Washington State Health Care Authority

客户身份号码：
姓名：
地址：

登记表 (Enrollment Form)

易 如反掌!

1. **请标选一项** 以表明您想如何为您的家庭成员获得医疗保健。

- ☐ Amerigroup Washington Inc. (AMG)
- ☐ Community Health Plan of Washington (CHPW)
- ☐ Coordinated Care of Washington (CCW)
- ☐ Molina Healthcare of Washington Inc. (MHW)
- ☐ United Health Care Community Plan (UHC)
- ☐ 服务费
- ☐ PCCM 诊所 ______

2. **为每个成员写下您想要他们去看的医生或诊所的名字。** 您列出的医生或诊所必须在您以上所选择的计划中。给医生打电话确认他们有否参加该保健计划。

客户身份号码	客户姓名（名字，中间名缩写，姓氏）	您如何评定该人士的健康水平？ 极好	很好	良好	一般	差	是否有特殊健康状况或发育迟滞？ 是	否
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医生或诊所：								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医生或诊所：								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医生或诊所：								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医生或诊所：								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医生或诊所：								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
医生或诊所：								

3. 以上人士中是否有人已怀孕或将要进行外科手术？

☐ 怀孕 家庭成员的当事人身份识别号码：______ 预产期：______

医生或诊所：______

☐ 外科手术日程 家庭成员的当事人身份识别号码：______ 日期：______

签名______ 日期 ______

选择一种方式以便我们了解您的选择。

- 上网登记：**https://www.WAProviderOne.org/client**
- 随时拨打我们的自动电话系统：1-800-562-3022
- 填写好后邮寄至：Washington State Health Care Authority, PO Box 42719, Olympia, WA 98504
- 填写后发传真致：**1-866-668-1214**

如果您有问题，请打电话 1-800-562-3022, 星期一至星期五，早 7:30 至晚 5:00
文本电话 / 听障人士电话（TTY/TDD）用户请拨打 711 或 1-800-848-5429

Provider One Number