



### \$150 ཡི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་བྱ་དགའ་ལེན་པ།

༄༅། ལས་བྱེད་ལྷན་ཁྲིམས་ལ།

ཁྱེད་ལ་འོས་ཚུངས་ཚང་གི་ཡོད་ཚེ། ཁྱེད་ལ་ \$150 ཡི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་བྱ་དགའ་ལེན་གྱི་འབྲེལ་ཡོད་སྡེ་ཚོན་གྱིས་ཉོག་དབྱིབས་ནད་འབྱུང་ནད་ཡམས་སྐབས་སུ་ཡུལ་དངོས་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་བྱེད་མ་ལོ་སྒྲིག་བྱེད་མི་ལྟུང་། ཁྱེད་ཀྱིས་ཕྱི་ལོ་ 2020 ལོ་ 10 ཚེས་ 9 བར་དུ་གཤམ་གསལ་འི་མ་པ་གཉིས་འཇུག་པར་དུ་བསྐྱབ་ཚར་བ་བྱེད་དགོས།

འཇུག་པར་དང་ཡོ། ཁྱེད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ། (གདམས་ག་ 1 དང་ 2 ། ཡང་ན་ 3 རས་གང་རུང་འདེམས་སྟེ།)

• **གདམས་ག་ 1 ། འོག་སྟེ།**

StayWell བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་ 1-800-821-6591 ཐོག་འབྲེལ་བ་བྱས་ཏེ་ཡིག་ཚང་ལ་མི་པོ་སྐད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ་འགོ་འཛུགས་ལོག་ལེན་ཚོགས།

• **གདམས་ག་ 2 ། ལ་པར།**

StayWell བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་ 1-800-821-6591 ཐོག་འབྲེལ་བ་བྱས་ཏེ་ལ་པར་ཐོག་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་འགོ་འབྲེལ་བྱ་རྒྱུ། ལ་པར་ཐོག་སྐད་ཡིག་ཚང་མའི་ཐོག་སྐད་སྒྲུར་ཞབས་ཏུ་ཡོད།

• **གདམས་ག་ 3 ། དམོག་**

ཁྱེད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་རྣམས་དྲ་ཚོགས་ [wellwisconsin.staywell.com](http://wellwisconsin.staywell.com) བརྒྱུད་ནས་ཡིག་ཚང་ལ་མི་པོ་སྐད་དུ་འགོ་འབྲེལ་བྱ་རྒྱུ། གལ་ཅེན་ཞིག་ནི། གདམས་ག་ 3 པའི་ཚེད་དུ། ཁྱེད་ཀྱིས་འཇུག་པར་དུ་ཕྱི་ལོ་ 2020 ལོ་ 10 ཚེས་ 9 བར་དུ་ StayWell བདེ་ཐང་དྲ་ཚོགས་རྣམས་བདེ་ཐང་བྱེད་སྒོ་ **Well-being Activity** ལེགས་འགྲུབ་བྱས་ཏེ་ཁྱེད་ཀྱི་ \$150 Visa Gift Card མི་ཇ་ལེགས་སྐྱེས་ཀར་ཁྱེད་ཀྱི་ལེན་སྒྲུབ་བྱེད་དགོས།

འཇུག་པར་གཉིས་པ། ཁྱེད་ཀྱི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད། (གདམས་ག་ 1 ཡང་ན་ 2 གང་རུང་འདེམས་སྟེ།)

• **གདམས་ག་ 1 ། འོག་སྟེ།**

ཁྱེད་ཀྱིས་ཐང་སྡེན་མར་སྐྱོད་པར་བསྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་བརྟག་འབྲས་གནས་ཚུལ་རྣམས་འཕྲོད་བསྟེན་ལྟ་སྦྱོང་སྐད་ཀྱི་འགོ་འཛུགས་ལུས་མེད་པ་འགོ་འབྲེལ་བྱ་རྒྱུ།

ཁྱེད་ཀྱིས་རང་ཉིད་ཀྱི་གཤམ་འཁོད་གནས་ཚུལ་རྣམས་འཇུག་པར་དུ་འབྲི་འགོ་འབྲེལ་བྱེད་དགོས།

- Height གཟུགས་ཚད།
- Weight ལྗིད་ཚད།
- Blood Pressure རྩལ་ཤེད།

• **གདམས་ག་ 2 ། ལ་པར།**

ལ་པར་ཐོག་ནས་སྦྱོར་བརྒྱུད་ཚོད་པ་ **coaching session** ཚར་བ་བྱེད་དགོས། StayWell བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་ 1-800-821-6591 ཐོག་ནས་དུས་ཚོད་བཟོ་རྒྱུ། ལ་པར་ཐོག་སྐད་སྒྲུར་ཞབས་ཏུ་ཡོད།

ཁྱེད་ཀྱིས་ཕྱི་ལོ་ 2020 ལོ་ 10 ཚེས་ 9 བར་དུ་འཇུག་པར་ 1 དང་ 2 འགོ་འབྲེལ་བྱས་ཚར་ཚེ། ཁྱེད་ཀྱི་ \$150 Visa Gift Card མི་ཇ་ལེགས་སྐྱེས་ཀར་ཁྱེད་ཀྱི་ལེན་སྒྲུབ་ཀྱིས་སྐྱོད་པར་འབྲེལ་བྱས་པའི་ལེན་སྒྲུབ་ལེན་པར་འབྲེལ་བྱེད་དགོས། གལ་སྲིད་ཁྱེད་ཀྱི་ Visa Gift Card མི་ཇ་ལེགས་སྐྱེས་ཀར་ཁྱེད་ཀྱི་ཕྱི་ལོ་ 2020 ལོ་ 10 ཚེས་ 9 བར་དུ་མ་འབྲེལ་ཚེ། StayWell བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་གཏོང་རྒྱུ།

དྲི་བ་ཡོད་དམ། StayWell Helpline བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་འོག་འདེགས་ལ་ཁ་པར་ 1-800-821-6591 ལ་འབྲེལ་བ་བྱ་རྒྱུ།

\* StayWell བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་གིས་ State of Wisconsin Group Health Insurance Programs རྒྱལ་ཁོངས་མཉམ་ཞུགས་བྱེད་མི་ཚོར་སྤྱད་པའི་བྱ་དགའ་དཔྱད་འབབ་དེ་དག་འཕྲོད་བསྟེན་ལྟ་སྦྱོང་འགན་ལེན་ལེན་མཁུ་ཚོར་དཔྱད་ཞུ་བ་སྤུ་འོས་ཡོད་འབབ་ཆགས་ཀྱི་ཡོད་པར་བརྟེན་དོ་བདག་གི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་ཁུལ་འབབ་འབྲེལ་དགོས། འཕྲོད་བསྟེན་གནས་སྤངས་སྐོར་ལ་ལན་འདེབས་བྱས་པ་ཚུད་པའི་བདེ་ཐང་སྐོར་གྱི་གནས་ཚུལ་རྣམས་དཔྱད་ཞིབ་ཀྱི་ཁྲིམས་ལུགས་ཀྱི་སྤྱད་སྦྱོར་ཡོད་པས་ **ETF** དོ་ Group Health Insurance Program ། ཁྱེད་ཀྱི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་གཏན་ནས་སྦྱོར་སྟེ་མི་བྱེད།

\*བརྟག་དཔྱད་ལས་འགྲུལ་འདིར་ཞུགས་རྒྱུ་རང་མོས་ཡིན། དེ་ཡིས་ཁྱེད་རང་གི་སྤྱོད་པའི་བརྟག་ཞིབ་གཞིགས་སྦྱོར་གི་ཚབ་བྱེད་མི་རུང་། བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་དང་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་འགོ་འབྲེལ་གཉིས་ཀྱིས་ནད་གཞི་དོས་འཛིན་དང་སྤྱོད་བཅོས་གསོ་ཐབས་ཅི་ཡང་བྱེད་ཀྱི་མེད།

## འཕྲོད་བརྟེན་ལྟ་སྐྱོད་སྐྱོད་སྐྱོད་པའི་འགོད་ཤོག་འགོད་འབྲུལ་བྱེད་ཕྱོགས།

ཞེད་ཀྱིས་ཉེ་ཆར་འཕྲོད་བརྟེན་ལྟ་སྐྱོད་སྐྱོད་སྐྱོད་པའི་བརྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་བརྟེན་འབྲུལ་སྐྱོད་སྐྱོད་པའི་འགོད་ཤོག་ (Health Care Provider Form) འགོད་འབྲུལ་ཆ་  
 ཚང་བྱ་རྒྱ། འཕྲོད་བརྟེན་ལྟ་སྐྱོད་སྐྱོད་པའི་འགོད་ཤོག་རེས་པར་དུ་བྱི་ལོ་ 2020 ཟླ་ 10 ཚེས་ 9 བར་དུ་འགོད་འབྲུལ་བྱེད་དགོས།

- ཞེད་ཀྱི་ཉེ་ཆར་སྐྱོད་པའི་བརྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་བརྟེན་འབྲུལ་གནས་ཚུལ་རྣམས་བེད་སྤྱོད་བྱ་རྒྱ།
- ཞེད་ཀྱིས་འགོད་ཤོག་འདི་འགོད་འབྲུལ་བྱས་ཚུལ་ StayWell བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་བདེ་ཐང་བརྟེན་དཔྱད་ Health Check ཚེད་དུ་ལ་པར་གཏོང་མི་དགོས།

**རིས་པ་ 1 |** ཞེད་ཀྱི་འབྲུལ་ཡོད་གནས་ཚུལ་འབྲི་རྒྱ།

- *First Name* རང་མིང་།
- *Last Name* རུས་མིང་།
- *Date of Birth (Month, Day, Year)* རྒྱུས་ཚེས། (ཟླ། ཉིན། ལོ།)

**རིས་པ་ 2 |** མོས་མཐུན་ཡིག་ཆ་ལྟོག་རྒྱ། དེ་ནས་

- མཚན་རྟགས་འགོད་རྒྱ།
- དུས་ཚེས་འབྲི་རྒྱ།

**རིས་པ་ 3 |** ཞེད་ཀྱི་ཉེ་ཆར་སྐྱོད་པའི་བརྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་བརྟེན་འབྲུལ་གནས་ཚུལ་རྣམས་འབྲི་འགོད་བྱ་རྒྱ།

- *Blood Pressure* ལྷག་ཤིང།
  - *Systolic* རྒྱུས་གྲངས།
  - *Diastolic* འབྱེད་གྲངས།
  - བརྟེན་དཔྱད་བྱས་ཉིན།
- *Height* གཟུགས་ཚད།
  - *Feet* ལི་ཉི་འཇམ་ལུ།
  - *Inches* ལི་ཉི་འཇམ་ཚོན།
- *Weight (pounds)* རྒྱུད་ཚད་(པོན་ཏི) |
  - ཚད་འཇམ་བྱས་ཉིན།

**རིས་པ་ 4 |** འཕྲོད་བརྟེན་ལྟ་སྐྱོད་སྐྱོད་པའི་འགོད་ཤོག་བྱི་ལོ་ 2020 ཟླ་ 10 ཚེས་ 9 བར་དུ་འགོད་འབྲུལ་བྱ་རྒྱ།

- ལྷུང་འཕྲིན་ Fax 240-477-1521 ཐོག་བསྐྱར་བའམ་ཡང་ན།
- གཤམ་འཁོད་ལ་བྱང་ཐོག་སྐྱག་བསྐྱར་བྱ་རྒྱ།

*US Wellness  
 20400 Observation Drive #100  
 Germantown, MD 20876*

**རྒྱ་བཏོད་དམ།** StayWell Helpline བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལོགས་འདེགས་ལ་པར་ 1-800-821-6591 ལ་འབྲུལ་བ་བྱ་རྒྱ།

\* StayWell བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་གིས་ State of Wisconsin Group Health Insurance Programs ལུགས་ལུགས་ལྟ་སྐྱོད་སྐྱོད་པའི་བྱ་དགའ་དངུལ་འབབ་དེ་དག་འཕྲོད་བརྟེན་ལྟ་སྐྱོད་  
 འགན་ལེན་ལེན་མཁུ་ཚོར་དབྱ་ལུ་བསྐྱོད་ཡོད་འབབ་ཆགས་ཀྱི་ཡོད་པར་བརྟེན་དོ་བདག་གི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་ལུ་ལུ་འབབ་འབྲུལ་དགོས། འཕྲོད་བརྟེན་གནས་སྐྱོད་ལ་ལན་འདེབས་བྱས་པ་ཚུད་པའི་བདེ་ཐང་  
 སྐོར་གྱི་གནས་ཚུལ་རྣམས་དབྱས་གཞུང་གི་ཁྲིམས་ལུགས་ཀྱི་སྐྱོད་སྐྱོད་ཡོད་པས་ ETF དང་ Group Health Insurance Program | ཞེད་ཀྱི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་གཏན་ནས་སྐོར་སྤྲོད་མི་བྱེད།  
 \*བརྟེན་དཔྱད་ལས་འབྲུལ་འདིར་ལྷགས་རྒྱ་རང་མོས་ཡིན། དེ་ཡིས་ཞེད་རང་གི་སྐྱོད་པའི་བརྟེན་ཞིབ་གཟུགས་སྐྱོད་གི་ཚབ་བྱེད་མི་ཅུང་། བདེ་ཐང་བརྟེན་དཔྱད་དང་འཕྲོད་བརྟེན་གནས་ཚུལ་འགོད་འབྲུལ་གཉིས་ཀྱིས་ནད་  
 གཞི་རོས་འཛིན་དང་སྐྱོད་བཅོས་གསོ་ཐབས་ཅི་ཡང་བྱེད་ཀྱི་མེད།

# 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><b>Blood Pressure</b></p> <p>Systolic <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Diastolic <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Date of Test</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Month)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Day)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Year)</td> </tr> </table> <p><b>Height</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Feet)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Inches)</td> </tr> </table> <p><b>Weight (lbs)</b> <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>Date of Measurement</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Month)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Day)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Year)</td> </tr> </table>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	(Feet)	(Inches)	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)	<p><b>Cholesterol</b></p> <p>Total Cholesterol <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>HDL Cholesterol <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>LDL Cholesterol <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>Triglycerides <input style="width: 60px;" 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%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Month)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Day)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Year)</td> </tr> </table>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)	<p><b>Glucose (Blood Sugar)</b></p> <p><input style="width: 60px;" 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%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Month)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Day)</td> <td style="border: none; font-size: x-small;">(Year)</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: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	(Month)	(Day)	(Year)
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
(Month)	(Day)	(Year)																												
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																													
(Feet)	(Inches)																													
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
(Month)	(Day)	(Year)																												
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																												
(Month)	(Day)	(Year)																												
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" 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.