

درخواست پوشش خدمات بهداشتی بارداری (برای نوجوانان زیر 19 سال)
Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

نام خانوادگی		مخفف نام میانی		نام	
نشانی محل سکونت (اگر نشانی ثابتی ندارید، لطفا نشانی پستی را در زیر بنویسید.)					
کد پستی		شهر		نشانی خیابانی	
نشانی پستی (اگر ترجیح می‌دهید تمام نامه‌ها برای یک نماینده مجاز فرستاده شوند، لطفا بخش زیر را تکمیل کنید.)					
کد پستی		شهر		نشانی خیابانی	
شماره تلفن‌های ترجیحی					
آیا پزشک/ارائه‌دهنده خدمات می‌تواند برای این شماره‌های تلفن پیام بگذارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسختان خیر است، این بخش را پر نکنید.					
شماره تماس:				شماره صندوق پیام صوتی:	
خدمات زبانی و ویژه توان‌یابان					
آیا با صحبت کردن، خواندن یا نوشتن به زبان انگلیسی مشکل دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
آیا به محتوای ترجمه‌شده نیاز دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
ترجیح می‌دهید به چه زبانی صحبت کنید؟ _____					
ترجیح می‌دهید به چه زبانی بخوانید؟ _____					
پرسش‌ها (پاسخ‌های شما به این پرسش‌ها تأثیری بر روی پوشش شما نخواهند داشت.)					
آیا شهروند آمریکا هستید یا به صورت قانونی به آمریکا مهاجرت کرده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
آیا آمریکایی هندی یا بومی آلاسکا هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
آیا می‌خواهید بارداری شما محرمانه نگه داشته شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
آیا هزینه پزشکی پرداخت نشده‌ای دارید که در طول دوره بارداری متحمل شده باشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
تاریخ تولد (ماه/روز/سال)		تاریخ پایان بارداری (ماه/روز/سال)		شماره تأمین اجتماعی (اگر نمی‌دانید، اینجا را خالی بگذارید.)	
نماینده مجاز انتخابی (نماینده مجاز کسی است که به اداره خدمات بهداشتی اجازه می‌دهد با او درباره پوشش شما صحبت کرده و/یا نامه‌های مرتبط با پوشش خدمات بهداشتی بارداری نوجوانان را دریافت کند.) برای داشتن یک نماینده مجاز، اطلاعات زیر را تکمیل کنید.					
نام نماینده مجاز		نام سازمان		شماره تلفن	
نشانی خیابانی		شهر		ایالت	
کد پستی					
یک یا هر دو را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> نامه من را به نشانی پستی من بفرست. <input type="checkbox"/> نامه من را به نشانی نماینده مجاز بفرست.					
پیش از امضا به دقت متن زیر را بخوانید					
می‌دانم که:					
<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت من باید توسط اداره خدمات بهداشتی یا دیگر سازمان‌های ایالتی یا فدرال تأیید شود. • در صورت درخواست در بالا برای محرمانه نگه داشتن بارداری خود، هیچ بیمه دیگری برای خدماتی که من در طول این برنامه دریافت می‌کنم هزینه‌ای پرداخت نخواهد کرد. 					
اعلام و امضا					
من اطلاعات ارائه‌شده به اینجانب در این فرم را خوانده‌ام و می‌فهمم. من با نیل به وجود جریمه برای دروغ‌گویی اعلام می‌کنم اطلاعاتی که من در این درخواست‌نامه ارائه داده‌ام تا جایی که می‌دانم راست، درست و کامل است.					
امضای درخواست‌کننده				تاریخ	