



ཁྱེད་ཀྱི་ \$150 ཡི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་བྱ་དགའ་།

༄༅། ལས་བྱེད་སྐྱོན་རྒྱས་ལ།

ཁྱེད་ཀྱི་ \$150 ཡི་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་ (Wellness Reward) བྱ་དགའ་ལེན་རྒྱ་ལས་སྤོ་ལོ་ཡོད། ཁྱེད་ཀྱིས་ཕྱི་ལོ་ 2023 ཟླ་ 70 ཚེས་ 72 བར་དུ་གཤམ་གསལ་རྣམས་གཙང་བསྐྱབ་ལུ་དགོས།

1. འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ། (Health Assessment)

- ཡང་གྲངས་ Call 1-800-821-6591 ལ་འབྲེལ་བ་བྱས་ཏེ་ཁ་པར་ཐོག་ཁྱེད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ་འགོང་འབུལ་བྱ་རྒྱ། ཁྱེད་ཀྱིས་སྐད་བསྐྱར་པའི་རོགས་རམ་ལུ་ལེན་བྱེད་ཚོག།

ཡང་ན།

- ཡང་གྲངས་ 1-800-821-6591 ལ་འབྲེལ་བ་བྱས་ཏེ་ཨིན་ཅི་སྐད་དམ་སི་པན་སྐད་ཀྱི་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ་འགོང་འབུལ་གྱི་ལེན་བྱེད་ཚོག། (སྐད་ཡིག་གཞན་པའི་ཆེད་དུ། སྐད་བསྐྱར་པའི་རོགས་རམ་ལ་བརྟེན་ཏེ་ཁ་པར་ཐོག་གསལ་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ་འགོང་འབུལ་བྱ་རྒྱ།)

2. བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད། (Health Check)

- ཡང་གྲངས་ 1-800-821-6591 ལ་འབྲེལ་བ་བྱས་ཏེ་ཚུ་ཚོད་སྐར་མ་ 30 ཡི་སློབ་སྟོན་སྦྱོང་བརྗེ་ཚན་པ་ coaching session ལེན་རྒྱུ་དུས་ཚོད་བཟོ་རྒྱ། སློབ་སྟོན་སྦྱོང་བརྗེ་ཚན་པ་འདི་ཁ་པར་ཐོག་གསལ་ཡིན། ཁྱེད་ཀྱིས་སྐད་བསྐྱར་པའི་རོགས་རམ་ལུ་ལེན་བྱེད་ཚོག།

ཡང་ན།

- འཕྲོད་བསྟེན་ལྟ་སྦྱོང་སྐྱབ་པའི་འགོང་འབུལ་ (Healthcare Provider Form) འཛོམས་ལུས་མེད་པ་འགོང་འབུལ་བྱ་རྒྱ།
 - སྐན་པ་བསྟེན་གཏུག་བྱེད་སར་འགོང་འབུལ་འཇུག་ལེན་ཏེ་ཡང་ན་ཁྱེད་ཀྱིས་དེ་སྔ་སྐན་པར་བསྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་གནས་ཚུལ་རྣམས་བེད་སྦྱོང་བྱ་རྒྱ།
 - ཕྱི་ལོ་ 2023 ཟླ་ 70 ཚེས་ 72 འགྲུངས་མེད་དགང་ཚར་བའི་འགོང་འབུལ་སྐྱབ་བསྐྱར་བྱ་རྒྱ།
 - ཁྱེད་ཀྱིས་ཁྲག་ཤེད་དང་། གཞུགས་པའི་རིང་ཚད། ལྗིད་ཚད་མ་གཏོགས་འབྲི་མི་དགོས།

གཤམ་ཏེ་ཁྱེད་ཀྱིས་ཕྱི་ཟླ་ 70 ཚེས་ 72 བར་དུ་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་དཔྱད་ཞིབ་དང་བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་བསྐྱབ་འབུལ་བྱེད་ཐུབ་ཚེ། ཁྱེད་ལ་ \$150 Visa Gift Card མི་ཇ་ལེགས་སྤྲོས་ཀར་ཁྱེད་ཀྱི་སྐྱབ་པའི་རོགས་རམ་ལུ་ལེན་བྱེད་ཚོག།

གཤམ་ཏེ་ཁྱེད་ལ་ཕྱི་ཟླ་ 72 ཚེས་ 74 བར་དུ་ལེགས་སྤྲོས་ཀར་ཁྱེད་ཀྱི་སྐྱབ་པའི་རོགས་རམ་ལུ་ལེན་བྱེད་ཚོག། (ཡང་ན་ཁྱེད་ལ་དེ་ལོ་ཡོད་པ།) ། ཡང་གྲངས་ 1-800-821-6591 ལ་ཁ་པར་གཏོང་རྒྱ།

* \$150 བྱ་དགའི་དཔྱད་འབབ་ནི་དཔྱད་ཞིབ་ལུ་བསྐྱོར་ལོང་འབབ་ཆགས་ཀྱི་ཡོད་པར་བརྟེན་དོ་བདག་གི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་ཁྲུལ་འབབ་ཆེད་དུ་ཡར་ལུ་བྱེད་ཀྱི་ཡོད།

* ཁྱེད་རང་བྱ་དགའི་ལས་ཁུལ་འདིར་དེས་པར་དུ་ལུགས་མི་དགོས། ང་ཚོས་ཁྱེད་ཀྱི་བདེ་ཐང་གནས་ཚུལ་དང་བརྟག་དཔྱད་སྐོར་ EFT དང་ Group Health Insurance Program ། ཁྱེད་ཀྱི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་བཅས་ལ་གཏན་ནས་སྦྱོང་སྦྱོར་མི་བྱེད།

* ལས་རིམ་འདི་ཡིས་ཁྱེད་རང་གི་སྐྱོན་པའི་བརྟག་ཞིབ་ལྟ་སྦྱོང་གི་ཚབ་བྱེད་མི་ཅུང་། བདེ་ཐང་བརྟག་དཔྱད་དང་འཕྲོད་བསྟེན་གནས་ཚུལ་འགོང་འབུལ་གཉིས་ཀྱིས་ནད་གཞི་རིམ་འཛོན་དང་སྐྱོན་བཅོས་གསོ་ཐབས་ཅི་ཡང་བྱེད་ཀྱི་མེད། ལྷན་དུ་དོ་བདག་གི་བདེ་ཐང་ཆེད་དུ་སོའི་སྐྱོན་པར་སྐད་ཆ་བཤད་རྒྱ།

འཕྲོད་བརྟེན་ལྷན་སྐྱོད་སྐྱེན་པའི་འགོང་ཤོག་འགོང་འབུལ་བྱ་རྒྱུ། (Health Care Provider Form)

ཕྱི་ལོ་ 2022 ཟླ་ 70 ཚེས་ 72 འགྲུལ་མེད་འགོང་ཤོག་འགོང་འབུལ་བྱ་རྒྱུ།

- སྐྱེན་པ་བརྟེན་གཏུག་གི་མཚན་འགོང་ཤོག་འགོང་འབུལ་བྱ་རྒྱུ། ཡང་ན་ཁྱེད་ཀྱིས་དེ་སྔ་སྐྱེན་པར་བརྟེན་གཏུག་བྱས་པའི་གནས་ཚུལ་རྣམས་བེད་སྤྱོད་བྱ་རྒྱུ།
- ཁྱེད་ཀྱིས་འགོང་ཤོག་འགོང་འབུལ་བྱས་ཚེ། ཁ་པར་ཐོག་ནས་སློབ་སྦྲོལ་སྐྱོད་བརྒྱུ་འབྲས་ཚེས་པ་ *coaching session* ལེན་མི་དགོས།

རིམ་པ་ 1 | ཁྱེད་ཀྱི་གཤམ་འཁོད་གནས་ཚུལ་འགྲི་རྒྱུ།

- *First Name* རང་མིང་དང་ *Last Name* རུས་མིང་། (ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ཀྱི་དེབ་ཐོ་ན་ཡོད་པ་དང་གཅིག་མཚུངས་ཡིན་དགོས།)
- *Date of Birth (Month, Day, Year)* རླེས་ཚེས། (ཟླ། ཉིན། ལོ།)

རིམ་པ་ 2 | ཁྱེད་ཀྱི་གཤམ་འཁོད་གནས་ཚུལ་རྣམས་འགྲི་རྒྱུ།

- *Blood Pressure* ལྷག་ཤིང་། (*Systolic* རླུ་ཁངས་དང་ *Diastolic* འབྱེད་ཁངས་)
- *Height* གུལ་གསལ་པོའི་རིང་ཚད། (*Feet* སི་ཁེ་ལས་ཁུ་དང་ *Inches* ཞིན་ཇི་ལས་ཚོན་)
- *Weight (pounds)* ལྷིང་ཚད། (པོན་ཏི)

(རིམ་པ་ 2 པའི་ནང་གི་གནས་ཚུལ་གཞན་རྣམས་རང་མོས་ཡིན་པས། དེ་དག་འགྲི་མི་དགོས།)

རིམ་པ་ 3 | མོས་མཐུན་ཡིག་ཆ་ལྷོག་རྒྱུ། དེ་ནས་

- མཚན་རྟགས་འགོད་རྒྱུ།
- རླེས་ཚེས་འགྲི་རྒྱུ།

རིམ་པ་ 4 | འགོང་ཤོག་འདི་ཕྱི་ལོ་ 2022 ཟླ་ 70 ཚེས་ 72 བར་དུ་འབུལ་བསྐྱར་བྱ་རྒྱུ།

- ལྷུང་འཕྲིན་ Fax 402-218-4378
- དྲ་ཚིགས་ totalwellnesshealth.com/gravity-landing/wellwi/ ལྷུང་ཐབས་འཛོག་བྱ་རྒྱུ། ཡང་ན་
- རྒྱག་བསྐྱར་བྱ་རྒྱུ།

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

དྲི་བ་ཡོད་ཚེ། ཇུང་གུང་སྐུ་ 1-800-821-6591 ལ་ཁ་པར་གཏོང་རྒྱུ།

*\$150 བྱ་དགའི་དུལ་འབབ་ནི་དུལ་ལྷན་ལྷན་ལོ་ཡོང་འབབ་ཆགས་ཀྱི་ཡོད་པར་བརྟེན་དོ་བདག་གི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་ཁུལ་འབབ་ཆེད་དུ་ཡར་ལྷུ་བྱེད་ཀྱི་ཡོད།
 *ཁྱེད་རང་བྱ་དགའི་ལས་འབུལ་འདིར་དེས་པར་དུ་ལྷགས་མི་དགོས། རང་ཚོས་ཁྱེད་ཀྱི་བདེ་ཐང་གནས་ཚུལ་དང་བརྟེན་དུ་སྐྱོད་ *ETF* དང་ *Group Health Insurance Program* | ཁྱེད་ཀྱི་ལས་ཀ་བྱ་ཡུལ་ལས་ཁུངས་ལ་གཏན་ནས་སྤྱོད་སྤྲོད་མི་བྱེད།
 *ལས་རིམ་འདི་ཡིས་ཁྱེད་རང་གི་སྐྱེན་པའི་བརྟེན་གཏུག་ལོ་སྦྲོལ་གྱི་ཚབ་བྱེད་མི་ལུང་། བདེ་ཐང་བརྟེན་དུ་འཕྲོད་བརྟེན་གནས་ཚུལ་འགོང་ཤོག་འགོང་འབུལ་གཏུག་ཀྱིས་ནད་གཞི་རིམ་འཛིན་དང་སྐྱེན་བཅོས་གསོ་ཐབས་ཅི་ཡང་བྱེད་ཀྱི་མེད། ལྷན་དུ་དོ་བདག་གི་བདེ་ཐང་ཆེད་དུ་སོ་སོའི་སྐྱེན་པར་སྐྱད་ཆ་བཤད་རྒྱུ།

Health Care Provider Form – Well Wisconsin Program

Instructions:

Complete Steps 1-4 on this form to verify that you are current on your preventive healthcare.
Submit this form by **October 13, 2023**. Print clearly.

Step 1: Please note this information must match your health insurance enrollment data**First Name:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Last Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth: (mm/dd/yyyy)

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	/	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	/	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
---	---	---	---	---

Email: (Required to provide confirmation of form receipt.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Did you fast for at least 9 hours before your lab work or screening? (No food. Only water permitted.) Yes No**Are you pregnant?** Yes No N/A**Step 2: Complete****Date of Screening:** (mm/dd/yyyy)

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	/	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	/	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
---	---	---	---	---

**REQUIRED
Blood Pressure:**

<table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table>	/	<table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table>
Systolic		Diastolic

**REQUIRED
Height:**

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
Ft.		Inches

**REQUIRED
Weight:**

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
Lbs.		Inches

Waist:

<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>		<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
Lbs.		Inches

Glucose:

--	--	--

Total Cholesterol:

--	--	--

HDL:

--	--	--

LDL:

--	--	--

Triglycerides:

--	--	--

Health Care Provider Name: _____**Phone Number:** _____**Health Care Clinic:** _____**Step 3: 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 by my physician.

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

Step 4: Submit Form by 10/13/2023 Participants may fax this form to 402-218-4378, 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.