

****ይህ ፎርም የሚያገለግለው የእርስዎን ወይም የቤተሰብዎን የጤና ዋስትና ለመቀየር ነው። በተላከው ፖስታ ውስጥ ከተው ፎርምን መልሶ በመላክ መቀየር ይችላሉ። ወይም የእርዳታ መስመሩ ጋር በስልክ ቁጥር (202)639-4030 በመደወል በስልክ መቀየር ይችላሉ።**

አንደኛ ደረጃ፡- የቤተሰብ ኃላፊ መረጃ

ስም	የመሃል ስም	የአባት ስም		ስልክ ቁጥር	
የመኖሪያ አድራሻ		አፓርትመንት ቁ	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ
የተወለዱበት ቀን	የአላያንስ ቁጥር		ሶሻል ሴክዩሪቲ ቁጥር (ከፈለጉ የሚሰጥ)		
የመረጡት የጤና ዋስትና ስም			የሚፈልጉት የዶክተር ስም		

ሁለተኛ ደረጃ፡- ቤት ውስጥ የሚኖሩ የሌሎች ሰዎች መረጃ

ስም	የመሃል ስም	የአባት ስም
የተወለዱበት ቀን	የአላያንስ ቁጥር	ሶሻል ሴክዩሪቲ ቁጥር (ከፈለጉ የሚሰጥ)
የመረጡት የጤና ዋስትና ስም		የሚፈልጉት የዶክተር ስም
ስም	የመሃል ስም	የአባት ስም
የተወለዱበት ቀን	የአላያንስ ቁጥር	ሶሻል ሴክዩሪቲ ቁጥር (ከፈለጉ የሚሰጥ)

የመረጡት የጤና ዋስትና ስም	የሚፈልጉት የዶክተር ስም
-------------------	-----------------

ስም	የመሃል ስም	የአባት ስም
የተወለዱበት ቀን	የአላያንስ ቁጥር	ሶሻል ሴክዩሪቲ ቁጥር (ከፈለጉ የሚሰጥ)
የመረጡት የጤና ዋስትና ስም		የሚፈልጉት የዶክተር ስም
ስም	የመሃል ስም	የአባት ስም
የተወለዱበት ቀን	የአላያንስ ቁጥር	ሶሻል ሴክዩሪቲ ቁጥር (ከፈለጉ የሚሰጥ)
የመረጡት የጤና ዋስትና ስም		የሚፈልጉት የዶክተር ስም

ስም ለመጻፍ ተጨማሪ ቦታ ካስፈለግዎት ከዚህ ፎርም ጀርባ ይጻፉ። እናመሰግናለን።

የቤተሰብ ኃላፊ ፊርማ፡- _____ ቀን፡- _____

ሶስተኛ ደረጃ፡- በቢጫ ወረቀት ላይ የሚገኘውን የግል የጤና ግምገማ ፎርም ይሙሉ።

ፎርምቹን በተላከው ኤንቪሎፕ ውስጥ ከተው መልሰው ይላኩ፡- ቴምብር አያስፈልግም። ወይም የእራዳታ መስመሩ ጋር በስልክ ቁጥር (202)639-4030 ደውለው በስልክ መቀየር ይችላሉ።