी मलाई व्याख्या गरिने छ।
- संघीय कानूनअन्तर्गत, जाति, रङ, राष्ट्रिय उत्पत्ति, लिङ्ग, उमेर, यौन झुकाव, लैङ्गिक पहिचान वा असक्षमताको आधारमा भेदभाव गर्न अनुमति छैन भन्ने कुरा मलाई थाहा छ। म [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) मा गएर भेदभावविरुद्ध उजुरी गर्न सक्छु।
- काइनेक्टले आन्तरिक राजस्व सेवा (IRS), सामाजिक सुरक्षा, होमल्याण्ड सुरक्षा विभाग र/वा कुनै अन्य विश्वसनीय स्रोतबाट डाटाबेसमा जानकारी प्रयोग गरेर मेरा जवाफहरू जाँच गर्ने छ भन्ने कुरा म बुझ्छु। जानकारी मेल खाँदैन भने मलाई प्रमाण पठाउन आग्रह गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु।

**भविष्यका वर्षहरूमा कभरेजको नवीकरण:** भविष्यका वर्षहरूमा स्वास्थ्य कभरेजको लागि भुक्तान गर्न मद्दतको लागि मेरो योग्यता निर्धारण गर्न सजिलो बनाउन, मकाइनेकलाई कर फर्ता र डाटाका अन्य विश्वसनीय स्रोतहरूबाट जानकारीसहित आय डाटा प्रयोग गर्न अनुमति दिन सहमत छु। काइनेकले मलाई मलाई कुनै पनि परिवर्तन गर्न दिनुहोस् र म कुनै पनि समय अफ्ट आउट गर्न सक्छु भन्ने सूचना पठाउने छ।

**हो, अर्को दिनका लागि मेरो योग्यता स्वतः नवीकरण गर्नुहोस्:** (एउटा चयन गर्नुहोस्)

- 5 वर्ष (अधिकतम अनुमति दिइएको)  4 वर्ष  3 वर्ष  2 वर्ष  1 वर्ष
- मेरो कभरेज नवीकरण गर्न कर फर्ता वा डाटाका अन्या स्रोतहरूबाट जानकारी प्रयोग नगर्नुहोस्।

**कभरेजको अन्त्य गर्ने सहमति:** म काइनेक्टमा भर्ना भएँ र पछि अन्य योग्यता स्वास्थ्य कभरेज (जस्तै Medicare, Medicaid वा KCHIP) पाएको पाइयो भने काइनेक्टले स्वतः रूपमा मेरो काइनेक्टको चिकित्सा योजना र दन्त कभरेज समाप्त गर्ने छ। यसले अन्य योग्यता कभरेज भएको व्यक्ति फेला परेको छ भने उनीहरूलाई किनेक्ट मेडिकल र डेन्टल कभरेजमा भर्ना गरिने छैनस उनीहरूले पूर्ण लागत तिर्नु पर्ने छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न मद्दत गर्ने छ भनी म स्वीकार गर्दछु।  हो, म सहमत छु  होइन, सहमत छैन

**मतदाता दर्ता:** म मतदान गर्न दर्ता भएको छैन वा म हाल बसेको ठाउँमा दर्ता छैन भने म तल हो विकल्पमा चिन्हलगाएर मतदान गर्न दर्ता गर्न रोज्न सक्छु। मैले हो मा चिन्ह लगाएँ भने मैले मेलमा मतदाता दर्ता आवेदन प्राप्त गर्ने छु। हो वा होइन तलको चिन्हलेले यो अनुप्रयोगको नतिजामा असर गर्दैन।

हो, म मतदान गर्न दर्ता गर्न आवेदन दिन चाहन्छु। मलाई आवेदन पठाइने छ।  होइन, म मतदान गर्न दर्ता गर्न चाहन्छु।

### म Medicaid का लागि योग्य छु भने:

- खर्चका लागि यसलाई प्रतिपूर्ति गर्न Medicaid ले चिकित्सा खर्चको लागि भुक्तानी गर्छ भने अन्य कुनै पनि स्वास्थ्य बीमा वा कानुनी निपटान भुक्तानीहरू Medicaid मा जान्छ न भन्ने कुरा म बुझ्छु।
- मेरो आवेदनको योग्यता सही तरिकाले निर्धारण गरिएको थियो भनी सुनिश्चित गर्न समीक्षा गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु। मेरो आवेदन समीक्षा भयो भने मैले समीक्षामा सहयोग गर्नुपर्छ भन्ने कुरा म बुझ्छु।

हस्ताक्षर

मिति (mm/dd/yyyy)



तपाईंलाई आफ्नो आवेदन वा छिटो अनलाइन आवेदन भर्न 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).

स्वास्थ्य तथा पारिवारिक सेवाहरूका लागि  
कमनवेल्थ अफ केन्टकी क्याबिनेट  
समुदायमा आधारित सेवा विभाग

**kynect स्रोत आवश्यकता मूल्याङ्कन**

तलको **स्वैच्छिक** अतिरिक्त स्रोत आवश्यकता मूल्याङ्कन हो र यसले तपाईंको Medicaid लाभहरूलाई प्रभाव पार्दैन। यो मूल्याङ्कनले हामीलाई तपाईं र तपाईंको परिवारलाई तपाईंको स्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्न सक्ने अन्य आवश्यकताहरू पहिचान गर्न र बुझ्न मद्दत गर्दछ र तपाईंलाई उपयोगी हुन सक्ने यातायात, उपयोगिता, खाद्यान्न, बाल स्याहार, आदि जस्ता सामुदायिक स्रोतहरू/सेवाहरू/कार्यक्रमहरूसँग जोड्न सक्छ। तपाईं <https://kynect.ky.gov/resources> (अङ्ग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ) मा आफ्नो kynect खातामा लगइन गरेर वा सामुदायिक स्रोत/सेवा/कार्यक्रमहरूको सिफारिस गर्नका लागि 2-1-1 मा फोन गरेर आफ्ना नतिजाहरूको समीक्षा गर्न सक्नुहुन्छ।

कुनै पनि अतिरिक्त घरपरिवारका सदस्यहरूले <https://kynect.ky.gov/resources> (अङ्ग्रेजीमा मात्र उपलब्ध छ) मा अनलाइनमार्फत आफ्नो kynect खातामा लगइन गरेर वा 2-1-1 मा फोन गरेर आफ्नै व्यक्तिगत आवश्यकताहरूको मूल्याङ्कन पूरा गर्न सक्छन्।

**तपाईंको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्ने अक्षरमा घेरा लगाउनुहोस्:**

- कुन कुराले तपाईंको आवासको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**
  - मसँग स्थिर आवास छैन।
  - म अस्थायी रूपमा साथी वा परिवारको सदस्यसँग बसिरहेको छु।
  - मैले हाल मेरो भाडा/धितो तिरिरहेको छैन र घरबाट निकालिने खतरामा छु।
  - म मेरो भाडा/धितो तिर्दै छु तर यो किन्न नसकिने छ (आयको 30% भन्दा बढी)।
  - म हाल भाडा/धितो सहायता कार्यक्रमको सहयोग लिइरहेको छु।
  - म कुनै गाह्रो नमानी मेरो भाडा/धितो तिर्ने गर्छु।
- तपाईंका आवासीय उपयोगिताहरू (पानी, बिजुली, ताप) को अवस्थालाई कुन कुराले राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**
  - मेरो बस्ने आवास छैन/मेरो आवास अवस्थाका लागि उपयोगिताहरू छैनन्।
  - मेरा उपयोगिताहरू भुक्तानी नगरेको कारणले गर्दा प्रायः बन्द हुन्छन्।
  - म मेरा उपयोगिताहरूका लागि भुक्तानी गर्नमा मद्दत गर्ने कार्यक्रमहरूको सहायता लिन्छु।
  - मलाई मेरा उपयोगिताहरूका लागि भुक्तानी गर्न समस्या छ तर म प्रायः भुक्तानी गर्न सक्षम छु।
  - म मेरा उपयोगिताहरू कहिल्यै बन्द नहोस् भन्नका लागि भुक्तानी गर्न सक्छु।
- कुन कुराले तपाईंको हालको रोजगारीको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?**
  - जागिर छैन।
  - मसँग अस्थायी, मौसमी वा आंशिक काम छ जसले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्दैन; मलाई थप रोजगार चाहिन्छ।
  - म पूर्णकालिक काम गर्छु तर यसले कुनै लाभ दिँदैन वा मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्ने जति लाभ दिँदैन।  
(नोट: लाभहरूमा चिकित्सा, दन्त र दृष्टि बीमा र सेवानिवृत्ति प्याकेजहरू समावेश हुन सक्छन्)
  - मसँग अस्थायी, मौसमी वा आंशिक काम छ जसले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्छ; मलाई थप रोजगार चाहिँदैन।



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

स्वास्थ्य तथा पारिवारिक सेवाहरूका लागि  
कमनवेल्थ अफ केन्टकी क्याबिनेट  
समुदायमा आधारित सेवा विभाग

e. म पूर्णकालिक काम गर्छु र यसले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्ने लाभहरू दिन्छ।

4. कुन कुराले तपाईंको आमदानी अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- आमदानी छैन।
- मेरो आमदानी अनियमित छ।
- मेरो आमदानी मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्नका लागि पर्याप्त छैन।
- म सहायता कार्यक्रमहरूको मद्दतले मेरा आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु।
- म सहायताविना नै मेरा आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु।
- मेरो आमदानीले मेरा आवश्यकताहरू पूरा गर्छ, मेरो आमदानी सुव्यवस्थित छ र म बचत गर्न सक्छु।

5. कुन कुराले तपाईंको खाद्यान्न अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- म खाद्यान्न पाउन असमर्थ छु।
- म खाद्यान्न पाउन सक्छु तर भोजन बनाउनका लागि ठाउँ वा समय छैन।
- मेरो परिवारले खाद्यान्नका लागि पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (फुड स्ट्याम्प) वा अन्य खाद्य सहायता जस्ता मद्दत प्राप्त गर्नुहुन्छ।
- म मेरा आधारभूत खाद्यान्न आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु तर मलाई कहिलेकाहीँ फूड प्यान्ट्री जस्तो सहयोग चाहिन्छ।
- म सहायताविना नै मेरा आधारभूत खाद्य आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु।
- म मेरो परिवारले चाहेको कुनै पनि खाद्यान्न किन्न सक्छु।

6. कुन कुराले तपाईंको बाल स्याहार अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मलाई बाल स्याहार चाहिन्छ तर म अहिले बाल स्याहारको खर्च बेहोर्न सक्षम छैन।
- म बाल स्याहारको खर्च बेहोर्न सक्छु तर बाल स्याहारका विकल्पहरू विश्वसनीय वा पहुँचयोग्य छैनन्।
- बाल स्याहार व्यक्तिगत मित्र वा परिवार सदस्यले गर्नुहुन्छ।
- म मेरो मनपर्ने गुणस्तरीय बाल स्याहार चयन गर्न सक्छु।
- मलाई अहिले बाल स्याहार चाहिँदैन।

7. कुन कुराले तपाईंको शिक्षाको स्तरलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मसँग कुनै हाइ स्कूल डिप्लोमा/सामान्य शिक्षा विकास (General Educational Development, GED) छैन वा मलाई पढ्न र लेख्नका लागि मद्दत चाहिन्छ।
- मसँग हाइ स्कूल डिप्लोमा/सामान्य शिक्षा विकास छ तर मलाई भाषासम्बन्धी समस्या छ।
- मसँग हाइ स्कूल डिप्लोमा/सामान्य शिक्षा विकास छ तर मलाई मेरो कामको अवस्था सुधारनका लागि थप शिक्षा/प्रशिक्षण चाहिन्छ।
- मैले रोजगारीका लागि आवश्यक शिक्षा/प्रशिक्षण पूरा गरेको छु।
- म हाल हाइ स्कूल वा शिक्षा/प्रशिक्षण संस्थामा छु।

8. कुन कुराले तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार कभरेजलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मसँग कुनै मेडिकल कभरेज छैन र मलाई सकेसम्म चाँडो कभरेज चाहिन्छ।



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

स्वास्थ्य तथा पारिवारिक सेवाहरूका लागि  
कमनवेल्थ अफ केन्टकी क्याबिनेट  
समुदायमा आधारित सेवा विभाग

- मसँग कुनै मेडिकल कभरेज छैन र कभरेजका लागि तत्काल आवश्यकता छैन।
- मेरो परिवारका केही सदस्यहरू (जस्तै बालबालिका) सँग मेडिकल कभरेज छ तर म यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्न मद्दत चाहन्छु।
- मेरो परिवारका केही सदस्यहरू (जस्तै बालबालिका) सँग मेडिकल कभरेज छ र हामीले यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्छौं।
- मेरो परिवारका सबै सदस्य किफायती स्वास्थ्य बीमाद्वारा कभर हुनुहुन्छ तर म यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्न मद्दत गर्न चाहन्छु।
- मेरो परिवारका सबै सदस्य किफायती स्वास्थ्य बीमाद्वारा कभर हुनुहुन्छ र हामी यसलाई कसरी प्रयोग गर्ने भनेर बुझ्छौं।

9. कुन कुराले तपाईंको यातायातको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मसँग यातायातको पहुँच छैन।
- मसँग कार छ तर यसलाई चलाउन सकिदैन वा यो अविश्वसनीय छ।
- म सार्वजनिक यातायात वा बाइक प्रयोग गर्छु तर यो असुविधाजनक वा सीमित छ।
- मलाई यातायातका लागि मद्दत चाहिँदैन।

10. तपाईंलाई मानसिक स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँन्छ?

- हो, मलाई मेरो मानसिक स्वास्थ्यका लागि सहयोग चाहिँन्छ।
- होइन- मलाई मेरो मानसिक स्वास्थ्यका लागि सहयोग चाहिँदैन।

11. तपाईंलाई पदार्थ प्रयोगसँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँन्छ?

- हो, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँन्छ।
- होइन, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँदैन।

12. तपाईंलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँन्छ?

- हो, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँन्छ।
- होइन, मलाई घरेलु हिंसासँग सम्बन्धित स्रोतहरू चाहिँदैन।

13. कुन कुराले वृद्धावस्था र/वा असक्षमता भएका मानिसहरूको स्याहारका लागि तपाईंको अवस्थालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मलाई आफ्नो वा उमेर वा असक्षमताका कारणले मेरो स्याहार गर्ने व्यक्तिका लागि तत्काल सहयोगको आवश्यकता छ।
- म वा उमेर वा असक्षमताका कारणले मेरो स्याहार गर्ने व्यक्तिले सहयोग प्रयोग गर्न सक्छौं।
- मलाई वृद्धावस्था/असक्षमता भएका मानिसहरूको स्याहारका लागि कुनै सहयोगको आवश्यकता छैन।

14. कुन कुराले तपाईंको बालबालिकाको विद्यालयको अनुभवलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मेरा एक वा सोभन्दा बढी विद्यालय जाने उमेरका बालबालिकाहरू विद्यालयमा भर्ना भएका छैनन्।
- मेरा बच्चा वा बालबालिकाहरू विद्यालयमा भर्ना भएका छन् तर केही समय मात्र उपस्थित हुन्छन्।
- मेरा बच्चा वा बालबालिकाहरू भर्ना भएका छन् र प्रायः वा सबै समय कक्षाहरूमा उपस्थित हुन्छन्।



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

स्वास्थ्य तथा पारिवारिक सेवाहरूका लागि  
कमनवेल्थ अफ केन्टकी क्याबिनेट  
समुदायमा आधारित सेवा विभाग

d. मेरा विद्यालय जाने उमेर भएका बालबालिकाहरू छैनन्।

15. कुन कुराले तपाईंका दैनिक आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्ने क्षमतालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मसँग खाद्यान्न, लताकपडा वा नियमित नुहाउने ठाउँ जस्ता आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्ने क्षमता छैन।
- म मेरा केही आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्छु तर सबै पूरा गर्न सकिदैनं।
- म मेरा धेरैजसो आधारभूत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सक्षम छु तर सबै पूरा गर्न सकिदैनं।
- म मेरा सबै आधारभूत आवश्यकताहरू दिनहुँ पूरा गर्न सक्षम छु।

16. कुन कुराले तपाईंको सामाजिक सम्बन्ध र मित्रतालाई राम्रो वर्णन गर्छ?

- म एकलै बस्छु र/वा म मानिसहरूसँग अन्तरक्रिया गर्न चाहन्छं।
- म परिवार वा समूहहरूसँग थप संलग्न हुन चाहन्छु तर थप जानकारी वा सहायता चाहिन्छ।
- मसँग बलियो पारिवारिक/सामाजिक सहायतानहरू छन् र/वा म सक्रिय रूपमा मेरा समुदाय वा सहायता समूहहरूमा संलग्न छु।

17. कुन कुराले कानुनी सहायताका लागि तपाईंको आवश्यकतालाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मेरा वारेन्ट(हरू) बाँकी छन् वा अभियोगहरू विचाराधीन छन्।
- म परीक्षणकाल वा पेरोल सर्तहरू पूर्ण रूपमा पालना गर्दैन छु।
- मेरो कुनै आपराधिक इतिहास छैन वा 12 महिनाभन्दा बढीमा कुनै आपराधिक न्याय संलग्नता छैन।

18. कुन कुराले तपाईंका अभिभावकत्व सीपहरूलाई राम्रोसँग वर्णन गर्छ?

- मलाई मेरा अभिभावकत्व सीपहरू सुधार्नका लागि स्रोतहरू चाहिन्छ।
- मेरा अभिभावकत्व सीपहरू पर्याप्त वा राम्रोसँग विकसित छन्।
- मेरो बालबच्चा छैन।



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