



## 请求/拒绝口译服务

您有权免费获取口译服务。当您的医疗服务提供者不说您的语言时，专业口译员可帮助您和您的医疗服务提供者交谈。您不应找家人、朋友或未成年人进行口译。

患者姓名: \_\_\_\_\_

首选口语: \_\_\_\_\_

我正在申请口译员服务。

语言: \_\_\_\_\_

否，我不想使用口译员服务。

否，我不希望使用口译员服务，更愿意找我的家人或朋友进行口译。

\_\_\_\_\_  
患者签名

\_\_\_\_\_  
日期

Please place this form in the patient's medical record.  
请将此表格添加到患者的医疗记录中。  
请求/拒绝 - 英语

**洛杉矶县会员：**如需更多帮助和资源，请访问[blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical)。  
您也可以致电客户服务部，电话：(800) 605-2556（听障和语障专线：711），工作时间：周一至周五上午8点至下午6点（太平洋时间）。

**圣地亚哥县会员：**如需更多帮助和资源，请访问[blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical)。  
您也可以致电客户服务部，电话：(855) 699-5557（听障和语障专线：711），工作时间：周一至周五上午8点至下午6点（太平洋时间）。

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806



# Բանավոր թարգմանչի ծառայությունների հայտ/մերժում

Դուք ունեք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայությունների իրավունք: Պրոֆեսիոնալ բանավոր թարգմանիչն օգնում է Ձեզ և Ձեր մատակարարին զրուցել այն դեպքերում, երբ Ձեր մատակարարը չի խոսում Ձեր լեզվով: Թարգմանելու համար Դուք չպետք է օգտագործեք ընտանիքի անդամներին, ընկերներին կամ անչափահասներին:

Բուժառուի անուն՝ \_\_\_\_\_

Զրույցի նախընտրելի լեզու՝ \_\_\_\_\_

Ես բանավոր թարգմանիչ եմ խնդրում:

Լեզու՝ \_\_\_\_\_

Ոչ, ես չեմ ցանկանում օգտվել բանավոր թարգմանչից:

Ոչ, ես չեմ ցանկանում օգտվել բանավոր թարգմանչից և նախընտրում եմ օգտվել իմ ընտանիքի անդամի կամ ընկերոջ թարգմանությունից:

Բուժառուի ստորագրություն

Ամսաթիվ

Please place this form in the patient's medical record.

Խնդրում ենք այս ձևաթուղթը ներառել բուժառուի բժշկական փաստաթղթերում:  
Հայտ/մերժում՝ հայերեն

**Los Angeles վարչաշրջանի անդամներ՝** Լրացուցիչ օգնության և ռեսուրսների համար այցելեք [bluesieldca.com/promise/medical](http://bluesieldca.com/promise/medical):

Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն (800) 605-2556 (TTY՝ 711), 08:00-ից 18:00 PT ժամանակով, երկուշաբթիից ուրբաթ:

**San Diego վարչաշրջանի անդամներ՝** Լրացուցիչ օգնության և ռեսուրսների համար այցելեք [bluesieldca.com/promise/medical](http://bluesieldca.com/promise/medical):

Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 699-5557 (TTY՝ 711), 08:00-ից 18:00 PT ժամանակով, երկուշաբթիից ուրբաթ:

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806

## طلب/رفض خدمات الترجمة الفورية

لك الحق في الحصول على خدمات الترجمة الفورية دون أي تكلفة عليك. يساعدك مترجم فوري محترف أنت وموفر الرعاية الخاص بك على التحدث عندما لا يتحدث موفر الرعاية لغتك. لا ينبغي لك الاستعانة بالعائلة أو الأصدقاء أو القاصرين للترجمة الفورية.

اسم المريض: \_\_\_\_\_

لغة الحديث المفضلة: \_\_\_\_\_

أطلب مترجمًا فوريًا.

اللغة: \_\_\_\_\_

لا، لا أريد الاستعانة بمترجم فوري.

لا، لا أريد مترجمًا فوريًا وأفضل الاستعانة بعائلتي أو صديقي للترجمة.

التاريخ

توقيع المريض

Please place this form in the patient's medical record.

يُرجى وضع هذا النموذج في السجل الطبي للمريض.

طلب/رفض - اللغة الإنجليزية

أعضاء مقاطعة لوس أنجلوس: لمزيد من المساعدة والموارد، تفضّل زيارة [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على (800) 605-2556 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة.

أعضاء مقاطعة سان دييغو: لمزيد من المساعدة والموارد، تفضّل زيارة [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على (855) 699-5557 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة.

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806

## درخواست/رد خدمات مترجم شفاهی

شما حق دارید خدمات ترجمه را بدون پرداخت هزینه‌ی شخصی دریافت کنید. وقتی ارائه‌دهنده شما به زبان شما صحبت نمی‌کند، یک مترجم شفاهی حرفه‌ای به شما و ارائه‌کننده شما در صحبت کردن کمک می‌کند. شما نباید از خانواده، دوستان یا افراد خردسال برای ترجمه استفاده کنید.

نام بیمار: \_\_\_\_\_

زبان گفتاری ترجیحی: \_\_\_\_\_

من درخواست مترجم شفاهی دارم.

زبان: \_\_\_\_\_

خیر، من نمی‌خواهم از مترجم شفاهی استفاده کنم.

خیر، مترجم شفاهی نمی‌خواهم و ترجیح می‌دهم از خانواده یا دوستانم برای ترجمه استفاده کنم.

تاریخ \_\_\_\_\_

امضای بیمار \_\_\_\_\_

Please place this form in the patient's medical record.

لطفاً این فرم را در پرونده پزشکی بیمار قرار دهید.  
درخواست/رد درخواست - انگلیسی

اعضای کانتی لس آنجلس: برای کمک و منابع بیشتر، لطفاً به [blueshieldca.com/promise/medical](https://www.blueshieldca.com/promise/medical) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان با شماره (800) 605-2556 (TTY: 711)، از ساعت 8 a.m. تا 6 p.m. به وقت پاسیفیک، روزهای دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.

اعضای کانتی سن دیگو: برای کمک و منابع بیشتر، لطفاً به [blueshieldca.com/promise/medical](https://www.blueshieldca.com/promise/medical) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان با شماره (855) 699-5557 (TTY: 711)، از ساعت 8 a.m. تا 6 p.m. به وقت پاسیفیک، روزهای دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید.

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806



# សំណើ/ការបដិសេធសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ដោយឥតអស់ថ្លៃសម្រាប់អ្នក។  
អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនិយាយគ្នា  
នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិននិយាយភាសារបស់អ្នក។ អ្នកមិនគួរប្រើគ្រួសារ មិត្តភក្តិ ឬអនីតិជន  
ដើម្បីបកប្រែឡើយ។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_

ភាសានិយាយដែលពេញចិត្ត៖ \_\_\_\_\_

ខ្ញុំស្នើសុំអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។

ភាសា៖ \_\_\_\_\_

ទេ ខ្ញុំមិនចង់ប្រើអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ទេ។

ទេ ខ្ញុំមិនចង់បានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ទេ ហើយចង់ប្រើគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិរបស់ខ្ញុំ  
ដើម្បីបកប្រែ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ

កាលបរិច្ឆេទ

Please place this form in the patient's medical record.

សូមដាក់ទម្រង់បែបបទនេះ នៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺ។

សំណើ/ការបដិសេធសេវា - ភាសាអង់គ្លេស

សមាជិកក្នុងខោនធី Los Angeles៖ សម្រាប់ជំនួយ និងធនធានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ

[blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical)។

អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ (800) 605-2556 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច  
ម៉ោង PT ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។

សមាជិកខោនធី San Diego៖ សម្រាប់ជំនួយ និងធនធានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ

[blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical)។

អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខ (855) 699-5557 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច  
ម៉ោង PT ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806



## 통역사 서비스 요청/거부

귀하는 무료로 통역사 서비스를 받을 수 있는 권리가 있습니다. 전문 통역사는 귀하의 의료제공자가 귀하의 언어를 사용하지 않을 때 귀하와 의료제공자 간의 의사소통을 돕습니다. 귀하는 가족, 친구 또는 미성년자가 통역하도록 해서는 안됩니다.

환자 이름: \_\_\_\_\_

선호하는 언어: \_\_\_\_\_

통역사를 요청합니다.

언어: \_\_\_\_\_

아니요, 통역사를 이용하고 싶지 않습니다.

아니요, 통역사를 원하지 않으며 가족 또는 친구를 통해 통역하는 것을 선호합니다.

\_\_\_\_\_  
환자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

Please place this form in the patient's medical record.  
이 양식을 환자의 의료 기록에 포함하십시오.  
요청/거부 - 영어

로스앤젤레스 카운티 가입자: 더 많은 도움말과 정보는 [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical)을 방문하십시오.  
고객 서비스에 (800) 605-2556 (TTY: 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
(태평양 표준시) 사이에 전화하실 수도 있습니다.

샌디에고 카운티 가입자: 더 많은 도움말과 정보는 [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical)을 방문하십시오.  
고객 서비스에 (855) 699-5557 (TTY: 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
(태평양 표준시) 사이에 전화하실 수도 있습니다.

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806



## Запрос/отказ касательно предоставления услуг устного перевода

Вы имеете право воспользоваться бесплатными услугами устного перевода. Профессиональный устный переводчик поможет Вам общаться с Вашим поставщиком медицинских услуг, который не говорит на Вашем языке. Не следует привлекать для выполнения функций устного переводчика членов семьи, друзей или несовершеннолетних.

Имя и фамилия пациента: \_\_\_\_\_

Предпочтительный язык общения: \_\_\_\_\_

Прошу предоставить устного переводчика.

Язык: \_\_\_\_\_

Предпочитаю не пользоваться услугами устного переводчика.

Мне не требуется устный переводчик. Предпочитаю привлекать для выполнения функций устного переводчика членов своей семьи и друзей.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

Please place this form in the patient's medical record.  
Приложите эту форму к медицинской карте пациента.  
Запрос/отказ — английский язык

**Участники округа Лос-Анджелес.** Дополнительную помощь и ресурсы можно получить по ссылке [blueshieldca.com/promise/medical](https://blueshieldca.com/promise/medical).  
Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов по номеру (800) 605-2556 (линия ТТУ: 711) с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 6 р.м. по тихоокеанскому времени (PT).

**Участники округа Сан-Диего.** Дополнительную помощь и ресурсы можно получить по ссылке [blueshieldca.com/promise/medical](https://blueshieldca.com/promise/medical).  
Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов по номеру (855) 699-5557 (линия ТТУ: 711) с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 6 р.м. по тихоокеанскому времени (PT).

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806



# Kahilingan/Pagtanggi ng Serbisyo ng Interpreter

May karapatan kayo sa libreng serbisyo ng interpreter. Tinutulungan kayo ng propesyonal na interpreter at ang inyong provider na makipag-usap kapag hindi alam ng inyong provider ang inyong wika. Hindi kayo dapat gagamit ng kapamilya, kaibigan, o menor de edad na mag-interpret.

Pangalan ng pasyente: \_\_\_\_\_

Piniling wikang sinasalita: \_\_\_\_\_

Humihiling ako ng interpreter.

Wika: \_\_\_\_\_

Hindi, ayaw kong gumamit ng interpreter.

Hindi, ayaw ko ng interpreter at mas gusto kong gamitin ang aking kapamilya o kaibigan para mag-interpret.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng pasyente

\_\_\_\_\_  
Petsa

Please place this form in the patient's medical record.  
Pakilagay ang form na ito sa medikal na record ng pasyente.  
Kahilingan/Pagtanggi - Ingles

**Mga miyembro ng Los Angeles County:** Para sa higit pang tulong at mga mapagkukunan, puntahan ang [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical).

Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service sa (800) 605-2556 (TTY: 711), 8 a.m. hanggang 6 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes.

**Mga miyembro ng San Diego County:** Para sa higit pang tulong at mga mapagkukunan, puntahan ang [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical).

Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service sa (855) 699-5557 (TTY: 711), 8 a.m. hanggang 6 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes.

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806



## Yêu cầu/Từ chối dịch vụ thông dịch viên

Quý vị có quyền nhận dịch vụ thông dịch viên miễn phí. Thông dịch viên chuyên nghiệp giúp quý vị và nhà cung cấp dịch vụ trao đổi với nhau khi nhà cung cấp dịch vụ không nói được ngôn ngữ của quý vị. Quý vị không nên sử dụng gia đình, bạn bè hoặc trẻ vị thành niên để thông dịch.

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngôn ngữ nói mong muốn: \_\_\_\_\_

Tôi đang yêu cầu một thông dịch viên.

Ngôn ngữ: \_\_\_\_\_

Không, tôi không muốn sử dụng thông dịch viên.

Không, tôi không muốn có thông dịch viên và thích sử dụng gia đình hoặc bạn bè hơn để thông dịch.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký bệnh nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày

Please place this form in the patient's medical record.

Vui lòng đặt mẫu đơn này vào hồ sơ y tế của bệnh nhân.

Yêu cầu/Từ chối - Tiếng Việt

**Hội viên Quận Los Angeles:** Để được trợ giúp và có thêm tài nguyên, hãy truy cập [blueshieldca.com/promise/medical](https://blueshieldca.com/promise/medical).

Quý vị cũng có thể gọi bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số (800) 605-2556 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều theo giờ PT, thứ Hai đến thứ Sáu.

**Hội viên Quận San Diego:** Để được trợ giúp và có thêm tài nguyên, hãy truy cập [blueshieldca.com/promise/medical](https://blueshieldca.com/promise/medical).

Quý vị cũng có thể gọi bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số (855) 699-5557 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều theo giờ PT, thứ Hai đến thứ Sáu.

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association A57229MDC-VI\_0725  
Medi\_25\_255\_LS\_101825