

Mẫu đơn xác nhận hỗ trợ về ngôn ngữ

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Chương trình bảo hiểm

<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"/> Khác (Vui lòng nêu rõ): _____
	<input type="checkbox"/> Cal Optima	<input type="checkbox"/> Golden State	<input type="checkbox"/> LA Care	

Ngôn ngữ nói chính: _____

Thành viên đã được thông báo về việc cung cấp Dịch vụ thông dịch viên của Nhóm y tế và/hoặc Chương trình bảo hiểm y tế. (Phải cung cấp văn bản)

- CÓ** - Tôi đã được thông báo về việc cung cấp Dịch vụ thông dịch viên
- KHÔNG** - Tôi đã từ chối Dịch vụ thông dịch viên

Chữ ký bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Chữ ký người làm chứng: _____ Ngày: _____

CHỈ DÙNG CHO MỤC ĐÍCH HÀNH CHÍNH

Tài liệu về hỗ trợ Dịch vụ thông dịch viên.

Cơ quan thông dịch: _____ Ngày: _____

Tên thông dịch viên: _____ Ngày: _____

Chữ ký nhân viên: _____ Ngày: _____



18RLAQIDD888VI VIETNAMESE

