Sign-up form

醫藥保險參加表

如果您通過電話來參加，您就不必填寫這個表！請立即給以下號碼打電話：
1-800-562-3022！
(TTY/TDD聾啞人士，請撥1-800-848-5429)

***就像說* 1-2-3 那麼容易！**

1. 所有您可以選擇的醫藥保險都列在這_。請在方格作記號，說明您自己和列在您DSHS醫療卡上的其他人士想要的醫藥保險：

2. **您希望哪位醫生成為這個人的家庭醫生**H(所有您列出的家庭醫生名字都必須在該醫藥保險工作。如果您不肯定，請給他們打電話，詢問他們是否為您所要的醫藥保險計劃工作。)

姓名：	家庭醫生姓名：
姓名：	家庭醫生姓名：
姓名：	家庭醫生姓名：
姓名：	家庭醫生姓名：
姓名：	家庭醫生姓名：
姓名：	家庭醫生姓名：

3. 是否列在您醫療卡的某個人士懷孕了或者很快要動手術？

☐ 懷孕？ 誰？ *姓名：* _____ *預產期：* _____

☐ 動手術？ 誰？ *姓名：* _____ *日期：* _____

該人士看的是哪位醫生或者其他提供服務的醫務人員？

醫生姓名： _____ *辦公室電話號碼：* _____

列在您醫藥證明卡上的人士中，哪一位有特殊的身體健康問題或者發育延遲問題？

☐ 有。 _____ _____

請告訴我們這個（些）人的姓名和他們特殊的身體健康問題：

請讓我們知道您的選擇。

最簡單的方法就是撥我們的免費熱線電話號碼：**1-800-562-3022**

星期一至星期五，上午7:00至下午6:00您可以隨時使用我們新的留言系統。

TTY/TDD聾啞人士，請撥711或者1-800-848-5429。

或者，重新折疊表格，將印有"Business Reply"的一面作為封面，然後將表格寄回給我們 (不需要貼郵票) 。

或者，將表格傳真到以下號碼：360-725-2144。