

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

Форма запроса/отказа для услуг переводчика*

| ФИО участника: | |
|---|--------------------|
| Родной язык: | |
| Да, я прошу предоставить мне услуги переводчика. | |
| Язык(и): | |
| ☐ Я предпочитаю попросить члена семьи или друга пер | реводить для меня. |
| □ Мне не нужны услуги переводчика. | |
| □ Эта форма неприменима к данному участнику. Укажите причину: | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Подпись участника | Дата |

* Для поставщика: приложите эту форму в медицинскую карту участника.