

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

對家長或申請人的指示：

為了今天免費接受健康檢查，您必須提供此表格所要求的資訊。您提供的資訊是保密的。這是一個自願計劃。

有星號 (*) 的問題是必填項。

這個孩子的家庭有多少人？ * _____

- 家庭是指居住在孩子家中的直系親屬。請包括孩子、孩子的父母、孩子的兄弟姊妹和孩子的配偶。若家庭成員中有懷孕的，請包括預期出生嬰兒的數量。不要包括其他親戚或朋友，即使他們與孩子住在一起。

您的家庭稅前收入是多少？ * \$ _____ 或 \$ _____
每月 每年

您或您的孩子可能有資格透過 Covered California 的 Medi-Cal 或保費援助計劃繼續獲得醫療保險

我想透過 Covered California 的 Medi-Cal 或保費援助計劃申請繼續承保。 * 是 否

- 如果您對此問題的答案為是，我們將在幾天內將申請表郵寄給您。請填寫並及時回覆。
- 如果您對此問題的回答為否（或您回答是但沒有退回申請），則申請人的健康、牙科和視力福利將於下個月底停止，除非 Department of Social Services 另行通知您。

注意： Medi-Cal 申請可以透過線上、郵寄、電話或親自提交。申請人可以透過致電其所在縣的 Medi-Cal 辦公室，使用電話簽名透過電話簽署申請。

- 縣聯絡資訊可在以下網址找到：
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- 有關申請方式的資訊可以在以下網址找到：
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- 這兒童推定資格 (CPE) 申請的結果不會影響您或您的家人申請 Medi-Cal 的能力。您可以隨時申請 Medi-Cal。

申請人資訊

申請人是否擁有 State of California Benefits Identification Card (BIC) 或 Medi-Cal 卡？ *

是 否

如果是，BIC 卡上的辨認號碼是什麼（如果有）？ _____

