

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

## 통역 서비스 요청/거부 양식\*

회원 이름:	
주 사용 언어:	
□ 예. 통역 서비스를 요청합니다.	
☐ 에, 등 극 시미드를 표정합니다.	
언어:	
□ 가족이나 친구가 통역을 하도록 하겠습니다.	
□ 통역 서비스가 필요하지 않습니다.	
□ 이 회원에게는 이 서비스가 적용되지 않습니다. 설명 기억	입:
회원 서명	날짜

\* 의료 서비스 제공자가 회원의 의료 기록을 첨부하시기 바랍니다.