

# DC Healthy Families 計劃登記表

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

您需要為自己和家人選擇醫療保險計劃。您可以將登記表放入隨附的信封並寄回，以郵寄方式登記。或致電我們的服務專線 (202) 639-4030，透過電話登記。

## 步驟 1：戶長資料

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	Medicaid 號碼		社會安全卡號碼		
選擇的醫療保險計劃名稱			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	Medicaid 號碼		社會安全卡號碼		
選擇的醫療保險計劃名稱			家庭醫師姓名		
名	名字簡寫	姓			
出生日期	Medicaid 號碼		社會安全卡號碼		
選擇的醫療保險計劃名稱			家庭醫師姓名		
名	名字簡寫	姓			
出生日期	Medicaid 號碼		社會安全卡號碼		
選擇的醫療保險計劃名稱			家庭醫師姓名		
名	名字簡寫	姓			
出生日期	Medicaid 號碼		社會安全卡號碼		
選擇的醫療保險計劃名稱			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。

戶長簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

請將兩份表格放入隨附的信封寄回，無須黏貼郵票。  
或致電服務專線：(202) 639-4030，透過電話登記