



## Giấy xác nhận đăng ký

Quý vị có thể yêu cầu giấy xác nhận này bằng chữ in lớn hoặc ngôn ngữ khác. Liên lạc với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số miễn phí 855-321-4899 hoặc TTY 711 (đường dây dành cho người khiếm thính hoặc khuyết tật về phát âm).

### Nhắc nhở:

- ▶ Bất cứ khi nào có thể, xin quý vị vui lòng gọi để sắp xếp chuyến đi trước ngày hẹn khám ít nhất hai ngày làm việc.
- ▶ Chúng tôi phải nhận được giấy xác nhận này trong vòng tối đa 45 ngày kể từ ngày hẹn.
- ▶ Quý vị phải kèm theo tất cả các biên lai theo yêu cầu.
- ▶ Chúng tôi sẽ gửi tiền trong vòng 14 ngày làm việc kể từ ngày chúng tôi nhận được giấy xác nhận này và biên lai.

Xin lưu ý: Quý vị có quyền yêu cầu chuyến đi cùng ngày hoặc vào ngày hôm sau. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu chuyến đi vào giờ cuối khi nhu cầu đi xe đang cao, chúng tôi sẽ dành ưu tiên cho các trường hợp khẩn cấp về mặt y tế.

### Vui lòng điền thông tin thành viên dưới đây:

Tên thành viên: \_\_\_\_\_

Số ID Thành viên Health Share: \_\_\_\_\_

**Thành viên:** Gửi mẫu đã điền hoàn chỉnh và biên lai theo yêu cầu đến:  
P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**Phòng khám/Văn phòng bác sĩ:** Kèm theo một tờ bì, trên đó ghi thông tin liên lạc của phòng khám của quý vị và fax các mẫu này đến số: 503-296-2681

**Vui lòng ghi thứ và ngày của mỗi cuộc hẹn của thành viên.**

Nhân viên phòng khám: Vui lòng ký tên tắt bên cạnh mỗi ngày mà thành viên này đã đi khám sức khỏe hoặc được điều trị.

**Tháng:** \_\_\_\_\_ **Năm:** \_\_\_\_\_

Chủ Nhật	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy

Khi ký tên vào mẫu này, tôi xác nhận rằng mọi thông tin tôi đã khai là chính xác

Chữ ký của thân chủ/người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Khi ký tên vào mẫu này, tôi xác nhận rằng mọi thông tin tôi đã khai là chính xác.

Chữ ký của bác sĩ/nhân viên phòng khám: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_