

# Medicare बचत कार्यक्रम (MSP) आवेदन निर्देश

इस आवेदन का इस्तेमाल यह देखने के लिए करें कि क्या आप या आप और आपके जीवनसाथी राज्य द्वारा आपके Medicare प्रीमियम और/या कॉस्ट-शेयरिंग का भुगतान करने के लिए योग्य हैं। यह आवेदन दीर्घकालिक सेवाओं और समर्थन जैसे अन्य लाभों के लिए नहीं है। अगर आप अन्य Medicaid कवरेज के लिए आवेदन करना चाहते हैं या इस फॉर्म के किसी भी हिस्से को भरने में सहायता चाहते हैं, तो अपने स्थानीय Medicaid कार्यालय से संपर्क करें - [www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](http://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)

Medicare बचत कार्यक्रम (MSP) तीन प्रकार के होते हैं:

**योग्य Medicare लाभार्थी (QMB):** राज्य आपके Medicare भाग ए और/या भाग बी प्रीमियम और लागत साझाकरण (कटौती, सह-बीमा और सह-भुगतान) का भुगतान करता है। यदि आप QMB के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं, तो आप अपने Medicare भाग डी ड्रग कवरेज लागतों का भुगतान करने के लिए अपने-आप ही अतिरिक्त सहायता के लिए अर्हता प्राप्त कर लेते हैं।

**निर्दिष्ट निम्न-आय Medicare लाभार्थी (SLMB):** राज्य आपके Medicare भाग बी प्रीमियम का भुगतान करता है, और आप अपने Medicare भाग डी ड्रग कवरेज लागतों का भुगतान करने के लिए अपने-आप अतिरिक्त सहायता के लिए अर्हता प्राप्त कर लेते हैं।

**योग्य व्यक्ति (QI):** राज्य आपके Medicare भाग बी प्रीमियम का भुगतान करता है, और आप अपने Medicare भाग डी ड्रग कवरेज लागतों का भुगतान करने के लिए अपने-आप अतिरिक्त सहायता के लिए अर्हता प्राप्त कर लेते हैं।

राज्य तय करेगा कि आप योग्य हैं या नहीं (और यदि आपका जीवनसाथी योग्य है, यदि आपका जीवनसाथी भी आवेदन कर रहा है)। यदि आपको MSP के लिए स्वीकृति मिल जाती है, तो आपके भाग बी प्रीमियम को फिर आपके सोशल सिक्योरिटी, रेलरोड या सिविल सर्विस सेवानिवृत्ति लाभों से नहीं काटा जाएगा, और आप अपने Medicare भाग डी प्रीमियम का भुगतान करने और कवर किए गए प्रिस्क्रिप्शन ड्रग्स के लिए लागत साझा करने के लिए अपने-आप अतिरिक्त सहायता में नामांकित हो जाएंगे। यदि आप अतिरिक्त सहायता लाभ में नामांकित नहीं हैं, तो अपने Medicaid कार्यालय से संपर्क करें।

संपत्ति वसूली Medicare प्रीमियम या लागत-साझाकरण के भुगतान के लिए आपको मिलने वाली किसी भी सहायता पर लागू नहीं होती है। इसका मतलब है कि आपको Medicare बचत कार्यक्रम के माध्यम से प्राप्त किसी भी सहायता का वापस भुगतान करने की आवश्यकता नहीं होगी।

## आवेदन करने के लिए आपको क्या चाहिए

आपको कुछ जानकारी की पुष्टि करने के लिए दस्तावेजों की प्रतियाँ प्रदान करने की आवश्यकता हो सकती है, जिनमें शामिल हैं:

- आय का प्रमाण (जैसे सेवानिवृत्ति या विकलांगता लाभ या पे स्टब)
- संपत्ति का प्रमाण (जैसे बैंक स्टेटमेंट या जीवन बीमा पॉलिसी)
- Medicare का प्रमाण
- गैर-नागरिकों के लिए, योग्य इमिग्रेशन स्थिति का प्रमाण (जैसे, ग्रीन कार्ड, पासपोर्ट या होमलैंड सुरक्षा विभाग से अन्य दस्तावेज़)
- आप कहाँ रहते हैं इसका प्रमाण (जैसे कि किराए की रसीद, उपयोगिता बिल, या राज्य द्वारा जारी आईडी कार्ड)

यदि आपको लिखने के लिए अधिक जगह की आवश्यकता है, तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

## आप आवेदन कैसे कर सकते हैं

- ऑनलाइन आवेदन पूरा करें \_\_\_\_\_

- इस कागज़ी आवेदन को \_\_\_\_\_ पर मेल करें
- इस आवेदन को \_\_\_\_\_ पर फ़ैक्स करें
- अपने [राज्य एजेंसी] कार्यालय के पास \_\_\_\_\_ पर जाएँ
- सहायता के लिए अपनी [राज्य एजेंसी] को \_\_\_\_\_ पर कॉल करें

अपने रिकॉर्ड के लिए आवेदन की एक प्रति अपने पास रखें।

## इसके बाद क्या होता है?

आपकी Medicaid एजेंसी आपके आवेदन की समीक्षा करेगी। आपको 45 दिनों के भीतर अपनी पात्रता के बारे में जवाब मिल जाना चाहिए। अगर आपको 45 दिनों के भीतर जवाब नहीं मिलता है, तो अपनी Medicaid एजेंसी से संपर्क करें।

## Medicare बचत कार्यक्रमों के बारे में प्रश्नों के लिए सहायता प्राप्त करें

Medicare बचत कार्यक्रमों या अपने Medicare लाभों के बारे में प्रश्नों के लिए, अपने स्थानीय राज्य स्वास्थ्य बीमा सहायता कार्यक्रम (SHIP) से संपर्क करें। [877-839-2675](tel:877-839-2675) पर कॉल करके या [www.shiphelp.org/](http://www.shiphelp.org/) पर जाकर उनकी संपर्क जानकारी प्राप्त करें।

# Medicare बचत कार्यक्रमों के लिए आवेदन

व्यक्तिगत जानकारी				
<b>आवेदक – अपना नाम उसी तरह सूचीबद्ध करें जैसा कि आपके Medicare कार्ड पर दिखाई देता है</b>				
अंतिम नाम		पहला नाम		मध्य नाम
आप जहाँ रहते हैं उसका पता		शहर	राज्य	पिन कोड
डाक पता (यदि भिन्न हो)		शहर	राज्य	पिन कोड
प्राथमिक फ़ोन:		वैकल्पिक फ़ोन (वैकल्पिक):		
ईमेल पता (वैकल्पिक)		वैवाहिक स्थिति: विवाहित नहीं हैं (अविवाहित/तलाकशुदा/विधवा/विधुर) <input type="checkbox"/> विवाहित, जीवनसाथी के साथ रह रहे/रही हैं <input type="checkbox"/> विवाहित लेकिन जीवनसाथी से अलग हो चुके/चुकी हैं <input type="checkbox"/>		
<b>नागरिकता स्थिति:</b>				
क्या आप यू.एस. के नागरिक हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं				
अगर नहीं, तो क्या आपके पास योग्य इमिग्रेशन स्टेटस है? <input type="checkbox"/> हाँ (कृपया नीचे दी गई जानकारी पूरी करें) <input type="checkbox"/> नहीं				
एलियन नंबर, I-94 नंबर या दस्तावेज़ आईडी नंबर और दस्तावेज़ प्रकार	स्थिति प्रदान किए जाने की तारीख	आपके द्वारा यू.एस. में प्रवेश करने की तारीख	मूल देश	
क्या आप, या आपके जीवनसाथी या माता-पिता, यू.एस. सेना के एक वेट्रन या ऐक्टिव-ड्यूटी सदस्य हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं				
क्या आपके जीवनसाथी एक यू.एस. नागरिक हैं (अगर आपके जीवनसाथी भी MSP के लिए आवेदन कर रहे हैं)? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं				
अगर नहीं, तो क्या उनके पास योग्य इमिग्रेशन स्टेटस है? <input type="checkbox"/> हाँ (कृपया नीचे दी गई जानकारी पूरी करें) <input type="checkbox"/> नहीं				
एलियन नंबर, I-94 नंबर या दस्तावेज़ आईडी नंबर और दस्तावेज़ प्रकार	स्थिति प्रदान किए जाने की तारीख	आपके द्वारा यू.एस. में प्रवेश करने की तारीख	मूल देश	
<b>घरेलू सदस्य</b>				
उसी घर में रहने वाले अपने जीवनसाथी को शामिल करें। उसी घर में रहने वाले रिश्तेदारों को शामिल करें जो अपने वित्तीय समर्थन के कम से कम आधे हिस्से के लिए आप पर या आपके जीवनसाथी पर निर्भर हैं। यदि आपको लिखने के लिए अधिक जगह की आवश्यकता है, तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।				
नाम (अंतिम, पहला, मध्य)	आपसे संबंध	जन्म तिथि	MSP लाभों के लिए आवेदन कर रहे हैं?	सोशल सिक्योरिटी संख्या (यदि MSP के लिए आवेदन कर रहे हैं)
	स्वयं		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	
	जीवनसाथी		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	
	अन्य (निर्दिष्ट करें)		लागू नहीं	वैकल्पिक
	अन्य (निर्दिष्ट करें)		लागू नहीं	वैकल्पिक

Medicare कवरेज जानकारी	
------------------------	--

क्या आपके पास Medicare है?		कवरेज का प्रकार	Medicare नंबर
स्वयं	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	भाग ए <input type="checkbox"/>	
		भाग बी <input type="checkbox"/>	
जीवनसाथी	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	भाग ए <input type="checkbox"/>	
		भाग बी <input type="checkbox"/>	

## स्वास्थ्य बीमा से जुड़ी अन्य जानकारी (जैसे नियोक्ता, मेडिगैप, ट्राइकेयर, VA स्वास्थ्य लाभ)

पॉलिसी धारक	बीमा कंपनी	बीमा का प्रकार	पॉलिसी नंबर

आय	
----	--

आपको या आपके जीवनसाथी को मिलने वाली किसी भी आय को सूचीबद्ध करें। कर या बीमा प्रीमियम जैसी किसी भी कटौती से पहले आय की राशि प्रदान करें। आय के प्रकारों में शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:

- सामाजिक सुरक्षा लाभ
- पूरक सुरक्षा (SSI)
- श्रमिक मुआवज़ा
- वेट्रन लाभ
- गुज़ारा भत्ता भुगतान
- सार्वजनिक सहायता
- बेरोज़गारी बीमा
- स्व-रोज़गार
- लाभांश और ब्याज
- किराये से मिलने वाली आय
- किसी नौकरी से मिलने वाला वेतन
- कमीशन आय
- रेलरोड लाभ
- सिविल सेवा सेवानिवृत्ति लाभ

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• सामाजिक सुरक्षा लाभ</li> <li>• पूरक सुरक्षा (SSI)</li> <li>• श्रमिक मुआवज़ा</li> <li>• वेटन लाभ</li> <li>• गुज़ारा भत्ता भुगतान</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• सार्वजनिक सहायता</li> <li>• बेरोज़गारी बीमा</li> <li>• स्व-रोज़गार</li> <li>• लाभांश और ब्याज</li> <li>• किराये से मिलने वाली आय</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• किसी नौकरी से मिलने वाला वेतन</li> <li>• कमीशन आय</li> <li>• रेलरोड लाभ</li> <li>• सिविल सेवा सेवानिवृत्ति लाभ</li> </ul> |
|---|--|--|

[illegible]

## संपत्ति

यदि आपके या आपके जीवनसाथी के पास संपत्ति है, तो संपत्ति का प्रकार, संपत्ति का मालिक और संपत्ति का स्वामित्व व्यक्तिगत रूप से है या संयुक्त रूप से, इसे सूचीबद्ध करें। संपत्तियों में निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं:

- नकद
- चेकिंग खाता
- बचत खाता
- मनी मार्केट खाते
- म्यूचुअल फंड
- बचत बॉन्ड
- स्टॉक्स
- जमा प्रमाणपत्र (CD)
- व्यक्तिगत सेवानिवृत्ति खाते (IRAs)
- ब्यूरियल फंड
- घर या ज़मीन, जिनका मालिकाना हक आपके पास है (प्राथमिक निवास को छोड़कर)

संपत्ति का प्रकार	मालिक(मालिकों) का नाम	स्वामित्व	वर्तमान मूल्य
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$
		व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>	\$

क्या आपके या आपके जीवनसाथी के पास कोई वाहन (कार, ट्रक, नाव, मोटर होम, मोटरसाइकिल, कैंपर और/या ट्रेलर) है? यदि हाँ, तो कृपया नीचे सूचीबद्ध करें और बताएँ कि आपका प्राथमिक वाहन कौन सा है:

मालिक(मालिकों) का नाम	स्वामित्व	वाहन का प्रकार	वर्ष	निर्माता/मॉडल	मूल्य	बकाया राशि
	व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>				\$	\$
	व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>				\$	\$
	व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>				\$	\$
	व्यक्तिगत <input type="checkbox"/> संयुक्त <input type="checkbox"/>				\$	\$

क्या आपके और/या आपके जीवनसाथी के पास 1,500 डॉलर से ज़्यादा की संयुक्त अंकित मूल्य वाली संपूर्ण जीवन बीमा पॉलिसियाँ हैं? यदि हाँ, तो कृपया नीचे सूचीबद्ध करें:

बीमाकृत व्यक्ति	बीमा कंपनी का नाम/पॉलिसी संख्या	खोजने में सहायता चाहिए कि पॉलिसी का मूल्य क्या है?	अंकित मूल्य	नकद मूल्य
		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	\$	\$

		हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	\$	\$
--	--	--	----	----

### हस्ताक्षर करने से पहले ध्यान से पढ़ें

मैं समझता/ती हूँ कि:

- मुझे अपनी स्थिति में किसी भी बदलाव की सूचना तुरंत Medicaid एजेंसी को देनी चाहिए। देर से रिपोर्ट करने पर गलत लाभ मिल सकते हैं।
- मेरी स्थिति Medicaid एजेंसी या अन्य राज्य या संघीय एजेंसियों द्वारा सत्यापन के अधीन है।
- Medicaid एजेंसी मुझे यह प्रमाण दिखाने के लिए कह सकती है कि मैं पात्र हूँ या नहीं। Medicaid एजेंसी मुझे प्रमाण प्राप्त करने में मदद कर सकती है या इसके लिए अन्य लोगों या एजेंसियों से संपर्क कर सकती है।
- यह आवेदन जमा करके, मैं राज्य Medicaid एजेंसी को मेरी तरफ से मेरी जीवन बीमा कंपनी से संपर्क करने के लिए अधिकृत कर रहा/रही हूँ।
- चिकित्सा देखभाल लाभ माँगकर और प्राप्त करके, मैं राज्य को किसी भी चिकित्सा सहायता और चिकित्सा देखभाल के लिए किसी भी तीसरे पक्ष के भुगतान के सभी अधिकार सौंपता/ती हूँ।
- अगर मुझे Medicare बचत कार्यक्रम के लिए योग्य पाया जाता है, तो मुझे अपने Medicare प्रीमियम, कटौतियों या सह-बीमा का भुगतान करने के लिए मिलने वाली किसी भी मदद के लिए संपत्ति वसूली के अधीन **नहीं** होना पड़ेगा।

आपके आवेदन को प्रोसेस करने के बाद आपको मेल में पात्रता नोटिस मिलेगा। अगर आप इस बात से सहमत नहीं हैं कि आप किसके लिए योग्य हैं, तो आप अपील की माँग कर सकते हैं। अपने पात्रता नोटिस की समीक्षा करके अपने घर के उस प्रत्येक व्यक्ति के लिए विशिष्ट अपील निर्देश पाँच जिसने कवरेज के लिए आवेदन किया है, जिसमें यह भी शामिल है कि आपके पास अपील का अनुरोध करने के लिए कितने दिन हैं। अपील का अनुरोध करते समय विचार करने के लिए यहाँ महत्वपूर्ण जानकारी दी गई है:

आप चाहें तो किसी व्यक्ति से अपनी अपील का अनुरोध करवा सकते हैं या उसमें भाग दिला सकते हैं। वह व्यक्ति कोई मित्र, रिश्तेदार, वकील या कोई अन्य व्यक्ति हो सकता है। या, आप अपनी अपील का अनुरोध कर सकते हैं और उसमें स्वयं भाग ले सकते हैं।

अपील करने के लिए, हमें 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX) पर कॉल करें। या, अपील फ़ॉर्म प्राप्त करने के लिए [medicaid.state.gov] पर जाएँ। या, आप अपना स्वयं का पत्र लिख सकते हैं और उसे राज्य Medicaid एजेंसी, 321 Any Road, Any City, Any State 00100 पर भेज सकते हैं या हमारे पास ला सकते हैं।

### घोषणा और हस्ताक्षर

मैंने इस आवेदन में दी गई जानकारी को पढ़ा और समझा है। मैं, झूठी गवाही के दंड के तहत, घोषणा करता/ती हूँ कि इस आवेदन में मैंने जो जानकारी दी है वह मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य, सही और पूर्ण है।

आवेदक/प्रतिनिधि हस्ताक्षर:

तारीख:

जीवनसाथी के हस्ताक्षर (यदि लागू हो):

तारीख:

प्रतिनिधि का नाम:	प्रतिनिधि का फ़ोन नंबर:	आवेदक से संबंध:
प्रतिनिधि का डाक पता:	प्रतिनिधि का ईमेल पता:	

आपको अपनी जानकारी सुलभ प्रारूप में प्राप्त करने का अधिकार है, जैसे बड़े प्रिंट, ब्रेल या ऑडियो। यदि आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया है, तो आपको शिकायत दर्ज करने का भी अधिकार है। अधिक जानकारी के लिए [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) पर जाएं, या 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) पर कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता 1-877-486-2048 पर कॉल कर सकते हैं।

**वैकल्पिक: (यह जानकारी प्रदान करने से पात्रता प्रभावित नहीं होगी।)**

स्वयं: लागू होने वाले सभी विकल्प चुनें

**यदि हिस्पैनिक/लैटिनो जातीयता है**

☐ मैक्सिकन ☐ मैक्सिकन अमेरिकन ☐ चिकानो/चिकाना ☐ प्यूर्टो रिकन ☐ क्यूबन ☐ अन्य \_\_\_\_\_

**जाति**

<input type="checkbox"/> श्वेत	<input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी	<input type="checkbox"/> फ़िलिपिनो	<input type="checkbox"/> वियतनामी
<input type="checkbox"/> गुआमानियन या चमोरो	<input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ़्रीकी अमेरिकी	<input type="checkbox"/> एशियाई भारतीय	<input type="checkbox"/> जापानी
<input type="checkbox"/> अन्य एशियाई	<input type="checkbox"/> समोअन	<input type="checkbox"/> चीनी	<input type="checkbox"/> कोरियाई
<input type="checkbox"/> नेटिव हवाईयन	<input type="checkbox"/> अन्य प्रशांत द्वीप वासी	<input type="checkbox"/> अन्य _____	

**एक प्रतिक्रिया चुनें।**

**जन्म के समय निर्दिष्ट लिंग** (आपके जन्म प्रमाण पत्र पर पाया जा सकता है)

☐ महिला ☐ पुरुष ☐ अन्य \_\_\_\_\_ ☐ निश्चित नहीं ☐ उत्तर नहीं देना चाहते/चाहती

**वर्तमान लिंग:**

☐ महिला ☐ पुरुष ☐ ट्रांसजेंडर महिला ☐ ट्रांसजेंडर पुरुष ☐ कोई अन्य शब्द \_\_\_\_\_ ☐ निश्चित नहीं

☐ उत्तर नहीं देना चाहते/चाहती

**यौन रुझान:**

☐ उभयलिंगी ☐ समलैंगिक महिला या समलैंगिक पुरुष ☐ इतरलिंगी (समलैंगिक महिला या समलैंगिक पुरुष नहीं)

☐ कोई अन्य शब्द \_\_\_\_\_ ☐ निश्चित नहीं ☐ उत्तर नहीं देना चाहते/चाहती

**वैकल्पिक: (यह जानकारी प्रदान करने से पात्रता प्रभावित नहीं होगी।)**

जीवनसाथी: लागू होने वाले सभी विकल्प चुनें

**यदि हिस्पैनिक/लैटिनो जातीयता है**

☐ मैक्सिकन ☐ मैक्सिकन अमेरिकन ☐ चिकानो/चिकाना ☐ प्यूर्टो रिकन ☐ क्यूबन ☐ अन्य \_\_\_\_\_

**जाति**

<input type="checkbox"/> श्वेत	<input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी	<input type="checkbox"/> फ़िलिपिनो	<input type="checkbox"/> वियतनामी
<input type="checkbox"/> गुआमानियन या चमोरो	<input type="checkbox"/> अश्वेत या अफ़्रीकी अमेरिकी	<input type="checkbox"/> एशियाई भारतीय	<input type="checkbox"/> जापानी
<input type="checkbox"/> अन्य एशियाई	<input type="checkbox"/> समोअन	<input type="checkbox"/> चीनी	<input type="checkbox"/> कोरियाई
<input type="checkbox"/> नेटिव हवाईयन	<input type="checkbox"/> अन्य प्रशांत द्वीप वासी	<input type="checkbox"/> अन्य _____	

**एक प्रतिक्रिया चुनें।**

**जन्म के समय निर्दिष्ट लिंग** (आपके जन्म प्रमाण पत्र पर पाया जा सकता है)

☐ महिला ☐ पुरुष ☐ अन्य \_\_\_\_\_ ☐ निश्चित नहीं ☐ उत्तर नहीं देना चाहते/चाहती

**वर्तमान लिंग:**

☐ महिला ☐ पुरुष ☐ ट्रांसजेंडर महिला ☐ ट्रांसजेंडर पुरुष ☐ कोई अन्य शब्द \_\_\_\_\_ ☐ निश्चित नहीं

☐ उत्तर नहीं देना चाहते/चाहती

**यौन रुझान:**

☐ उभयलिंगी ☐ समलैंगिक महिला या समलैंगिक पुरुष ☐ इतरलिंगी (समलैंगिक महिला या समलैंगिक पुरुष नहीं)

☐ कोई अन्य शब्द \_\_\_\_\_ ☐ निश्चित नहीं ☐ उत्तर नहीं देना चाहते/चाहती