



QExA HAWAII 選擇表格

QExA HAWAII • PO Box 135038
Honolulu, HI 96801

PARA SA KARAGDAGANG TANONG SA TAGALOG, TAWAGAN PO LAMANG ANG LIBRENG LINYANG PWEDENG TUMULONG SA INYO DITO SA 1-866-928-1959
PARA DAGITI KAYAT TAYO A DAMAGEN TI ILOCANO, AWAGAN LAENG DAYTOY LIBRE A LINYA NGA MABALIN A MAKATULONG KADATAYO IDIAY 1-866-928-1959
자세한 한국어 안내를 원하시면 수신자 부담 무료 안내전화 Helpline(1-866-928-1959번)으로 전화주시기 바랍니다.
若需详细中文资料, 请使用免费电话1-866-928-1959 寻求协助。

如果您想要遞交您的醫療保健計畫選擇, 請填寫此份表格並且依照表格上註明的位址郵寄給我們。您也可以使用免費傳真號碼傳真至 1-866-535-7620。或者, 如果您願意, 也可以透過電話選擇您的保健計畫, 免付費電話諮詢專線為 1-866-928-1959。

請使用印刷體清楚寫出

申請人的姓: _____ 名: _____ 中間名: _____ 出生日期: _____

地址: _____ 公寓號碼: _____ 城市: _____ 州: _____

郵遞區號: _____ 醫療補助ID號碼: _____ 家用電話號碼: (_____) _____

▶ 我的第1個 QExA 醫療保健計畫選擇 (請圈選您的第1個選擇) : Evercare `Ohana Health Plan

▶ 我的第2個 QExA 醫療保健計畫選擇 (請圈選您的第2個選擇) : Evercare `Ohana Health Plan

醫生姓名 (家庭醫生) : _____

申請人簽名: _____ 簽名的日期: _____

如有任何問題, 請撥打免付費電話 1-866-928-1959 (或是供聾啞人士使用的免付費 TTY 電話 1-866-928-1958) 向登記顧問諮詢。

如果此表格由合法代理人填寫:

在他/她的請求下, 我協助 (申請人的名字) 我 _____ 是合法代理人並代理申請人 _____ 選擇以上醫療保健計畫
(名和姓) (申請人姓名)

請在這裡簽名: _____ 簽名的日期: _____ 日間聯絡電話: _____