

# فرم تصدیق امداد زبانی

نام بیمار: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

## برنامه درمانی

Molina <input type="checkbox"/>	Health Net <input type="checkbox"/>	Care 1st <input type="checkbox"/>	Aetna <input type="checkbox"/>	<b>Commercial</b> <input type="checkbox"/>
SCAN <input type="checkbox"/>	Heritage <input type="checkbox"/>	Central Health <input type="checkbox"/>	Alignment <input type="checkbox"/>	<b>Duals</b> <input type="checkbox"/>
United <input type="checkbox"/>	Inland Empire <input type="checkbox"/>	Cigna <input type="checkbox"/>	Blue Cross <input type="checkbox"/>	<b>Medi-Cal</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> غیره (مشخص کنید): _____	Inter Valley <input type="checkbox"/>	Easy Choice <input type="checkbox"/>	Blue Shield <input type="checkbox"/>	<b>Senior</b> <input type="checkbox"/>
	LA Care <input type="checkbox"/>	Golden State <input type="checkbox"/>	Cal Optima <input type="checkbox"/>	

زبان اصلی برای مکالمه: \_\_\_\_\_

عضو در مورد دسترسی به خدمات مترجم شفاهی گروه پزشکی و/یا برنامه درمانی آگاه شد. (باید مستند شود)

بله - در مورد دسترسی به خدمات مترجم شفاهی به من اطلاع داده شد

خیر - من خدمات مترجم شفاهی را قبول نکردم

امضای بیمار: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای شاهد: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

## فقط برای استفاده اداری

مدرك امداد خدمات زبانی

سازمان مترجم شفاهی: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

نام مترجم شفاهی: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

امضای کارمند: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

