

Mẫu Chuyển Chương Trình DC HealthCare Alliance

Có thắc mắc, hãy gọi đường dây hỗ trợ, (202) 639-4030

Người khiếm thính TDD/TTY (202) 639-4041

****Mẫu này chỉ được dùng để thay đổi chương trình sức khỏe cho quý vị hay gia đình. Quý vị có thể thay đổi bằng thư, và gửi trong phong bì đính kèm. Hay gọi cho đường dây hỗ trợ tại số (202) 639-4030 và thay đổi qua điện thoại.**

BƯỚC 1: Thông Tin về Chủ Nhà

Tên	Chữ lót	Họ	Số điện thoại		
Địa chỉ nhà		Số căn hộ	Thành phố	Bang	Zip
Ngày sinh	Số Alliance		Số An Sinh Xã Hội (tùy ý)		
Tên Chương Trình Sức Khỏe quý vị chọn			Tên bác sĩ riêng quý vị muốn chọn		

BƯỚC 2: Thông tin về các người khác trong gia đình

Tên	Chữ lót	Họ			
Ngày sinh	Số Alliance		Số An Sinh Xã Hội (tùy ý)		
Tên Chương Trình Sức Khỏe quý vị chọn			Tên bác sĩ riêng quý vị muốn chọn		
Tên	Chữ lót	Họ			
Ngày sinh	Số Alliance		Số An Sinh Xã Hội (tùy ý)		
Tên Chương Trình Sức Khỏe quý vị chọn			Tên bác sĩ riêng quý vị muốn chọn		
Tên	Chữ lót	Họ			
Ngày sinh	Số Alliance		Số An Sinh Xã Hội		
Tên Chương Trình Sức Khỏe quý vị chọn			Tên bác sĩ riêng quý vị muốn chọn		
Tên	Chữ lót	Họ			
Ngày sinh	Số Alliance		Số An Sinh Xã Hội (tùy ý)		
Tên Chương Trình Sức Khỏe quý vị chọn			Tên bác sĩ riêng quý vị muốn chọn		

Nếu quý vị cần thêm chỗ để viết tên, xin viết trên mặt sau mẫu này. Xin cảm ơn.

Chữ ký Chủ Nhà: _____ **Ngày:** _____

BƯỚC 3: Điền Mẫu Đánh Giá Nguy Cơ Sức Khỏe Cá Nhân in trên giấy màu vàng.

**Gửi trả các mẫu trong phong bì đính kèm – không cần dán tem.
Hay gọi đường dây hỗ trợ tại số (202) 639-4030 để thay đổi qua điện thoại.**