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

COMMUNITY HEALTH PLAN OF WASHINGTON

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN GAU PARA ELEGIR SU CLÍNICA
GAU SIGN UP FORM FOR PICKING YOUR HEALTH CLINIC

A partir del próximo mes, su atención médica se llevará a cabo a través del Community Health Plan of Washington (CHPW) (Plan de Salud de la Comunidad de Washington).

Por favor, lea la lista de clínicas CHPW y escoja una, a la cual desea asistir para recibir atención médica. Si es possible, usted sera asignado a esta clínica.

1. Nombre completo	2. Fecha de nacimiento	3. Nº de Seguro Social
4. Dirección	Ciudad	Código Postal
Teléfono	Nº de teléfono para dejar mensajes	5. ¿Es usted una persona que no tiene donde vivir? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Qué clínica y doctor le gustaría tener?		
CLÍNICA	FECHA	
FIRMA	DATE	

DSHS 13-754 SP (06/2005)

ENVÍE POR FAX A: CHPW Eligibility, al 206-521-8834

SI ES POSIBLE, usted estará registrado en la clínica de su elección y será atendido por el doctor que haya seleccionado. Lea su tarjeta CHPW el mes próximo, y verifique si está de acuerdo a lo que usted seleccionó, o llame al 1-800-440-1561.