나는 의료보험 가입에 관해 도움을 받기를 원하여 아래 사항을 자발적으로제공합니다 (I request Health Insurance Enrollment Assistance, and voluntarily provide following):

1. 영문이름 (Name):

2. 주소 (Address):

3.전화번호 (Phone):

4. 전자메일 (Email):

5.나이 (Age):

6. 성별 (Gender):

7. 민족 (Ethnicity):

8. 가족 구성원 수 (Number of Members in Household): _____.

9.현재 의료보험이 있습니까? (Current Medical Insurance): 예 (Yes) 아니오 (No)

10. 현재 의료보험 회사 이름 (Name of Current Medical Insurance):

_____.

11. 콜로라도 합법신분, 영주권 또는 시민권자 여부 (Legal Resident of Colorado, *Note: Legal residence will include holding a Green-card or Citizenship*)

예 (Yes) 아니오 (No)

12. 가정 연 수입 (Household annual income): $_____.