Washington State Department of Social & Health Services

MAA Medical Assistance Administration

자르는 선

워싱턴 메디케이드 (의료 보조 프로그램) 통합 파트너쉽

Washington Medicaid Integration Partnership

면제/등록 거부 신청서

☒ **본인은 현재 받고 있는 헬쓰 케어에 만족하며 워싱턴 메디케이드 통합 파트너쉽 (WMIP) 프로젝트에 가입하고 싶지 않습니다.**

본인 이름: _____

본인 PIC, 케이쓰, 혹은 수혜 담당인 번호: _____

생년월일: _____

소셜 시큐리티 (사회 보장) 번호: _____

☐ 귀하가 현재 Molina Integration (귀하 의료 카드에 "MINT"라고 쓰여있는 경우) 에 가입되어 있고 이 달에 서비스를 전혀 이용하지 **않은** 경우 (의사 방문, 응급실 등) 여기에 체크해 주십시요.

☐ 귀하가 현재 Molina Integration (귀하 의료 카드에 "MINT"라고 쓰여있는 경우)에 가입되어 있고 이 달에 어떤 서비스를 **이용하신** 경우 (의사 방문, 응급실 등) 여기에 체크해 주십시요.

서명: _____

날짜: _____

이 신청서를 접은다음 반신용 주소를 바깥에 쓴 후 저희에게 보내주십시요.
(우표 필요 없음)

자르는 선