

فرم درخواست/عدم پذیرش  
خدمات ترجمه شفاهی\*

نام عضو: \_\_\_\_\_

زبان اصلی (نوشتاری): \_\_\_\_\_

زبان اصلی (گفتاری): \_\_\_\_\_

بله، درخواست استفاده از خدمات ترجمه شفاهی را دارم.

زبان(ها): \_\_\_\_\_

مایلم که از یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستان به عنوان مترجم شفاهی استفاده کنم.

به خدمات ترجمه شفاهی نیاز ندارم.

امضای عضو \_\_\_\_\_  
تاریخ \_\_\_\_\_

\* ارائه‌دهنده، لطفاً در پرونده پزشکی عضو قرار دهید.

Anthem Blue Cross نام تجاری Blue Cross of California است. Anthem Blue Cross و Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. دارندۀ گواهینامه مستقل Blue Cross Association هستند. Anthem علامت تجاری ثبت‌شده Anthem Insurance Companies, Inc. است. Blue Cross of California با L.A. Care Health Plan جهت ارائه خدمات Medi-Cal Managed Care در کانتی Los Angeles قرارداد دارد.