

통역 서비스*를 위한
요청/거부 양식

가입자 이름: _____

주요 언어(서면): _____

주요 언어(구술): _____

네, 저는 통역 서비스를 요청합니다.

언어: _____

가족 구성원이나 친구가 통역을 해 주었으면 합니다.

저는 통역 서비스가 필요하지 않습니다.

가입자 서명

날짜

* 의료 제공자는 가입자의 의료 기록에 기재해주십시오.

Anthem Blue Cross는 Blue Cross of California의 상표명입니다. Anthem Blue Cross 및 Blue Cross of California Partnership Plan, Inc.는 Blue Cross Association의 독립적인 라이선스 사용권자입니다. Anthem은 Anthem Insurance Companies, Inc.의 등록 상표입니다. Blue Cross of California는 L.A. Care Health Plan과 계약을 맺고 Los Angeles 카운티에서 Medi-Cal 관리형 진료 서비스를 제공합니다.

