

Taarifa ya Mwanachama

***Inahitajiji kujazwa**

Jina la Kwanza MI Jina la Mwisho:

Kitambulisho cha Medicaid*: Tarehe ya Kuzaliwa (mwzsikmwk):

SSN: Nambari ya Simu: - -

Sanduku la Posta:

City: Jimbo: Msimbo wa Eneo:

Ombi la Kubadilisha PCP – Tafadhali toa Taarifa

Jina la PCP Lililoombwa NPI#

Anwani ya Ofisi:

Jiji: Jimbo: Msimbo wa Eneo:

Office Phone: - - Tarehe ya Kutumika (mwzsikmwk):

Tarehe ya kutumika itazingatia uchaguzi wa mpango/badilisha sera.

Sababu ya Kubadilisha PCP Uliyopewa - Chagua zote zinazotumika. Chagua angalau sababu moja

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mwanachama Mpya - Nimefanya uchaguzi wa 1 | <input type="checkbox"/> Eneo la mtoaji huduma |
| <input type="checkbox"/> Tayari ni mgonjwa wa PCP iliyoombwa | <input type="checkbox"/> Ushirikiano no hospitali au kundi la matibabu |
| <input type="checkbox"/> PCP iliyoombwa tayari inatumika na mwanafamilia | <input type="checkbox"/> Hitilafu za lugha/mawasiliano |
| <input type="checkbox"/> Mapendeleo ya mwanachama | <input type="checkbox"/> Wait time in provider office |
| <input type="checkbox"/> Mwanachama ameehama | <input type="checkbox"/> Upatikanaji kwa miadi. Ufikiaji wa Huduma |
| <input type="checkbox"/> saa za PCP hazikufaa kwa mahitaji ya mwanachama | <input type="checkbox"/> Uhususiano uliyoimarika no mwingine |
| <input type="checkbox"/> Ubora wa Huduma | <input type="checkbox"/> Ombi la mtoaji la Kufuta Mwanachama |
| <input type="checkbox"/> Mtoaji huduma aliuhama mtandao | <input type="checkbox"/> Nyingine |



Sahihi ya Mwanachama au Mwakilishi Aliyeidhinishwa Tarehe (mwzsikmwk)

Chapisha Jina la Mwanachama au Mwakilishi Aliyeidhinishwa

Maelekezo: Tafadhali mtumie mwanachama kipepesi cha Fomu za Kubadilisha Data, zenye nakala ya kadi ya Kitambulisho, kama ana kipepesi, kwa Idara ya Huduma za Afya za Wanafamilia ya New Hampshire kupitia (877) 502-7255 au tuma barua kwa Huduma za Afya za Wanafamilia za New Hampshire, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110. Kwa maswali kuhusu jinsi ya kujaza fomu hii au unataka kutuma ombi hili kupitia kwa simu, tafadhali pigia Idara ya Huduma za Afya za Wanafamilia ya New Hampshire, kuanzia 2 asubuhi hadi 11 jioni. (EST), Jumatatu hadi Ijumaa, kupitia (866) 769-3085 (TDD/TTY (855) 742-0123).