



## 口译员服务申请/拒绝表格\*

会员姓名： \_\_\_\_\_

主要语言（书面）： \_\_\_\_\_

主要语言（口语）： \_\_\_\_\_

☐ 是，我正在申请口译员服务。

语言： \_\_\_\_\_

☐ 我希望让家人或朋友担任口译员。

☐ 我不需要口译员服务。

\_\_\_\_\_  
会员签名 日期

\* 提供者，请放入会员的病历中。

L.A. Care Health Plan 签订合约，在 Los Angeles 县提供 Medi-Cal 管理式护理服务事宜。Anthem 是 Anthem Insurance Companies, Inc. 的注册商标。

CABC-CD-054633-24 2024 年 4 月