

DC HealthCare Alliance 計劃轉移表

有任何問題，請致電服務專線：(202) 639-4030

聽力障礙者，請致電 TDD/TTY 專線：(202) 639-4041

**本表格僅供您或家人變更醫療保險計劃使用。您可以將表格放入隨附的信封並寄回，以郵寄的方式變更計劃。或致電我們的服務專線 (202) 639-4030，經由電話變更。

步驟 1：家長資料

名	名字簡寫	姓	電話號碼		
住家地址		公寓號碼	城市	州	郵遞區號
出生日期	Alliance 號碼		社會安全卡號碼 (選填)		
選擇的醫療保險計劃名稱			想要的家庭醫師姓名		

步驟 2：其他家庭成員資料

名	名字簡寫	姓			
出生日期	Alliance 號碼		社會安全卡號碼 (選填)		
選擇的醫療保險計劃名稱			想要的家庭醫師姓名		
名	名字簡寫	姓			
出生日期	Alliance 號碼		社會安全卡號碼 (選填)		
選擇的醫療保險計劃名稱			想要的家庭醫師姓名		
名	名字簡寫	姓			
出生日期	Alliance 號碼		社會安全卡號碼		
選擇的醫療保險計劃名稱			想要的家庭醫師姓名		
名	名字簡寫	姓			
出生日期	Alliance 號碼		社會安全卡號碼 (選填)		
選擇的醫療保險計劃名稱			想要的家庭醫師姓名		

如需填寫更多家庭成員的資料，請寫在本表背面。謝謝。

家長簽名：_____ 日期：_____

步驟 3：填寫黃色的「個人健康評估表」。

請將表格放入隨附的信封寄回，無須黏貼郵票。
或致電我們的服務專線 (202) 639-4030，經由電話變更。