



Tên người nộp đơn: _____

Ưu tiên trao đổi

Ngôn ngữ ưa thích của bạn là gì? _____

Chọn một ngôn ngữ mà bạn muốn chúng tôi gửi cho bạn thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Ả Rập | <input type="checkbox"/> Tiếng Punjab |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Mỹ | <input type="checkbox"/> Tiếng Nga |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Cambuchia | <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Trung | <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Quan Thoại | <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ nói của tôi khác với ngôn ngữ |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông | <input type="checkbox"/> tôi chọn cho tài liệu kế hoạch của mình: |
| <input type="checkbox"/> Farsi | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiếng H'Mông | |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn | |

Địa chỉ email (Không bắt buộc): _____

Việc bạn cung cấp cho chúng tôi email của bạn, chứng tỏ bạn đồng ý cho Chương trình gửi email riêng liên quan trực tiếp đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe của bạn. *

*Bạn có thể chọn không tham gia bất kỳ lúc nào.

Bạn muốn nhận tin nhắn văn bản trên số điện thoại nào? (Không bắt buộc)

(____) _____-_____

Việc bạn cung cấp cho chúng tôi số điện thoại của bạn, chứng tỏ bạn đồng ý cho Chương trình gửi tin nhắn riêng liên quan trực tiếp đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe của bạn. Nội dung có thể bao gồm thông tin về quyền lợi và thông tin về sức khỏe.*

*Bạn có thể chọn không tham gia bất kỳ lúc nào. Có thể sẽ áp dụng cước phí tin nhắn và dữ liệu SMS.

Bạn có đăng ký tham gia Chương trình Medicaid (Medi-Cal) của Tiểu bang mình không?

- Có Không

Số Medicaid (Medi-Cal): _____

Ngày sinh trên Medicaid (Medi-Cal): _____

Thông tin liên hệ khẩn cấp

Tên người liên hệ:	Mối quan hệ với bạn:	Số điện thoại:
_____	_____	_____

Vui lòng chọn tên của Bác sĩ chữa trị chính (PCP) và Nhóm y bác sĩ:

Tên PCP:

Tên nhóm y bác sĩ:

ID PCP #:

Bệnh nhân hiện tại

Vui lòng chọn tên Nhà cung cấp DeltaCare Mỹ:

Tên Nha sĩ hoặc Tên Cơ sở:

ID Cơ sở:

Thành phố:

Mã ZIP:

Vui lòng chọn mục thanh toán phí bảo hiểm

Nếu bạn không chọn mục thanh toán, bạn sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng.

Vui lòng chọn mục thanh toán phí bảo hiểm:

- Nhận hóa đơn
- Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An sinh xã hội hoặc Hội đồng hưu trí đường sắt (RRB) hàng tháng của bạn
- An sinh xã hội RRB