ເລກເອກສານ		
ຊື່ລູກຄ້າ		
ທີ່ຢູ່ລູກຄ້າ		
ເມືອງ	ຣັດ	ຂົນໂລດ

Sign-up form
ໃບຟອມຈົດຊື່

ຖ້າຫາກว่าท่านจົດຊື່ໂດຍທາງໂທຣະສັບທ່ານບໍ່ຕ້ອງ
ໄດ້ຂຽນປະກອບຟອມໃບນີ້! ໂທຣະສັບໄປທີ່
1-800-562-3022 ໂດຍທັນທີໂລດ!
(ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ເທົ່ານັ້ນ, ໂທຣະສັບໄປຫາ 1-800-848-5429)

ງ່າຍໆ ຄືກັນ **1-2-3!**

1. ຂຽນລົງໄປຂ້າງລຸ່ມນີ້ວ່າທ່ານຕ້ອງການຮັບເອົາການປິ່ນປົວພະຍາບານຂອງທ່ານແນວໃດ.

2. ທ່ານໝໍຄົນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເປັນ **PCP** ສຳລັບຄົນຄົນນີ້? (ທ່ານໝໍທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານຂຽນຊື່ລົງໄປໃຫ້ເປັນ **PCP** ຕ້ອງຢູ່ໃນໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ. ຖ້າຫາກว่าท่านบໍ່ແນ່ໃຈ, ໂທຣະສັບໄປຫາທ່ານໝໍ ແລະ ສອບຖາມເບິ່ງว่าเอิาเจ้าอยู่ในโครงการปิ่นปัวสุขะพาบที่ท่านต้องการ ซึ่ง ບໍ່).

ລະຫັດ ລະ ຫັ ລ ລ ລ ລ ລ ລ

ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່ຂອງ PCP:

3. ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ຖືກບິ່ງຊີ່ຢູ່ໃນບັດພະຍາບານຂອງທ່ານໄດ້ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ ຫລື ຈະມີການຜ່າຕັດໃນໄວໆບໍ່?

☐ ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ ແມ່ນໃຜ? ຊື່: _____ *ວັນລູກຈະເກີດ:* _____

☐ ຜ່າຕັດ ແມ່ນໃຜ? ຊື່: _____ *ວັນທີ:* _____

ທ່ານໝໍຄົນໃດ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານຄົນອື່ນທີ່ຄົນນີ້ກຳລັງພົບຢູ່?

ຊື່ຂອງທ່ານໝໍ: _____ *ເລກໂທຣະສັບຂອງທ້ອງການ:* _____

ໃນຈຳນວນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບິ່ງຊີ່ຢູ່ໃນບັດຖ້ຳພະຍາບານຂອງທ່ານ,ມີໃຜແດ່ບໍ່ທີ່ມີສະພາບພະຍາບານພິເສດຫລື ການອຸກອັ້ນໃນການຈະເຣີນເຕີບໂຕ?

☐ ມີ _____ _____

ກະຣຸນາບອກຊື່ຂອງບຸກຄົນແລະສະພາບສຸຂະພາບພິເສດຂອງເອົາເຈ້ົາ:

ບອກໃຫ້ພວກເຮົາຊາບທາງເລືອກຂອງທ່ານ

ທົນທາງທີ່ງ່າຍທີ່ສຸດ ແມ່ນໂທຣະສັບມາຫາພວກເຮົາເລກໂທຟຣີ **1-800-562-3022**
ວັນຈັນ ຮອດ ວັນສຸກ **7:00** ໂມງເຊົ້າ ຮອດ **6:00** ໂມງແລງ
ທ່ານສາມາດໃຊ້ຣະບົບສິ່ງຂ່າວແນວໃຫມ່ຂອງພວກເຮົາໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ.
ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ໂທຣະສັບໄປຫາ 711 ຫລື 1-800-848-5429
ຫລື, ຝັນໃບຟອມໃໝ່ອີກໃຫ້ທີ່ຢູ່ສິ່ງຄືນ ອອກມາທາງນອກ ແລະ ສິ່ງຄືນມາຫາພວກເຮົາ (ບໍ່ຕ້ອງໃຊ້ສະແຕມ). ຫລື
ແຟກຊ໌ໃບຟອມມາທີ່ 360-725-2144