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



م درخواست/عدم پذیرش	فر
خدمات ترجمه شفاهی*	

نام عضو:
زبان اصلی:
] بله، درخواست استفاده از خدمات ترجمه شفاهی را دارم.
زبان(ها):
] ترجیح می دهم از یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستان به عنوان مترجم شفاهی استفاده کنم.
] به خدمات ترجمه شفاهی نیاز ندارم.
] این فرم برای این عضو استفاده نمی شود. لطفاً توضیح دهید:
امضای عضو تاریخ

* ارائه دهنده لطفاً در سابقه پزشكى عضو قرار دهيد.