

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE GCHP

Fecha de recepción: _____

Fecha de finalización: _____

No. de seguimiento: _____

SERVICIOS CULTURALES Y LINGÜÍSTICOS

Formulario de solicitud de asistencia de idiomas y servicios auxiliares

LAS SOLICITUDES DE SERVICIOS REQUIEREN UN AVISO DE 5 A 7 DÍAS DE ANTELACIÓN.

¿Esta solicitud es urgente? Sí No

Marque todas las que apliquen:

Solicitud de intérprete oral (en persona)

Solicitud de intérprete de lengua de señas

Solicitud de intérprete virtual (telesalud)

Solicitud de intérprete por teléfono

Solicitud de traducción (escrita)

Otro (formato alternativo, etc.): _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha requerida:	Hora de inicio de la cita (si aplica):	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Hora de finalización de la cita (si aplica):	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Nombre del solicitante:			Número de teléfono:	
Nombre del proveedor:				
Nombre de la clínica:			Número de fax:	
Correo electrónico (Se enviará la confirmación del intérprete por correo electrónico - Por favor, ESCRIBA CLARAMENTE):				

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario
Número de identificación de Medi-Cal (REQUERIDO):	Fecha de nacimiento:
Proveedor de atención primaria:	
Tipo de cita:	



INFORMACIÓN DEL SERVICIO *Indique la ubicación de la cita para el intérprete.*

Contacto del proveedor:		Número de teléfono de contacto del proveedor:	
Nombre de la agencia / clínica:			
Dirección de la cita:		Dpto. / Nivel / Suite	Ciudad
		Código postal	
Calle transversal:		Ubicación del estacionamiento:	
Idioma requerido (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lengua de señas <input type="checkbox"/> Otro idioma (especifique): <hr/> <input type="checkbox"/> Formato alternativo (por ejemplo, braille, letra grande, audio, formulario electrónico u otro formato): <hr/>		Instrucciones especiales (por ejemplo, nombre específico del intérprete, intérprete femenino o masculino): <hr/> If virtual (telehealth) request, include meeting link: <hr/>	

SOLO PARA TRADUCCIÓN

Título del documento:	Número de páginas:	Fecha requerida:
-----------------------	--------------------	------------------

Envíe el formulario completado a: CulturalLinguistics@goldchp.org

TODAS LAS SOLICITUDES Y/O CANCELACIONES DEBEN RECIBIRSE POR CORREO ELECTRÓNICO O FAX.

Para cancelar o reprogramar una solicitud confirmada, notifique a los Servicios Culturales y Lingüísticos de GCHP con al menos 25 horas laborales de antelación.

Si tiene preguntas, llame a los Servicios Culturales y Lingüísticos al **1-805-437-5603**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto días festivos). Si usa un TTY, llame al **711**.

**Información de facturación
Gold Coast Health Plan**

Attn: Servicios Culturales y Lingüísticos
 711 E. Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010
 Teléfono: 1-805-437-5603 Fax: 1-805-248-7481
 Correo electrónico: CulturalLinguistics@goldchp.org