

## Form sa Pagpili ng Provider ng Pangunahing Pangangalaga (PCP)

### Paano pumili ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP)

1. Punan ang lahat ng naka-shade na bahagi sa form na ito para sa lahat ng nakalistang miyembro ng pamilya.
2. Pumili ng 2 PCP para sa bawat miyembro ng pamilya mula sa Direktoryo ng Provider. Pumili ng 2 PCP na tumatanggap ng mga bagong pasyente.
3. Isulat ang mga pangalan ng mga PCP at ang kanilang mga numero sa mga naka-shade na bahagi.
4. Lagdaan ang Form na ito. Sa kasamaang-palad, hindi namin mapoproseso ang mga hindi nilagdaang form.

Kung gusto mo ng isang PCP na hindi tumatanggap ng mga bagong pasyente o kung mayroon kang anumang tanong, mangyaring tumawag sa amin sa **(800) 863-4155**.

Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa California Relay Service sa **(800) 735-2929** o tumawag sa **711**.



|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
| <b>&lt;&lt;First Name&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;Last Name&gt;&gt;</b> _____ | <b>&lt;&lt;ID Number&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;DOB&gt;&gt;</b> _____ |
| <b>Pagpili ng PCP</b>                      |  |   |                                  |
| Pangalan ng PCP – Unang Pinili _____       |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |
| Pangalan ng PCP – Pangalawang Pinili _____ |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |

|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
| <b>&lt;&lt;First Name&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;Last Name&gt;&gt;</b> _____ | <b>&lt;&lt;ID Number&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;DOB&gt;&gt;</b> _____ |
| <b>Pagpili ng PCP</b>                      |  |   |                                  |
| Pangalan ng PCP – Unang Pinili _____       |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |
| Pangalan ng PCP – Pangalawang Pinili _____ |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |

|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
| <b>&lt;&lt;First Name&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;Last Name&gt;&gt;</b> _____ | <b>&lt;&lt;ID Number&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;DOB&gt;&gt;</b> _____ |
| <b>Pagpili ng PCP</b>                      |  |   |                                  |
| Pangalan ng PCP – Unang Pinili _____       |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |
| Pangalan ng PCP – Pangalawang Pinili _____ |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |

|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
| <b>&lt;&lt;First Name&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;Last Name&gt;&gt;</b> _____ | <b>&lt;&lt;ID Number&gt;&gt;</b> _____    | <b>&lt;&lt;DOB&gt;&gt;</b> _____ |
| <b>Pagpili ng PCP</b>                      |  |   |                                  |
| Pangalan ng PCP – Unang Pinili _____       |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |
| Pangalan ng PCP – Pangalawang Pinili _____ |  | PCP# mula sa Direktoryo ng Provider _____ |                                  |

Ibigay ang sumusunod na impormasyon para sa sinumang buntis na nakalista sa form.

Petsa: \_\_\_\_\_ Inaasahang Petsa ng Panganganak: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Kung mali ang address na naka-print sa inyong sobre, mangyaring ilagay ang iyong kasalukuyang address sa pagpapadala:

Address: \_\_\_\_\_ Lungsod: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_ Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_

Inaatasan ang PHC na iulat ang mga pagbabago sa iyong address at numero ng telepono sa opisina ng Medi-Cal ng iyong county. Hindi kasama rito ang mga miyembrong tumatanggap ng mga benepisyo ng SSI.

Naiintindihan ko na kung hindi ako pumili ng isang PCP, magtatalaga ang PHC ng isa para sa akin.

Lagda: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_