



5250 Leetsdale Dr. Ste #110, Denver CO 80246
www.cahep.org, (303) 954-0058

म स्वास्थ्य बीमा भर्न वा नामांकन सहायताको अनुरोध गर्दछु र स्वेच्छापूर्वक
निम्नलिखित जानकारी प्रादन गर्दछु ।

१ नाम् :

२ ठे गाना :

३ फोन :

४ ईमेल :

५ उमेर् :

६ लिंग :

७ जातीयता :

८ परिवार संख्या :

९ वर्तमान स्वास्थ्य बीमा छ/ छैन :

१० वर्तमान स्वास्थ्यको बीमा नाम् :

११ वैधानिक निवासी हो/हैन (ग्रीन कार्ड वा नागरिकता वैधानिक निवासमा) :

Bhutanese/Nepali