



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

Բանավոր թարգմանչական ծառայությունների պահանջի/մերժման ձև*

Մասնակցի անունը`	
Հիմնական լեզուն՝	
🗌 Այո, ես խնդրում եմ տրամադրել բանավոր թայ	ոգմանչական ծառայություններ։
Լեզու(ներ)՝	
🔲 Ես նախընտրում եմ իմ ընտանիքի անդամին կ	ամ ընկերոջը՝ որպես թարգմանչի։
🗌 Ես բանավոր թարգմանչի ծառայությունների կ	արիք չունեմ։
🗌 Սույն ձևը կիրառելի չէ այս մասնակցի համար։	Խնդրում ենք պարզաբանել
Անդամի ստորագրությունը	Թվականը

* Ծառայություն մատուցող, մասնակցի բժշկական փաստաթղթերում կատարեք համապատասխան նշում։