

**Форма запроса/отказа
от предоставления
услуг перевода ***

Ф. И. О. участника плана: _____

Основной язык (на письме): _____

Основной язык (разговорный): _____

Да, я хочу запросить предоставление услуг перевода.

Язык (-и): _____

Я хочу, чтобы в качестве переводчика выступал мой родственник или друг.

Я не нуждаюсь в услугах перевода.

Подпись участника плана

Дата

* Для поставщика услуг: приложите медицинскую карту участника плана.

Anthem Blue Cross является торговой маркой Blue Cross of California. Anthem Blue Cross и Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. являются независимыми лицензиатами Blue Cross Association. Anthem является зарегистрированной торговой маркой Anthem Insurance Companies, Inc. Компания Blue Cross of California заключила договор с организацией L.A. Care Health Plan на предоставление услуг координируемого обслуживания по программе Medi-Cal Managed Care в округе Los Angeles.