

# Mẫu đơn xác nhận hỗ trợ về ngôn ngữ

Tên Bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

## Chương trình bảo hiểm

<input type="checkbox"/> <b>Commercial</b>	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Care 1st	<input type="checkbox"/> Health Net	<input type="checkbox"/> Molina
<input type="checkbox"/> <b>Duals</b>	<input type="checkbox"/> Alignment	<input type="checkbox"/> Central Health	<input type="checkbox"/> Heritage	<input type="checkbox"/> SCAN
<input type="checkbox"/> <b>Medi-Cal</b>	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Inland Empire	<input type="checkbox"/> United
<input type="checkbox"/> <b>Senior</b>	<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 DỪNG 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: \_\_\_\_\_

