

Լեզվական օգնության հաստատման ձևաթուղթ

Հիվանդի անունը՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Առողջապահական ծրագիր

<input type="checkbox"/> Commercial	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Care 1st	<input type="checkbox"/> Health Net	<input type="checkbox"/> Molina
<input type="checkbox"/> Duals	<input type="checkbox"/> Alignment	<input type="checkbox"/> Central Health	<input type="checkbox"/> Heritage	<input type="checkbox"/> SCAN
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Inland Empire	<input type="checkbox"/> United
<input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Blue Shield	<input type="checkbox"/> Easy Choice	<input type="checkbox"/> Inter Valley	<input type="checkbox"/> Ուրիշ (հասկո՞րո՞շեք)
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> L.A. Care	

Առաջնային խոսակցական լեզուն՝ _____

Անդամը իրազեկվել է Բժշկական խմբի և/կամ Առողջապահական ծրագրի Բանավոր թարգմանչական ծառայությունների առկայության շուրջ: (Անհրաժեշտ է փաստագրել)

- ԱՅՈ - Ես իրազեկվել եմ Բանավոր թարգմանչական ծառայությունների առկայության շուրջ
- ՈՉ - Ես մերժել եմ Բանավոր թարգմանչական ծառայությունները

Հիվանդի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Վկայի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

ՎԱՐՉԱԿԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՄԻԱՅՆ

Documentation of Interpreter Service assistance.

Interpreter Agency: _____ Ամսաթիվ՝ _____

Interpreter Name: _____ Ամսաթիվ՝ _____

Staff Signature: _____ Ամսաթիվ՝ _____



18RLAQIDD888AM ARMENIAN

