བོད་ཡིག / **TIBETAN**

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

༄༅། ལས་བྱེད་ལྷན་རྒྱས་ལ།

ཁྱེད་ལ་འོས་ཚོས་ཚང་གི་ཡོད་ཚེ། ཁྱེད་ལ་**$150 ཡི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་བྱ་དགའ་**ཐོབ་ཐུབ། ཁྱེད་ཀྱིས་**ཕྱི་ལོ་ 2021 ཟླ་ 10 ཚེས་ 8 བར་དུ་**གཤམ་གསལ་རིམ་པ་གཉིས་རིམ་པར་དུ་བསྒྲུབ་ཚར་དགོས།

རིམ་པ་དང་པོ། ཁྱེད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ། (གདམ་ག་ 1 དང་ 2 ། ཡང་ན་ 3 ནས་གང་རུང་འདེམས་རྒྱུ།)

- **གདམ་ཀ་ 1 ། ཤོག་བུ།**
  StayWell/WebMD བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་1-800-821-6591ཐོག་འབྲེལ་བ་བྱས་ཏེ་ཨིན་ཇི་དང་མི་པན་སྐད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ་འགེང་ཤོག་ལེན་ཆོག
- **གདམ་ཀ་ 2 ། ཁ་པར།**
  StayWell/WebMD བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་ 1-800-821-6591ཐོག་འབྲེལ་བ་བྱས་ཏེ་ཁ་པར་ཐོག་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་འགེང་འབུལ་བྱ་རྒྱུ། ཁ་པར་ཐོག་སྐད་ཡིག་ཚང་མའི་ཐོག་སྐད་སྒྱུར་ཞབས་ཞུ་ཡོད།
- **གདམ་ཀ་ 3 ། དྲ་ཐོག**
  ཁྱེད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་རྣམས་དྲ་ཚིགས་ webmdhealth.com/wellwisconsin བརྒྱུད་ནས་ཨིན་ཇི་དང་མི་པན་སྐད་དུ་འགེང་འབུལ་བྱ་རྒྱུ།
  གལ་ཆེན་ཞིག་ནི། གདམ་ཀ་ 3 པའི་ཆེད་དུ། ཁྱེད་ཀྱིས་རེས་པར་དུ་ཕྱི་ལོ་ 2021 ཟླ་ 10 ཚེས་ 8 བར་དུ་ *StayWell* བདེ་ཐང་དྲ་ཚིགས་ནས་**བདེ་ཐང་བྱེད་སྒོ་ *Well-being Activity*** ལེགས་འགྲུབ་བྱས་ཏེ་ཁྱེད་ཀྱི་ *$150 Visa Gift Card* ཕི་ཛ་ལེགས་སྐྱེས་ཀར་ཊི་ལེན་ཐུབ་བྱེད་དགོས།

རིམ་པ་གཉིས་པ། ཁྱེད་ཀྱི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད། (གདམ་ག་ 1 ཡང་ན་ 2 གང་རུང་འདེམས་རྒྱུ།)

- **གདམ་ཀ་ 1 ། ཤོག་བུ།**
  ཁྱེད་ཀྱིས་ཐེངས་སྔོན་མར་སྨན་པར་བསྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་བརྟག་འབྲས་གནས་ཚུལ་རྣམས་**འཕྲོད་བསྟེན་ལྷ་སྐྱོང་སྨན་པའི་འགེང་ཤོག**ནང་དུ་འཚེམས་ལུས་མེད་པ་འགེང་འབུལ་བྱ་རྒྱུ།
  ཁྱེད་ཀྱིས་རང་ཉིད་ཀྱི་གཤམ་འཁོད་གནས་ཚུལ་རྣམས་རེས་པར་དུ་འབྲི་འགེང་བྱེད་དགོས།
  - *Height* གཟུགས་ཚད།
  - *Weight* ལྗིད་ཚད།
  - *Blood Pressure* ཁྲག་ཤེད།
- **གདམ་ཀ་ 2 ། ཁ་པར།**
  ཁ་པར་ཐོག་ནས་**སྦྱོང་བརྡར་ཚན་པ་ *coaching session*** ཚར་པ་བྱེད་དགོས། *StayWell/WebMD* བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་ 1-800-821-6591ཐོག་ནས་དུས་ཚོད་བཟོ་རྒྱུ། ཁ་པར་ཐོག་སྐད་སྒྱུར་ཞབས་ཞུ་ཡོད།

ཁྱེད་ཀྱིས་ཕྱི་ལོ་ 2021 ཟླ་ 10 ཚེས་ 8 བར་དུ་**རིམ་པ་ 1 དང་ 2** འགེང་འབུལ་བྱས་ཚར་ཚེ། ཁྱེད་ཀྱི་ *$150 Visa Gift Card* ཕི་ཛ་ལེགས་སྐྱེས་ཀར་ཊི་དེ་ཁྱེད་ལ་རང་ཤུགས་ཀྱིས་སྦྲག་ཐོག་ནས་འགྱོར་ཡོང་རེས།

དྲི་བ་ཡོད་དམ། *StayWell/WebMD* བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་ཁ་པར་ 1-800-821-6591 རམ་ཡང་ན་གློག་འཕྲིན་ CustomerSupport@webmd.net ལ་འབྲེལ་བ་བྱ་རྒྱུ།

* *StayWell* བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་གིས་ *State of Wisconsin Group Health Insurance Programs* ཁྱབ་ཁོངས་མཉམ་ཞུགས་བྱེད་མི་ཚོར་སྤྲོད་པའི་བྱ་དགའ་དངུལ་འབབ་དེ་དག་འཕྲོད་བསྟེན་ལྷ་སྐྱོང་འགན་ལེན་ལེན་མཁན་ཚོར་དཔྱ་ཁྲལ་བསྒྱུ་འོས་ཡོང་འབབ་ཚགས་ཀྱི་ཡོད་པར་བརྟེན་དོ་བདག་གི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་ཁྲལ་འབབ་འབུལ་དགོས། འཕྲོད་བསྟེན་གནས་སྟངས་སྐོར་ལ་ལན་འདེབས་བྱས་པ་ཚད་པའི་བདེ་ཐང་སྐོར་གྱི་གནས་ཚུལ་རྣམས་དབུས་གཞུང་གི་ཁྲིམས་ལུགས་ཀྱི་སྲུང་སྐྱོབ་ཡོད་པས་ *ETF* དང་ *Group Health Insurance Program* ། ཁྱེད་ཀྱི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་གཏན་ནས་སྤྲོད་སྟེར་མི་བྱེད།
*བརྟག་དཔྱད་ལས་འགྲུལ་འདིར་ཞུགས་རྒྱུ་རང་མོས་ཡིན། དེ་ཡིས་ཁྱེད་རང་གི་སྨན་པའི་བརྟག་ཞིབ་གཟིགས་སྐྱོང་གི་ཚབ་བྱེད་མི་རུང་། བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་དང་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་འགེང་འབུལ་གཉིས་ཀྱིས་ནད་གཞི་ངོས་འཛིན་དང་སྨན་བཅོས་གསོ་ཐབས་ཅི་ཡང་བྱེད་ཀྱི་མེད།

UNIVERSITY OF WISCONSIN–MADISON

WELL WISCONSIN
Healthier starts with you

ཁྱེད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་ལྟ་སྐྱོང་སྨན་པའི་འགེང་ཤོག་འགེང་འབུལ་བྱེད་ཕྱོགས།

ཁྱེད་ཀྱི་$150 ཡི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་བྱ་དགའ་ལེན་རྒྱུར་ངེས་པར་དུ་འགེང་ཤོག་འདི་བཞིན་ཕྱི་ལོ་ **2021 ཟླ་ 10 ཚེས་ 8** བར་དུ་འགེང་འབུལ་བྱེད་དགོས།

- ཁྱེད་ཀྱི་ཉེ་ཆར་སྨན་པར་བསྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་བརྟག་འབྲས་གནས་ཚུལ་རྣམས་བེད་སྤྱོད་བྱ་རྒྱུ།
- ཁྱེད་ཀྱིས་འགེང་ཤོག་འདི་ཆ་ཚང་འགེང་འབུལ་བྱས་ཚེ། *StayWell/WebMD* བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་ལ་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་ *Health Check* ཆེད་དུ་ཁ་པར་གཏོང་**མི་དགོས**།

རིམ་པ་ 1 | ཁྱེད་ཀྱི་འབྲེལ་ཡོད་གནས་ཚུལ་འབྲི་རྒྱུ།

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

རིམ་པ་ 2 | མོས་མཐུན་ཡིག་ཆ་ཀློག་རྒྱུ། དེ་ནས་

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

རིམ་པ་ 3 | ཁྱེད་ཀྱི་ཉེ་ཆར་སྨན་པར་བསྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་བརྟག་འབྲས་གནས་ཚུལ་རྣམས་འབྲི་འགེང་བྱ་རྒྱུ།

- *བརྟག་དཔྱད་དུས་ཚེས།*
- *Blood Pressure* ཁྲག་ཤེད།
    - *Systolic* སྐུམ་གྲངས།
    - *Diastolic* འཕྱེད་གྲངས།
- *Height* གཟུགས་ཚད།
    - *Feet* ཕི་ཏིའམ་ཁྲུ།
    - *Inches* ཨིན་ཅིའམ་ཚོན།
- *Weight (pounds)* ལྗིད་ཚད(པོན་ཊི) |

རིམ་པ་ 4 | འཕྲོད་བསྟེན་ལྟ་སྐྱོང་སྨན་པའི་འགེང་ཤོག་ཕྱི་ལོ་ **2021 ཟླ་ 10 ཚེས་ 8** བར་དུ་འགེང་འབུལ་བྱ་རྒྱུ།

- མྱུར་འཕྲིན་ Fax 402-939-0604 ཐོག་བསྐུར་བའམ་ཡང་ན།
- གཤམ་འཀོད་ཁ་བྱང་ཐོག་སྦྲག་བསྐུར་བྱ་རྒྱུ།

    TotalWellness,
    Attn: Data Team,
    9320 H Court,
    Omaha, NE 68127

- ཉེན་མེད་བདེ་འཇགས་དང་དྲ་ཚིགས་ totalwellnesshealth.com/gravity-landing/wellwi/ ནས་ཕབ་འཇུག་བྱ་རྒྱུ།

དྲི་བ་ཡོད་དམ། *StayWell/WebMD* བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་རོགས་འདེགས་ཁ་པར་ 1-800-821-6591ལ་འབྲེལ་བ་བྱ་རྒྱུ།

* *StayWell* བདེ་ཐང་ཡིག་ཚང་གིས་ *State of Wisconsin Group Health Insurance Programs* ཁྱབ་ཁོངས་མཉམ་ཞུགས་བྱེད་མི་ཚོར་སྤྲོད་པའི་བྱ་དགའ་དངུལ་འབབ་དེ་དག་འཕྲོད་བསྟེན་ལྟ་སྐྱོང་འབག་ལེན་ལེན་མཁན་ཚོར་དཔྱ་ཁྲལ་བསྡུ་འོས་ཡོང་འབབ་ཆགས་ཀྱི་ཡོད་པར་བརྟེན་དེ་བདག་གི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁྱུངས་ལ་ཁྲལ་འབབ་འབུལ་དགོས། འཕྲོད་བསྟེན་གནས་སྟངས་སྐོར་ལ་ལན་འདེབས་བྱས་པ་ཚུད་པའི་བདེ་ཐང་སྐོར་གྱི་གནས་ཚུལ་རྣམས་དབུས་གཞུང་གི་ཁྲིམས་ལུགས་ཀྱི་སྲུང་སྐྱོབ་ཡོད་པས་ ETF དང་ *Group Health Insurance Program* | ཁྱེད་ཀྱི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་གཏན་ནས་སྤྲོད་སྟེར་མི་བྱེད།
*བརྟག་དཔྱད་ལས་འགྱུལ་འདིར་ཞུགས་རྒྱུ་རང་མོས་ཡིན། དེ་ཡིས་ཁྱེད་རང་གི་སྨན་པའི་བརྟག་ཞིབ་གཟིགས་སྐྱོང་གི་ཚབ་བྱེད་མི་རུང་། བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་དང་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་འགེང་འབུལ་གཉིས་ཀྱིས་ནད་གཞི་ངོས་འཛིན་དང་སྨན་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 8, 2021. 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

Disclosure of Information. I understand that the information submitted on this form (my "Personal Information") will be transferred to WebMD by TotalWellness. My Personal Information is used by WebMD to provide wellness program services to me, which includes using the Personal Information to inform me of relevant health related and health education programs offered by WebMD or by another service contractor. In the event that WebMD's services are transitioned to another service provider, WebMD may deliver my Personal Information to the successor provider to maintain a continuity of services for me. In order to distribute any incentives, WebMD may provide my name/unique ID to my employer or its designated representative to notify them of the fact that I am eligible for the incentive. In addition to any Personal Information disclosed as set forth above, aggregate, de-identified survey results may be made available to my employer for program administration purposes. WebMD may also use my Personal Information as part of group statistical research and analysis, in a manner that does not identify me. I also understand that my Personal Information may be incorporated into my Health Assessment results by WebMD. Except for these types of usage and the uses specified in my WebMD Online terms of use and Privacy Policy, available under the "Policies" link at the bottom of the following URL (webmdhealth.com/wellwisconsin), my Personal Information will not be disclosed by WebMD. WebMD understands that Personal Information may be considered protected health information that is subject to the privacy and security rules of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended ("HIPAA"). WebMD will comply with the HIPAA to the extent applicable.

GINA Notice and Authorization. This screening is part of your employer's wellness program ("Employer Program"), which is a voluntary wellness program administered according to federal rules, including the Genetic Information Nondiscrimination Act ("GINA"). The results of this screening may be considered information protected under GINA ("GINA Protected Information"). GINA requires that you receive this GINA Notice and Authorization prior to undergoing the screening. Your Employer Program uses GINA Protected Information to help you understand your potential health risks and to offer you other wellness program services. The Employer Program safeguards GINA protected information and will not disclose any GINA Protected Information, except as permitted by GINA and other applicable law. Your GINA Protected Information will be disclosed to you and to vendors of the Employer Program, for purposes of providing you with Employer Program services. Your GINA Protected Information will not be sold, exchanged or transferred, except to the extent permitted by law to carry out activities related to the Employer Program. You will not be asked to waive the confidentiality of this information as a condition of participating in the Employer Program or as a condition of receiving any incentive. Your GINA Protected Information will only be disclosed to your employer in aggregate terms that do not disclose your specific identity. You may not be discriminated against in employment because of the GINA Protected Information you provide as part of participating in the wellness program, nor may you be subjected to retaliation if you choose not to participate.

Certification: By signing this form, I certify that the information supplied on this form is accurate and has been provided by me or by my physician.

X ____

Participant Signature Authorizing Disclosure (REQUIRED) **Date**

STEP 3: Complete

PREGNANT ◯ Yes ◯ No

REQUIRED VALUES

Date of Test

(Month) (Day) (Year)

Blood Pressure

Systolic /

Diastolic

Height (Feet) (Inches)

Weight (lbs)

ADDITIONAL VALUES* (if recommended by your doctor)

Cholesterol

Total Cholesterol

HDL Cholesterol

LDL Cholesterol

Triglycerides

Were you fasting for more than 8 hours prior to this test? ◯ Yes ◯ No

Glucose (Blood Sugar)

Were you fasting for more than 8 hours prior to this test? ◯ Yes ◯ No

*Please note, you may be responsible for out of pocket costs associated with these lab tests.

Health Care Provider Name | Health Care Clinic | Phone Number

STEP 4: Submit Form by 10/08/2021

Participant may fax this form to 402-939-0604, mail it to TotalWellness, Attn: Data Team, 9320 H Court, Omaha, NE 68127 or securely upload it electronically at totalwellnesshealth.com/gravity-landing/wellwi/. If you entered your email address, you will receive verification that your form has been received within two business days.