Washington State Department of Social & Health Services
MAA Medical Assistance Administration

COMMUNITY HEALTH PLAN OF WASHINGTON

ໃບຟອມຈົດຊື່ຂອງໂຄງການ GAU ສຳລັບການເລືອກເອົາຄລີນິກພະຍາບານຂອງທ່ານ

GAU SIGN UP FORM FOR PICKING YOUR HEALTH CLINIC

ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຜ່ານໂຄງການ Community Health Plan of Washington (CHPW) (ຄອມມິວນິຕີແຮວແພລນອອຟວໍຊິງຕັນ), ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ເດືອນໜ້າ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເລືອກເອົາຄລີນິກພະຍາບານຂອງທ່ານດຽວນີ້ ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນທ່ານຈະຖືກຈັດໃຫ້. ກະຣຸນາເບິ່ງໃນລາຍຊື່ຂອງຄລີນິກ CHPW ແລະ ເອົາບ່ອນນຶ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄປຫາໃນເວລາຕ້ອງການການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງທ່ານທຸກໆຢ່າງ.ທ່ານຈະຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃສ່ຄລີນິກບ່ອນນີ້ ຖ້າເປັນໄປໄດ້.

1. ຊື່	2. ວັນເກີດ	3. ເລກໂຊໂຊ
4. ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ຊິບໂຄດ
ເລກໂທຣະສັບ	ເລກໂທຣະສັບສັ່ງຄວາມ	5. ທ່ານບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
6. ຄລີນິກບ່ອນໃດ ແລະ ທ່ານໝໍຄົນໃດທີ່ທ່ານຢາກໄດ້?		
ຄລີນິກ	ທ່ານໝໍ	
ລາຍເຊັນ		ວັນທີ

DSHS LA 13-754 (06/2005)

ແຟກຊ໌ໄປທີ່: **CHPW Eligibility** ທີ່ເລກ **206-521-8834**

ທ່ານຈະຖືກຈົດຊື່ເຂົ້າໃນຄລີນິກທີ່ທ່ານເລືອກເອົາ ແລະ ໄດ້ທ່ານໝໍຄົນທີ່ທ່ານເລືອກເອົາ ຖ້າເປັນໄປໄດ້. ຈົ່ງເບິ່ງບັດ **CHPW ID** ຂອງທ່ານເດືອນໜ້າເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າທ່ານໄດ້ອັນທີ່ທ່ານເລືອກເອົາຫລືບໍ່, ຫລື ໂທຣະສັບໄປທີ່ **1-800-440-1561.**