

Language Assistance Preference Request

EMPLOYER: Copy and distribute to employees as needed

Great news! Effective January 1, 2009 you have the right to free language assistance services regarding the CaliforniaChoice® Program that include interpretation services in many languages and also translations of certain important documents in certain languages, if they are also used by your Health Plan.

CaliforniaChoice would like to know and maintain your language preference so that we can communicate with you more effectively. If you would like to have CaliforniaChoice communicate with you in one of the languages listed below, please complete the lower portion of this form by checking the box for your language preference and fax to 714-558-8000. CaliforniaChoice will use this language in certain important documents if your health plan also uses it.

If you do not respond, we will assume your preferred language is English.

Formulario de preferencia de ayuda en distintos idiomas

¡Buenas noticias! Con vigencia a partir del 1 de enero de 2009, usted tiene derecho a recibir servicios de ayuda gratuitos en su idioma para el Programa CaliforniaChoice®. Estos servicios consisten en interpretación en muchos idiomas y traducción de ciertos documentos importantes en algunos idiomas, si también los usa su Plan de Salud.

El Programa CaliforniaChoice desea saber y documentar su idioma de preferencia para que podamos comunicarnos eficazmente con usted. Si desea que el Programa CaliforniaChoice se comunique con usted en uno de los idiomas señalados más adelante, por favor llene la porción inferior de este formulario y marque la casilla para indicar su idioma de preferencia. Envíe el formulario por fax al 714-558-8000. El Programa CaliforniaChoice usará este idioma en ciertos documentos importantes si su plan de salud también lo usa.

Si no responde, supondremos que su idioma de preferencia es el inglés.

翻譯服務選擇表

好消息！從2009年1月1日起，CaliforniaChoice® 計劃為你免費提供翻譯服務，包括多語種口譯服務以及一些重要文件的某些語種翻譯服務（如果您的保健計劃使用這些文件）。

CaliforniaChoice 想瞭解並保存您對翻譯服務的選擇，以便與您溝通。如果您希望 CaliforniaChoice 用以下所列語言之一與您溝通，請填寫此表的下半部，勾選您所選擇的語言，然後將此表傳真至 714-558-8000。如果您的保健計劃使用此語言，CaliforniaChoice 在某些重要文件中也將使用此語言。

如果您不答覆，我們認為您希望使用英文。

CaliforniaChoice Language Assistance Request

Fax to 714-558-8000

Use el fax 714-558-8000

請傳真至 714-558-8000

I-fax sa 714-558-8000

Xin gọi điện sao (fax) đến 714-558-8000

팩스 번호 714-558-8000

Print Your Name

Escriba en letra de imprenta su nombre

請用正楷填寫您的姓名

I-print Ang Iyong Pangalan

Viết tên của quý vị bằng chữ in

귀하의 성명 기재

Spanish

Chinese

Tagalog

Vietnamese

Korean

Print Employer Name

Escriba en letra de imprenta el nombre del empleador

列印雇主名稱

I-print Ang Pangalan ng Tagapag-empleyo

Viết tên chủ hãng bằng chữ in

고용주 성명 기재

Language Assistance Preference Request

(continued)

Kahilingan para sa Tulong sa Mas Ninanais na Wika

Magandang balita! Simula sa ika-1 ng Enero 2009, magkakaroon ka ng karapatang makakuha ng libreng tulong sa wika hinggil sa CaliforniaChoice® na Programa, at kasama dito ang serbisyo sa interpretasyon sa maraming wika at pati na rin translation (pagsasalin) ng ilang mga mahahalagang dokumento sa ilang mga wika, kung sila'y ginagamit din ng iyong Health Plan.

Nais malaman ng CaliforniaChoice ang iyong mas gustong wika at nais nilang mamintina ito upang makapag-komunika kami sa iyo nang mas mabisâ. Kung nais mong makipagkomunika sa iyo ang CaliforniaChoice sa isa sa mga wikang nakalista sa ibabâ, mangyaring kumpletohin ang ibabang bahagi ng pormularyo na ito sa pamamagitan ng pagtsek sa kahon para sa iyong mas gustong wika at i-fax ito sa 714-558-8000. Gagamitin ng CaliforniaChoice ang wikang ito sa ilang mga mahahalagang dokumento kung ginagamit din ito ng iyong health plan.

Kung hindi ka sumagot, ipapalagay namin na mas gusto mong makipagkomunika sa Ingles.

Mẫu cho biết ngôn ngữ hỗ trợ ưa chuộng

Tin mừng! Kể từ ngày 1 tháng Giêng, 2009 quý vị có quyền được dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí liên quan đến Chương Trình CaliforniaChoice® bao gồm dịch vụ thông dịch và phiên dịch một số tài liệu quan trọng, nếu các tài liệu này cũng được Chương Trình Sức Khỏe của quý vị sử dụng.

CaliforniaChoice muốn biết và muốn giữ ngôn ngữ quý vị ưa chuộng để chúng tôi có thể truyền đạt với quý vị một cách hiệu quả hơn. Nếu quý vị muốn được CaliforniaChoice truyền đạt với quý vị bằng một trong các ngôn ngữ có ghi dưới đây, xin điền phần dưới của mẫu này bằng cách đánh dấu vào ô vuông của ngôn ngữ quý vị ưa chuộng và gọi điện sao (fax) đến 714-558-8000. CaliforniaChoice sẽ dùng ngôn ngữ này trong một số tài liệu quan trọng nếu chương trình sức khỏe của quý vị cũng sử dụng chúng.

Nếu quý vị không trả lời, chúng tôi sẽ coi như ngôn ngữ quý vị ưa chuộng là tiếng Anh.

선호 언어 지원 요청

희소식! 2009년 1월 1일부터 여러분은 CaliforniaChoice® 프로그램과 관련하여 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 이에는 여러 언어의 통역 서비스뿐만 아니라 특정 언어가 귀하의 건강 플랜에도 사용되는 경우 특정 중요 서류를 해당 언어로 번역해 드리는 서비스도 포함됩니다.

CaliforniaChoice는 여러분과 더욱 효과적으로 소통하기 위해 귀하의 선호 언어를 알고 유지하고자 합니다. 귀하께서 CaliforniaChoice가 아래 열거된 언어 중 하나로 귀하와 의사소통하기를 원하신다면 귀하의 선호 언어에 해당되는 박스를 체크함으로써 이 양식의 아래 부분을 작성한 다음 714-558-8000으로 팩스 송부해 주십시오. CaliforniaChoice는 귀하의 건강 플랜도 이 언어를 사용하는 경우 특정 중요 서류에 이 언어를 사용할 것입니다.

회신이 없는 경우 우리는 귀하의 선호 언어가 영어라고 간주할 것입니다.