

فرم تصدیق امداد زبانی

نام بیمار: _____

تاریخ: _____

برنامه درمانی

| | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|--|
| 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"/> |
| <input type="checkbox"/> غیره (مشخص کنید): _____ | Inter Valley <input type="checkbox"/> | Easy Choice <input type="checkbox"/> | Blue Shield <input type="checkbox"/> | Senior <input type="checkbox"/> |
| | LA Care <input type="checkbox"/> | Golden State <input type="checkbox"/> | Cal Optima <input type="checkbox"/> | |

زبان اصلی برای مکالمه: _____

عضو در مورد دسترسی به خدمات مترجم شفاهی گروه پزشکی و/یا برنامه درمانی آگاه شد. (باید مستند شود)

بله - در مورد دسترسی به خدمات مترجم شفاهی به من اطلاع داده شد

خیر - من خدمات مترجم شفاهی را قبول نکردم

امضای بیمار: _____

تاریخ: _____

امضای شاهد: _____

تاریخ: _____

فقط برای استفاده اداری

مدرك امداد خدمات زبانی

سازمان مترجم شفاهی: _____

تاریخ: _____

نام مترجم شفاهی: _____

تاریخ: _____

امضای کارمند: _____

تاریخ: _____



18RLAQIDD888FA FARSI