Washington State Health Care Authority

Số ID Thân chủ:
Tên:
Địa Chỉ:

Đơn Ghi Danh (Enrollment Form)

Dễ như 1-2-3!

1. Xin đánh dấu vào một ô để cho biết quí vị muốn chọn chương trình nào để chăm sóc sức khoẻ cho gia đình mình.

- ☐ 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)
- ☐ PHÍ DỊCH VỤ
- ☐ PHÒNG KHÁM PCCM _____

2. Viết tên của bác sĩ hay phòng khám quí vị muốn dùng cho mỗi người. Tất cả bác sĩ và phòng khám trong danh sách của quí vị phải có trong chương trình quí vị đã chọn ở trên. Xin gọi các bác sĩ để xem họ có tham gia trong chương trình bảo hiểm không.

ID Thân Chủ	Tên Thân Chủ (Họ, Tên, Tên Lót Viết Tắt)	Quí vị đánh giá sức khoẻ người này như thế nào? Tuyệt	Rất khoẻ	Khoẻ	Thường	Kém	Tình trạng sức khoẻ đặc biệt hay chậm phát triển? Có	Không
Bác sĩ hay phòng khám:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bác sĩ hay phòng khám:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bác sĩ hay phòng khám:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bác sĩ hay phòng khám:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bác sĩ hay phòng khám:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bác sĩ hay phòng khám:								

3. Trong những người trên, có ai có thai hay sẽ được giải phẫu?

☐ Có thai — ID Thân Chủ của Thành Viên Trong Gia Đình: _____ Dự đoán ngày sanh: _____

Bác sĩ hay phòng khám: _____

☐ Lịch phẫu thuật — ID Thân Chủ Của Người Trong Gia Đình: _____ Ngày: _____

Chữ ký_____**Ngày** _____

Chọn MỘT cách để cho chúng tôi biết sự lựa chọn của quí vị.

- Đăng ký trên mạng: **https://www.WAProviderOne.org/client**
- Gọi đường dây tự động của chúng tôi bất kỳ lúc nào: 1-800-562-3022
- Điền và gởi tới: Washington State Health Care Authority, PO Box 42719, Olympia, WA 98504
- Điền và đánh fax đến: **1-866-668-1214**

Nếu quí vị có thắc mắc gì xin gọi 1-800-562-3022,
Thứ hai – Thứ sáu 7:30 g sáng đến 5:00 g chiều.
Người khiếm thính sử dụng TTY/TDD có thể gọi 711 hay 1-800-848-5429

Provider One Number