Medi-Cal Managed Care Medi-Cal Access Program L. A. Care Major Risk Medical Insurance Program



## نموذج طلب/رفض خدمات الترجمة الفورية\*

اسم العضو :
اللغة الأساسية:
نعم، أطلب خدمات الترجمة الفورية.
اللغة (اللغات):
أود استخدام أحد أفراد العائلة أو صديق كمترجم فوري.
لا أحتاج إلى خدمات الترجمة الفورية.
هذا النموذج لا ينطبق على هذا العضو. يرجى الشرح:
توقيع العضو التاريخ

\* للمزود، يرجى وضع السجل الطبي للعضو.