

DC Healthy Families 프로그램 가입 양식

의문사항이 있으시면, 상담전화 (202) 639-4030 으로 연락 주십시오.

청각장애인 전화는 TDD/TTY (202) 639-4041 입니다.

귀하와 가족의 건강 플랜을 선택하십시오. 메일로 등록하고 양식을 제공한 봉투에 넣어 보내주시면 됩니다. 또는 상담전화 (202) 639-4030 으로 연락하여 등록하십시오.

1 단계: 세대주 정보

이름	중간이름 머리글자	성	전화번호		
주소		아파트 호수	시	주	우편번호
출생일	메디케이드 번호		사회보장번호		
선택 건강 플랜명			담당의사명		

2 단계: 세대원 정보

이름	중간이름 머리글자	성			
출생일	메디케이드 번호		사회보장번호		
선택 건강 플랜명			담당의사명		
이름	중간이름 머리글자	성			
출생일	메디케이드 번호		사회보장번호		
선택 건강 플랜명			담당의사명		
이름	중간이름 머리글자	성			
출생일	메디케이드 번호		사회보장번호		
선택 건강 플랜명			담당의사명		
이름	중간이름 머리글자	성			
출생일	메디케이드 번호		사회보장번호		
선택 건강 플랜명			담당의사명		

세대주 서명: _____ 날짜: _____

**두 양식 모두를 제공해 드린 봉투에 넣어 반환해 주십시오-우표를 붙일 필요는 없습니다.
또는 상담전화 (202) 639-4030 로 전화하여 등록하십시오.**