

# Formulario para solicitar los servicios de acceso lingüístico para los miembros

Una vez llenado, envíe este formulario por correo electrónico a

[ITC-MemberServices@IowaTotalCare.com](mailto:ITC-MemberServices@IowaTotalCare.com).

**Tenga en cuenta:** las solicitudes deben realizarse al menos siete (7) días antes de la cita programada para tener tiempo de encontrar intérpretes que satisfagan las necesidades de los miembros.

Idioma solicitado*			
Preferencia de género del intérprete	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sin preferencia
Nombre del miembro*			
Identificación del miembro*			
Número de teléfono del miembro*			
Correo electrónico del miembro			
Fecha de la cita*			
Hora de la cita			
Duración estimada			
Nombre del proveedor*			
Dirección de oficina del proveedor			
Número de teléfono del proveedor*			
Información adicional sobre la ubicación			
Tipo del producto de la cita	<input checked="" type="checkbox"/> Medicaid		
Comentarios			

\* Los campos son obligatorios para cumplir con la solicitud de servicios lingüísticos.

Iowa Total Care complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. | Iowa Total Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.

Language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats are available to you at no cost. To obtain this, please call 1-833-404-1061 (TTY: 711). | Usted tiene a su disposición, sin costo alguno, servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, material impreso en letra más grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para obtener esto, llame al 1-833-404-1061 (TTY: 711). | 可以免费为您提供语言协助服务、辅助用具和服务以及其他格式。如需获得这些服务，请致电 1-833-404-1061 (TTY: 711)。