Sign-up form
ໃບຟອມຈົດຊື່

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

ງ່າຍໆ ຄືກັນ **1-2-3!**

1. ທາງເລືອກຂອງທ່ານທຸກໆຢ່າງໄດ້ຖືກບົ່ງຢູ່ທີ່ນີ້. ຫມາຍໃສ່ບ່ອກນຶ່ງເພື່ອຈະບອກວ່າທ່ານຕ້ອງການໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ສຳລັບຕົວທ່ານເອງຢ່າງໃດ ແລະ ສຳລັບຄົນອື່ນຜູ້ທີ່ຖືກບົ່ງຊີ່ຢູ່ໃນບັດພະຍາບານ DSHS ຂອງທ່ານ:

2. ທ່ານຫມໍຄົນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເປັນ **PCP** ສຳລັບຄົນຄົນນີ້? (ທ່ານຫມໍທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານຂຽນຊື່ລົງໄປໃຫ້ເປັນ **PCP** ຕ້ອງຢູ່ໃນໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈ, ໂທຣະສັບໄປຫາທ່ານຫມໍ ແລະ ສອບຖາມເບິ່ງວ່າເຂົາເຈົ້າຢູ່ໃນໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ຫລື ບໍ່).

ຊື່	ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່	ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່	ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່	ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່	ຊື່ຂອງ PCP:
ຊື່	ຊື່ຂອງ PCP:

3. ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງຜູ້ທີ່ຖືກບົ່ງຊີ່ຢູ່ໃນບັດພະຍາບານຂອງທ່ານໄດ້ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ ຫລື ຈະມີການຜ່າຕັດໃນໃວໆບໍ່?

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

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

ທ່ານຫມໍຄົນໃດ ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວພະຍາບານຄົນອື່ນທີ່ຄົນນີ້ກຳລັງພົບຢູ່?

ຊື່ຂອງທ່ານຫມໍ: _____ *ເລກໂທຣະສັບຂອງຫ້ອງການ:* _____

ໃນຈຳນວນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຖືກບົ່ງຊີ່ຢູ່ໃນບັດຶ້າພະຍາບານຂອງທ່ານ,ມີໃຜແດ່ບໍ່ທີ່ມີສະພາບພະຍາບານພິເສດຫລື ການຊັກຊ້າໃນການຈະເຣີນເຕີບໂຕ?

☐ ມີ _____ _____

ກະຣຸນາບອກຊື່ຂອງບຸກຄົນແລະສະພາບສຸຂະພາບພິເສດຂອງເຂົາເຈົ້າ:

ບອກໃຫ້ພວກເຣົາຊາບທາງເລືອກຂອງທ່ານ

ຫົນທາງທີ່ງ່າຍທີ່ສຸດ ແມ່ນໂທຣະສັບມາຫາພວກເຣົາເລກໂທຟຣີ **1-800-562-3022**
ວັນຈັນ ຣອດ ວັນສຸກ **7:00** ໂມງເຊົ້າ ຣອດ **6:00** ໂມງແລງ
ທ່ານສາມາດໃຊ້ຣະບົບສົ່ງຂ່າວແນວໃຫມ່ຂອງພວກເຣົາໄດ້ໃນທຸກໆເວລາ.
ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ໂທຣະສັບໄປຫາ 711 ຫລື 1-800-848-5429
ຫລື, ພັບໃບຟອມໃຫມ່ອີກໃຫ້ທີ່ຢູ່ສົ່ງຄືນ ອອກມາທາງນອກ ແລະ ສົ່ງຄືນມາຫາພວກເຣົາ (ບໍ່ຕ້ອງໃຊ້ສະແຕມ). ຫລື
ແຟກຊ້ໃບຟອມມາທີ່ 360-725-2144