



Magacaabista wakiilka

Waxaan u oggolaanayaa qofka hoos lagu magacaabay in uu noqdo Wakiilkayga, igu matalo gaarida dhammaan go'aanada la xiriira caymiskayga CareOregon, sidii aan anigu sidaasi sameynayo oo kale. Wakiilkaygu waxaa dhici karta in uu helo macluumaadkayga caafimaad oo macluumaadka noocan ahna siiyo CareOregon iyo dadka xiriirka la leh ("Plan") haddii uu lagama maarmaan u yahay gaarida go'aanada la xiriira Qorshahayga caymiska.

Macluumaadka qofka xubinta

Magaca: _____

Taariikhda dhalasho (ama Aqoonsiga xubinimo): _____

Cinwaanka: _____

Magaalada: _____ Gobolka: _____ ZIP-ka: _____

Telefoonka#: _____ Email-ka: _____

Macluumaadka wakiilka

Magaca: _____

Xiriirka ka dhexeeya qofka xubinta ah: _____

Cinwaanka: _____

Magaalada: _____ Gobolka: _____ ZIP-ka: _____

Telefoonka#: _____ Email-ka: _____

Waxaan u magacaabayaa Wakiilkani in uu igu matalo arrin kasta oo la xiriirta caymiskayga iyo faa'iidooyinka uu bixiyo Qorshahaygu. Tani waxaa ka mid ah in uu igu matalo la wadaagida macluumaadkayga caafimaad ee Qorshaha iyo/ama in uu macluumaadkayga caafimaad ka codsado Qorshaha, hadba sida uu xiriirka ula leeyahay is diiwaan gelinta, lacagaha caymiska qofka kaga soo aada 'premium payments', faa'iidooyinka, sheegashooyinka, isbeddelada cinwaanka, isbeddelada adeeg bixiyaha, codsiyada loogu talagalay xiriirada gaarka ah, iyo/ama caawimaada la xiriirta cabashooyinka, tabashooyinka ama rafcaanada. Waxaan fahamsanahay in macluumaadka loo sii daayay Wakiilkayga sida uu oggol yahay foomkan uu xiriir la yeelan karo daaweynta mukhaadaraadka/aalkolada, caafimaadka dhimirka, iyo macluumaadka HIV. Waxaan fahamsanahay in aan xaq u leeyahay in aan balantani waqti kasta kaga noqdo qoraal ahaan iyo in aan ka noqoshadayda qoraal ahaan ugu diro Qorshaha kaasi oo ah cinwaanka hoos ku qoran.

Balantani waxay noqon doontaa mid dhaqan gal ah oo aan xad lahayn aan ka ahayn aniga oo halkan si gaar ah ugu tilmaama taariikhda dhicitaanka oo hore: _____

Saxiixa: _____

Taariikhda: _____

Magaca daabacan: _____

Haddii qof u saxiixo xubinta, fadlan bixi nuqulka Awoodda Qareenka ama dokumentiga kale ee sharciga ah oo bixinaya oggolaanshahaasi.

Saxiixa wakiilka: _____

Foomka la buuxiyay fax ugu soo dir: 503-416-3723

AMA

Boosta ugu dir: Customer Service CareOregon
315 SW Fifth Ave
Portland OR 97204

315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 • 800-224-4840 • careoregon.org