

የመኪና ዉስጥ የCOVID-19 ምርመራ አገልግሎት

የተገልጋዮች መቀበያ ቅጽ

ክፍል አንድ: መሠረታዊ መረጃ

የሰደት ሁኔታዎ (ኢሚግሬሽን ስታተስ) ምንም ቢሆንም የ COVID-19 ምርመራ ከማግኘት አያግድዎትም

የተገልጋዩ ስም (የአያት ስም , የመጀመሪያ ስም):		የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/ዓመት ምህረት)	
የመንገድ አድራሻ (ስትሪት አድራሻ)	ከተማ (ሲቲ)	ስቴት	ዚፕ ኮድ
የስልክ ቁጥር (የአካባቢን ኮድ ጨምሮ)	ጾታ? <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ሌላ (አባክዎን ይግለጹ)	_____	
ዘር/ብሔር	የመግባቢያ ቋንቋ		

ክፍል ሁለት: የጤና መድኅን ዋስትና (ሜዲካል ኢንሹራንስ) መረጃ

እባክዎን የጤና መድኅን ዋስትና ካለዎት የሚቀጥለውን ክፍል ይሙሉ። የጤና መድኅን ዋስትናዎ ለዚህ አገልግሎት እንዲከፍል አይደረግም። የጤና መድኅን ዋስትና ባይኖርዎትም ምርመራውን በነጻ ያገኛሉ።

የጤና መድኅን ዋስትና (ሜዲካል ኢንሹራንስ) ስም	የተገልጋዩ መለያ ቁጥር
የተገልጋዩ ስም (ከላይ ከተጠቀሰው የተለየ ከሆነ)	የግሩፕ ቁጥር
የጤና መድኅን ዋስትና (ሜዲካል ኢንሹራንስ) አድራሻ	