Washington State Health Care Authority

Идентификационный номер клиента:
Имя:
Адрес:

Форма Регистрации (Enrollment Form)

Это просто, как раз-два-три!

1. Пожалуйста, отметьте один из квадратиков, чтобы указать, каким образом вы хотите получать медицинское обслуживание для вашей семьи.

- ☐ Amerigroup Washington Inc. (AMG)
- ☐ Community Health Plan of Washington (CHPW)
- ☐ Coordinated Care of Washington (CCW)
- ☐ Molina Healthcare of Washington Inc. (MHW)
- ☐ United Health Care Community Plan (UHC)
- ☐ ОПЛАТА ЗА ОБСЛУЖИВАНИЕ
- ☐ КЛИНИКА РССМ _____

2. Напишите имя врача или название клиники, которые вы бы хотели выбрать для каждого члена семьи. Все врачи и клиники в вашем списке должны входить в тот план, который вы выбираете и отмечаете наверху. Нужно позвонить врачу, чтобы узнать, сотрудничает ли он/она со страховой компанией, представляющей выбранный вами план медицинского обслуживания.

Номер клиента	Имя клиента (имя, фамилия)	Как бы вы оценили состояние здоровья этого человека? Отличное	Очень хорошее	Хорошее	Неплохое	Плохое	Определенные нарушения здоровья или задержка развития? Да	Нет
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Врач или клиника:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Врач или клиника:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Врач или клиника:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Врач или клиника:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Врач или клиника:								
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Врач или клиника:								

3. Есть ли среди перечисленных выше лиц беременные или те, кому назначена хирургическая операция?

☐ Беременная — Идентификационный номер клиента - члена семьи: _____ Предположительная дата родов: _____

Врач или клиника: _____

☐ Назначена хирургическая операция — Идентификационный номер клиента - члена семьи: _____ Дата: _____

Подпись_____**Дата** _____

Выберите ОДИН из этих способов, чтобы сообщить нам о своем решении.

- Зарегистрируйтесь в Интернете: **https://www.WAProviderOne.org/client**
- Позвоните в любое время по телефону автоматической системы регистрации: 1-800-562-3022
- Заполните и отправьте эту форму по адресу: Washington State Health Care Authority, PO Box 42719, Olympia, WA 98504
- Заполните форму и отправьте по факсу: **1-866-668-1214**

Если у вас есть вопросы, позвоните по телефону 1-800-562-3022, Понедельник - пятница, с 7:30 до 17:00.
Если вы пользуетесь устройством TTY/TDD для лиц с нарушением речи или слуха, звоните 711 или 1-800-848-5429

Provider One Number