



\$ १५० को स्वास्थ्य सम्बन्धी ईनाम (Wellness Reward) कमाउनुहोस्

कर्मचारीहरू,

यदि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले \$१५० को स्वास्थ्य सम्बन्धी ईनाम पाउन सक्नुहुनेछ। COVID 19 विश्वव्यापी महामारीको बेलामा तपाईंको विभागले क्याम्पसमा स्वास्थ्य जाँच प्रदान गर्न सक्दैन। तपाईंले यी २ पाइलाहरू अक्टोबर ९, २०२० सम्ममा पूरा गर्नुपर्नेछ:

पाइला १: तपाईंको स्वास्थ्य मूल्याङ्कन (Health Assessment) (चयन १, २, वा ३ रोज्नुहोस्।)

- **चयन १: कागजी**
StayWell लाई 1-800-821-6591 मा फोन गरेर अङ्ग्रेजी वा स्पैनिश भाषाको कागजी स्वास्थ्य मूल्याङ्कन माग्नुहोस्।
- **चयन २: फोन**
StayWell लाई 1-800-821-6591 मा सम्पर्क गरेर फोनबाट आफ्नो स्वास्थ्य मूल्याङ्कन पूरा गर्नुहोला। सबै भाषाका लागि अनुवाद सेवा उपलब्ध छन्।
- **चयन ३: अन्लाईन**
तपाईंको स्वास्थ्य मूल्याङ्कन www.wellwisconsin.staywell.com वेबसाईटमा अङ्ग्रेजी वा स्पैनिश भाषामा पूरा गर्नुहोला।
महत्त्वपूर्ण: चयन ३: अन्लाईनको लागि, तपाईंले \$१५० को Visa गिफ्ट कार्ड पाउनका लागि स्वास्थ्य सम्बन्धी गतिविधि (Well-being Activity) पनि अक्टोबर ९, २०२० सम्ममा StayWell को portal बाट पूरा गर्नुपर्नेछ।

पाइला २: तपाईंको स्वास्थ्य जाँच (चयन १ वा २ रोज्नुहोस्।)

- **चयन १: कागजी**
तपाईंको हालसालैको डाक्टरसँगको भेटको जानकारीका साथ कागजी स्वास्थ्य सेवा प्रदायक फाराम (Healthcare Provider form) पूरा गर्नुहोला।
तपाईंले यी कुराहरू समावेश गर्नुपर्नेछ:
 - Height (उचाई)
 - Weight (वजन)
 - Blood Pressure (रक्तचाप)
- **चयन २: फोन**
फोनबाट कोचिङ्कको बैठक पूरा गर्नुहोस्। StayWell लाई 1-800-821-6591 मा फोन गरेर भेट्ने समय बनाउनुहोला। अनुवाद सेवा फोनबाट उपलब्ध छन्।

यदि तपाईंले पाइला १ र २ अक्टोबर ९, २०२० सम्ममा पूरा गर्नुभयो भने, तपाईंले हुलाकबाट \$१५० को Visa गिफ्ट कार्ड पाउनुहुनेछ। यदि तपाईंले अक्टोबर २३, २०२० सम्ममा गिफ्ट कार्ड पाउनुभएन भने, StayWell लाई फोन गर्नुहोला।

प्रश्नहरू छन्? StayWell को हेल्पलाईन 1-800-821-6591 मा फोन गर्नुहोस्।

*StayWell कार्यक्रमले State of Wisconsin Group Health Insurance Programs का सहभागीहरूलाई भुक्तानी गरेको सबै स्वास्थ्य सम्बन्धीत प्रोत्साहनहरू समूह स्वास्थ्य आयोजनाका (group health plan) ग्राहकका लागि कर योग्य आमदानी मानिन्छ र तपाईंको काम दिने संस्थालाई कर सम्बन्धीत उद्देश्यहरूका लागि रिपोर्ट गरिन्छ। स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीहरू, जसमा स्वास्थ्य मूल्याङ्कनका जवाफहरू समावेश छन्, संघीय कानून द्वारा संरक्षित छन् र ETF, Group Health Insurance Program अथवा तपाईंको काम दिने संस्था सँग कहिल्यै पनि बाँडिने छैन।

* यो कार्यक्रम आफ्नै इच्छा अनुसार गर्ने कार्यक्रम हो। यसले तपाईंको डाक्टरको हेरचाहको स्थान लिँदैन। स्वास्थ्य जाँच र स्वास्थ्य मूल्याङ्कनले स्वास्थ्यका समस्याहरू पत्ता लगाउँदैन अथवा उपचारको सल्लाह दिँदैन।

स्वास्थ्य सेवा प्रदायक (*Health Care Provider*) फाराम कसरी पूरा गर्ने

तपाईंको हालसालैको डाक्टरसँगको भेटको नतिजाहरू राखेर स्वास्थ्य सेवा प्रदायक फाराम पूरा गर्नुहोला। यो फाराम पूरा गरेर अक्टोबर ९, २०२० सम्म बुझाउनु पर्नेछ।

- तपाईंको हालसालैको डाक्टरसँगको भेटको जानकारी चलानुहोस्।
- यदि तपाईंले यो फाराम पूरा गर्नुभयो भने, तपाईंले स्वास्थ्य जाँचको लागि *StayWell* मा फोन गर्नुपर्दैन।

पाइला १: तपाईंको जानकारी भर्नुहोस्:

- *First Name* (नाम)
- *Last Name* (थर)
- *Date of Birth (Month, Day, Year)* [जन्म मिति (महिना, दिन, वर्ष)]

पाइला २: स्वीकृति बारे जानकारी पढ्नुहोस्। त्यसपछि,

- तपाईंको हस्ताक्षर दिनुहोस्
- मिति लेख्नुहोस्

पाइला ३: तपाईंको हालसालैको डाक्टरसँगको भेटबाट जाँचको आवश्यक जानकारी भर्नुहोस्।

- *Blood Pressure* (रक्तचाप)
 - *Systolic*
 - *Diastolic*
 - जाँचको मिति
- *Height* (उचाई)
 - *Feet*
 - *Inches*
- *Weight (pounds)* [वजन (पाउन्डमा)]
 - नापको मिति

पाइला ४: यस स्वास्थ्य सेवा प्रदायक फाराम अक्टोबर ९, २०२० सम्ममा बुझाउनुहोस्

- 240-477-1521 मा फ्याक्स गर्नुहोस्, वा
- हुलाकबाट यहाँ पठाउनुहोस्:

US Wellness
20400 Observation Drive #100
Germantown, MD 20876

प्रश्नहरू छन् ? *StayWell* को हेल्पलाईन 1-800-821-6591 मा फोन गर्नुहोस्।

**StayWell* कार्यक्रमले *State of Wisconsin Group Health Insurance Programs* का सहभागीहरूलाई भुक्तानी गरेको सबै स्वास्थ्य सम्बन्धीत प्रोत्साहनहरू सामूहिक स्वास्थ्य आयोजनाका (*group health plan*) ग्राहकका लागि कर योग्य आमदानी मानिन्छ र तपाईंको काम दिने संस्थालाई कर सम्बन्धीत उद्देश्यहरूका लागि रिपोर्ट गरिन्छ। स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारीहरू, जसमा स्वास्थ्य मूल्याङ्कनका जवाफहरू समावेश छन्, संघीय कानून द्वारा संरक्षित छन् र *ETF, Group Health Insurance Program* अथवा तपाईंको काम दिने संस्था सँग कहिल्यै पनि बाँडिने छैन।

* यो कार्यक्रम आफ्नै इच्छा अनुसार गर्ने कार्यक्रम हो। यसले तपाईंको डाक्टरको हेरचाहको स्थान लिँदैन। स्वास्थ्य जाँच र स्वास्थ्य मूल्याङ्कनले स्वास्थ्यका समस्याहरू पत्ता लगाउँदैन अथवा उपचारको सल्लाह दिँदैन।

HEALTH CARE PROVIDER FORM – WELL WISCONSIN PROGRAM

Complete Steps 1-4 on this form to verify that you are current on your preventive healthcare. Submit this form by October 9, 2020. Print clearly.

STEP 1: Please note this information must match your health insurance enrollment data

First Name	Last Name	
Date of Birth (Month Day Year)	Phone Number	
E-mail address		

STEP 2: Complete I understand that StayWell and US Wellness, Inc. may use and disclose my personally identifiable information and screenings results collected on this form (my "Personal Information"), in order to provide wellness program services to me, on behalf of the sponsoring entity. Except for my actual screening results, StayWell may provide my Personal Information to my sponsoring entity or its designated representative to (i) notify them of whether I am eligible for the incentive, and/or (ii) provide them with program participation information. StayWell and US Wellness, Inc. may use my Personal Information for anonymous group statistical research and analysis and may combine my Personal Information with information collected from other participants to create anonymous aggregate data reports. StayWell may provide my Personal Information to (i) my health plan or its vendors for purposes of treatment, payment, and health care operations, including benefits administration, appeals, and incentive management, and (ii) the plan sponsor of my health plan for plan administration functions in accordance with the 45 C.F.R. 164.504. The Well Wisconsin Program ("Program") is a voluntary wellness program administered per the Genetic Information Nondiscrimination Act ("GINA") and other applicable law. If you participate in the Program, you will be asked to complete a voluntary health risk assessment, which requests certain information, including whether you have ever had certain medical conditions, diseases or disorders ("Protected Information"). The Program uses Protected Information to help you understand potential health risks and to offer disease management programs, coaching and other services. The Program safeguards the privacy and security of any Protected Information you provide consistent with applicable law. Protected Information may be disclosed to you and any licensed health care professionals or board certified genetic counselors to provide you with Program services and will not be sold, exchanged, transferred or otherwise disclosed, except as permitted by law to carry out Program-related activities. You will not be asked to waive the confidentiality of this information as a condition of participating in the Program or receiving any incentive. No Protected Information will be used in making any employment decision and such information will be disclosed to your employer only in aggregate terms that do not disclose your specific identity.

X _____ Date _____
Participant Signature Authorizing Disclosure (REQUIRED)

STEP 3: Complete PREGNANT Yes No

REQUIRED VALUES	ADDITIONAL VALUES* (if recommended by your doctor)																																													
<p>Blood Pressure</p> <p>Systolic <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Diastolic <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Date of Test</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Month)</td> <td>(Day)</td> <td>(Year)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Height</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Feet)</td> <td>(Inches)</td> </tr> </table> <p>Weight (lbs) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Date of Measurement</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Month)</td> <td>(Day)</td> <td>(Year)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(Feet)	(Inches)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)			<p>Cholesterol</p> <p>Total Cholesterol <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>HDL Cholesterol <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>LDL Cholesterol <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Triglycerides <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Were you fasting for more than 8 hours prior to this test? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Date of Test:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Month)</td> <td>(Day)</td> <td>(Year)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)			<p>Glucose (Blood Sugar)</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Were you fasting for more than 8 hours prior to this test? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Date of Test</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(Month)</td> <td>(Day)</td> <td>(Year)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">*Please note, you may be responsible for out of pocket costs associated with these lab tests.</p>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)		
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																										
(Month)	(Day)	(Year)																																												
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																													
(Feet)	(Inches)																																													
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																										
(Month)	(Day)	(Year)																																												
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																										
(Month)	(Day)	(Year)																																												
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																																										
(Month)	(Day)	(Year)																																												

Health Care Provider Name	Health Care Clinic	Phone Number
---------------------------	--------------------	--------------

STEP 4: Submit Form by 10/09/2020 Participant may fax this form to 240-477-1521, mail it to US Wellness at 20400 Observation Drive #100, Germantown, MD 20876 or securely upload it electronically at <https://wellwi.uswellness.com/offsite>. If you entered your email address, you will receive verification that your form has been received within two business days.