

เอกสารเพื่อการเตรียมสมัคร Children's Presumptive Eligibility

คำชี้แจงสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง:

เพื่อรับการตรวจสุขภาพในวันนี้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นในแบบฟอร์มนี้ ข้อมูลที่คุณให้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นี่เป็นโปรแกรมภาคสมัครใจ

มีคนที่คนในครอบครัวของบุตร _____

- ครอบครัวหมายถึงสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในบ้านของบุตร โปรดรวมบุตร พ่อแม่ของบุตร พี่น้องของบุตรและคู่สมรสของบุตร หากสมาชิกในครอบครัวตั้งครรถ์ ให้รวมเด็กที่คาดว่าจะเกิดด้วย อย่างไรก็ตามญาติหรือเพื่อน แม้ว่าพวกเขาจะอาศัยกับบุตร

ครอบครัวของคุณมีรายได้ก่อนหักภาษีเท่าใด \$ _____ หรือ \$ _____
ต่อเดือน ต่อปี

คุณหรือบุตรของคุณอาจมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่าน Medi-Cal หรือโปรแกรมช่วยเหลือเบี้ยประกันภายใต้ Covered California

ฉันต้องการสมัครรับการคุ้มครองอย่างต่อเนื่องผ่าน Medi-Cal หรือโปรแกรมช่วยเหลือเบี้ยประกันภายใต้ Covered California ใช่ ไม่

- หากคุณตอบว่า *ใช่* ในคำถามนี้ จะมีใบสมัครส่งไปถึงท่านทางจดหมายภายในสองสามวัน โปรดกรอกข้อมูลในเอกสารดังกล่าวแล้วส่งกลับมาโดยทันที
- หากคุณตอบว่า *ไม่* ในคำถามนี้ (หรือหากคุณสามารถตอบว่า *ใช่* แต่ไม่ได้ส่งใบสมัครกลับมา) การคุ้มครองผู้สมัครสำหรับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพฟัน และการมองเห็นจะยุติลงในสิ้นเดือนหน้า เว้นแต่สำนักงานเขตของ Department of Social Services จะแจ้งข้อมูลอื่นที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลนี้ให้คุณทราบ

โปรดทราบ: อาจส่งใบสมัคร Medi-Cal ทางออนไลน์ ทางไปรษณีย์ ทางโทรศัพท์หรือส่งด้วยตัวเองได้

ผู้สมัครสามารถลงนามในใบสมัครทางโทรศัพท์ด้วยลายเซ็นทางโทรศัพท์โดยการติดต่อสำนักงานเขตของ Medi-Cal

- สามารถดูข้อมูลติดต่อสำนักงานเขตได้ที่ <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- สามารถดูข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการสมัครได้ที่ <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- ผลการสมัคร Children's Presumptive Eligibility (CPE) จะไม่มีผลกระทบต่อคุณหรือความสามารถของสมาชิกในครอบครัวของคุณในการสมัคร Medi-Cal คุณสามารถสมัคร Medi-Cal ในเวลาใดก็ได้

ข้อมูลผู้สมัคร

ผู้สมัครมีบัตร State of California Benefits Identification Card (BIC) หรือ Medi-Cal ใช่หรือไม่

ใช่ ไม่

หากใช่ หมายเลขประจำบัตร BIC คืออะไร (หากมี) _____

เอกสารเพื่อการเตรียมสมัคร Children's Presumptive Eligibility

ชื่อ—นามสกุลผู้สมัคร	ชื่อจริง	ชื่อกลาง
วันเกิด (MM/DD/YYYY)	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	หมายเลขประจำตัวประกันสังคมของผู้สมัคร (SSN) (<i>№ ๘๘ ๘๘ ๘๘</i>)

หากคุณเป็นคนไร้บ้าน ทำเครื่องหมายที่นี้

ที่อยู่ที่บ้าน	หมายเลขพาร์ตเมนต์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
เขตที่พำนักอาศัย	อาศัยในแคลิฟอร์เนียใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่			

ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากไม่เหมือนกัน)	หมายเลขพาร์ตเมนต์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
-----------------------------------	-------------------	-------	-----	--------------

ชื่อ—นามสกุลของแม่	ชื่อจริง	อักษรย่อของชื่อกลาง
--------------------	----------	---------------------

สำหรับผู้สมัครที่อายุน้อยกว่าหนึ่งปี โปรดกรอกข้อมูลในส่วนนี้

วันเกิดของแม่ (MM/DD/YYYY)	หมายเลขบัตร BIC หรือ Medi-Cal หรือ SSN ของแม่
----------------------------	---

ข้อมูลเกี่ยวกับพ่อแม่/ผู้ปกครองตามกฎหมาย

ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครองตามกฎหมาย หรือผู้ช่วยผู้เยาว์ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้อำนาจปกครองของผู้ใด—

นามสกุล	ชื่อจริง	อักษรย่อของชื่อกลาง
---------	----------	---------------------

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน	หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	หมายเลขโทรศัพท์เพื่อส่งข้อความ
---------------------	-------------------------	--------------------------------

คุณพูดภาษาอะไรที่บ้าน	ภาษาอะไรที่คุณอ่านแล้วเข้าใจที่สุด
-----------------------	------------------------------------

การรับรอง

ข้าพเจ้าได้ขอสมัคร Children's Presumptive Eligibility ในวันที่
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจแบบฟอร์มนี้
 และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้เป็นความจริง ถูกต้องและสมบูรณ์

เอกสารเพื่อการเตรียมสมัคร Children's Presumptive Eligibility

ชื่อพ่อแม่/ผู้ปกครอง หรือผู้เยาว์ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้อำนาจปกครองของผู้ใด	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร	วันที่
--	-------------------------	--------

บุคคลมีสิทธิ์ขอฉบับบันทึกที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของตน องค์กรของทางการที่รับผิดชอบการรักษาข้อมูลคือ Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413
สำเนาของเอกสารข้อมูลนี้อาจถูกส่งไปให้ Department of Social Services
ประจำเขตที่คุณอยู่อาศัยและจะเก็บรักษาไว้กับบันทึกทางการแพทย์โดย CPE ของบุตรของคุณ