Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Инструкции для родителей или заявителя:
Чтобы пройти сегодня бесплатное медицинское обследование, вы должны предоставить информацию, указанную в этой форме. Предоставленная вами информация является конфиденциальной. Ваше участие в программе является добровольным.
Вопросы, отмеченные звездочкой (*), являются обязательными.

Сколько человек в семье ребенка?* _____

- Под семьей понимаются ближайшие родственники, проживающие в доме ребенка. Пожалуйста, включите в это число ребенка, его родителей, братьев и сестер и супруга ребенка. Если среди членов семьи есть беременные, укажите количество ожидаемых детей. Не включайте в список других родственников или друзей, даже если они живут с ребенком.

Сколько денег зарабатывает ваша семья до вычета налогов?* $_____ Или $_____
В месяц В год

Вы или ваш ребенок можете иметь право на продолжение страхового покрытия через Medi-Cal или программы помощи в оплате страховых взносов в рамках Covered California

Я хочу подать заявление на продолжение страхового покрытия через Medi-Cal или программы помощи в оплате страховых взносов в рамках Covered California.* Да ☐ Нет ☐

- Если вы ответили *"да"* на этот вопрос, заявление будет отправлено вам по почте в течение нескольких дней. Пожалуйста, заполните его и верните в кратчайшие сроки.
- Если вы ответили *"нет"* на этот вопрос (или ответили *"да"* , но не вернули заявление), страховое покрытие медицинских, стоматологических и зрительных услуг прекратится в конце следующего месяца, если Department of Social Services округа не уведомит вас об обратном.

Внимание: Заявления на Medi-Cal можно подать онлайн, по почте, по телефону или лично. Заявители могут подписать заявление по телефону с помощью телефонной подписи, позвонив в свой окружной офис Medi-Cal.

- Контактную информацию округа можно найти на сайте: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx
- Информацию о том, как подать заявку, можно найти на сайте: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx
- Результат рассмотрения заявления на участие в программе Children's Presumptive Eligibility (CPE) не влияет на возможность подачи заявления на Medi-Cal для вас или вашей семьи. Вы можете подать заявление на Medi-Cal в любое время.

Информация о заявителе

Есть ли у заявителя State of California Benefits Identification Card (BIC) или карта Medi-Cal?*

☐ Да ☐ Нет

Если да, то какой идентификационный номер указан на карточке BIC (если есть)? _____

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Имя заявителя—Фамилия*	Имя*	Отчество

Дата рождения (MM/DD/YYYY)*	Пол* ☐Мужской ☐Женский	Номер социального страхования заявителя (SSN)

Поставьте галочку, если вы бездомный ☐

Домашний адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс

Округ проживания* Вы живете в Калифорнии?* ☐Да ☐Нет

Домашний адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс

Имя матери—Фамилия	Имя	Инициал отчества

Для заявителей младше одного года, пожалуйста, заполните этот раздел.

Дата рождения матери (MM/DD/YYYY)	Номер карточки BIC или Medi-Cal или SSN матери

Информация о родителе/законном опекуне

Имя родителя/законного опекуна или эмансипированного несовершеннолетнего пациента—Фамилия*	Имя*	Инициал отчества

Номер домашнего телефона	Номер рабочего телефона	Номер телефона для сообщений

На каком языке вы говорите дома?	На каком языке вы лучше всего читаете?

Подтверждение

Сегодня я подаю запрос на получение Children's Presumptive Eligibility. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) эту форму. Я заявляю, что предоставленная мной информация является правдивой, правильной и полной.

Подпись родителя/опекуна или эмансипированного несовершеннолетнего*	Отношение к заявителю*	Дата*

Человек имеет право просматривать записи, содержащие его личную информацию. Официальным органом, ответственным за хранение информации, является Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Копия этой информации может быть передана в Department of Health Care Services округа, в котором вы проживаете, и будет храниться вместе с медицинской картой вашего ребенка в медицинском учреждении CPE.