

ការដកចេញនូវសំណើសម្រាប់សេវាសុខភាពអេមផលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន

ការណែនាំ ៖ ដើម្បីដកចេញនូវសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាសុខភាពអេមផលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ត្រូវបំពេញបែបបទនេះ ចុះហត្ថលេខានិងចុះកាលបរិច្ឆេទ ហើយបញ្ជូនត្រឡប់មកយើងវិញ ។ អ្នកអាច ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់ ប្រាប់យើងពីមូលហេតុនៃការដកចេញសំណើសេវាសុខភាពអេមផលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនរបស់អ្នក ។

ព័ត៌មានពីសំណុំរឿងរបស់អ្នក		
លេខសម្គាល់ពាក្យសុំ Healthplanfinder	លេខអត្តសញ្ញាណអតិថិជន DSHS	
តារាងក្តី # (នៅលើសេចក្តីណែនាំនៃសេវាសុខភាព)	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ	
នាម	ឈ្មោះកណ្តាល	តេត្តនាម
អាសយដ្ឋាន		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទងពេលថ្ងៃ ()	កាលបរិច្ឆេទនៃសំណើសេវាសុខភាពត្រូវបានប្តឹង
សូមទូរស័ព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលសេវាសុខភាពអេមផលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ ៖		
ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ	
សេចក្តីថ្លែងការណ៍សម្រាប់ការដកសំណើសេវាសុខភាពអេមផលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន និងហត្ថលេខា		
សូមដកចេញ/លុបចោលសំណើសម្រាប់សេវាសុខភាពអេមផលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ។		
ហត្ថលេខា ៖	កាលបរិច្ឆេទ ៖	
ឈ្មោះជាអក្សរធំ ៖		
ព័ត៌មានអ្នកតំណាងដែលផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ (បើសិនជាអាច) ៖		

ផ្ញើបែបបទនេះទៅ HCA ៖

- បញ្ជូនមកវិញតាមស្រោមសំបុត្របង់ថ្លៃតែមួយហើយ ដែលបានផ្តល់ជូន ឬ
- ផ្ញើសំបុត្រទៅ ៖ HCA, P.O. Box 45531, Olympia, WA 98504 ឬ
- ទូរសារទៅ ៖ 1-866-720-2892.

ប្រាប់ក៏បាន អត់ក៏បាន - មូលហេតុសម្រាប់ការដកចេញ