

نموذج إقرار بالمساعدة اللغوية

اسم المريض: _____ السريان: _____

الخطة الصحية

Molina <input type="checkbox"/>	Health Net <input type="checkbox"/>	Care 1st <input type="checkbox"/>	Aetna <input type="checkbox"/>	Commercial <input type="checkbox"/>
SCAN <input type="checkbox"/>	Heritage <input type="checkbox"/>	Central Health <input type="checkbox"/>	Alignment <input type="checkbox"/>	Duals <input type="checkbox"/>
United <input type="checkbox"/>	Inland Empire <input type="checkbox"/>	Cigna <input type="checkbox"/>	Blue Cross <input type="checkbox"/>	Medi-Cal <input type="checkbox"/>
غير ذلك <input type="checkbox"/>	Inter Valley <input type="checkbox"/>	Easy Choice <input type="checkbox"/>	Blue Shield <input type="checkbox"/>	Senior <input type="checkbox"/>
(يرجى التحديد):	LA Care <input type="checkbox"/>	Golden State <input type="checkbox"/>	Cal Optima <input type="checkbox"/>	

اللغة الأساسية: _____

تم إبلاغ العضو بتوافر **Medical Group** و/أو **Health Plan Interpreter Service**. (يجب التوثيق)

نعم - تم إخطاري بتوفر خدمة الترجمة

لا - رفضت الحصول على خدمة الترجمة

توقيع المريض: _____ السريان: _____

توقيع الشاهد: _____ السريان: _____

للاستخدام الإداري فقط

توثيق الحصول على المساعدة عن طريق خدمة الترجمة.

وكالة المترجم: _____ السريان: _____

اسم المترجم: _____ السريان: _____

توقيع الموظف: _____ السريان: _____

