



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

### ទម្រង់បែបបទសំណើ/បដិសេធ សម្រាប់សេវាកម្មអ្នកបកប្រែភាសា\*

ឈ្មោះសមាជិក៖ \_\_\_\_\_

ភាសាកំណើត៖ \_\_\_\_\_

បាទ/ចាសំ ខ្ញុំនឹងស្នើសុំសេវាកម្មអ្នកបកប្រែភាសា។

ភាសា៖ \_\_\_\_\_

ខ្ញុំចង់ប្រើប្រាស់សមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិម្នាក់ ជាអ្នកបកប្រែភាសា។

ខ្ញុំមិនត្រូវការសេវាកម្មអ្នកបកប្រែភាសា។

ទម្រង់បែបបទនេះមិនត្រូវអនុវត្តចំពោះសមាជិកនេះឡើយ។ សូមពន្យល់៖ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាសមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ

\* សូមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មកំណត់ក្នុងរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់សមាជិក។