



Formulario de afiliación al club YMCA

Envíe el formulario completo por correo electrónico a:
ExtraBenefitsGeorgia@caresource.com

UN FORMULARIO POR GRUPO FAMILIAR

¿Quién debe completar esta sección? El afiliado o su padre/madre/tutor.
Complete con letra de imprenta.

Nombre del afiliado: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

N.º de identificación: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Club al que desea unirse:

Calle del club: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

¿Quién debe completar esta sección? El proveedor o el personal de su consultorio.
Complete con letra de imprenta.

Nombre del proveedor odontológico: _____ **Número de NPI:** _____

Calle del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____

Firma o sello del proveedor: _____

Nombre del proveedor de bienestar: _____ **Número de NPI:** _____

Calle del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____

Firma o sello del proveedor: _____

Atención brindada:

Médica:

___ Visita de bienestar Fecha:_____

___ Visita prenatal Fecha:_____

___ Visita posparto Fecha:_____

Odontológica:

___ Examen Fecha:_____

¡GRACIAS!

GA-MED-M-2062450b-SPA

Aprobado por DCH: 08/15/2024



Translation Certification

Each Propio LS, LLC (d/b/a Propio Language Services, including its affiliates) translator, as a precondition to performing translation services, has certified to Propio that he/she/they is/are competent to perform the translation required by each Job Assignment, that every translation project is prepared to the best of translator's knowledge, and that the translated text within every completed translation project truly reflects the content, meaning, and style of the original text and constitutes in every respect a correct and true translation of the original document(s).

This document certifies that the following text/material was translated from the source language **English US** into the target language(s) indicated below by Propio LS, LLC translators subject to the above-stated Certification.

Reference + Project ID:

Updated GA Medicaid YMCA Club Membership Form - Spanish - 2024-12029

DOCUMENT(S) INCLUDED:

GA-MED-M-2062450b

GA-MED-M-2062450b-SPA

LANGUAGE(S)

Target Language(s) :	Spanish	Date Approved:	7/17/2024
----------------------	---------	----------------	-----------

CERTIFICATION

Propio LS, LLC hereby certifies that the above-listed document(s) was/were translated by one or more Propio LS, LLC translators subject to above-stated Certification. Propio LS, LLC hereby accepts responsibility for the document(s) referenced above.

Tara Atkin
Sign Name: Tara Atkin

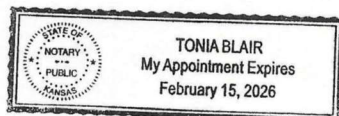
July 19, 2024
Date

STATE OF KANSAS
COUNTY OF JOHNSON

Signed or attested before me on July 19, 2024, by Tonia Blair
Print Name of Notarial Officer

Tonia Blair
Signature of notarial officer

(Notary stamp)



My appointment expires: February 15, 2026

888.528.6692 P • 866.231.8176 F • 10801 Mastin Boulevard, Suite 580 • Overland Park, KS 66210 • Propio-LS.com