

Newborn Gateway 申請書

プロバイダーへの指示:

- Presumptive Eligibility プロバイダーは、Medi-Cal または Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP) と連携している施設で生まれた乳児の出生を出生後 72 時間以内または退院後 1 営業日以内のいずれか早い方以内に報告する必要があります。
 - 病院、産院、または他の出産に関わる施設。
 - 親または保護者はこの申請書に記入または署名する必要ありません。親または保護者がいない場合は、Children’s Presumptive Eligibility ポータルの Newborn Gateway セクションを通して申請書を提出してください。
 - 乳児ごとに申請書が必要になります。
- Medi-Cal または Medi-Cal Access Program (MCAP) の母親から生まれた新生児は、Newborn Gateway. を通して出生が報告された場合、医療保険の対象になります。下記の情報を入力し、提出して新生児を保険に加入させてください。
- 新生児の保険の加入の可否に関わらず、プロバイダーは、家族に insurance affordability application を発行し、健康保険に加入していない人でも健康保険の適用を申請できることを伝えなければなりません。Insurance affordability application は、Single Streamlined Application という名称で呼ばれることがあり、ポータルのリソースセクションから印刷することができます。

新生児患者情報

患者名—氏	名	ミドルネーム	敬称 (Jr. Sr. II. など)
-------	---	--------	---------------------

生年月日 (MM/DD/YYYY)	性別 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/>
-------------------	---

患者がホームレスの場合、ここにチェックしてください。“自宅住所” セクションに大まかな所在地を入力し、“郵送先住所” セクションに記入します。

自宅住所	アパート番号	市	州	郵便番号
------	--------	---	---	------

お住いの郡

郵送先住所 (自宅住所と異なる場合)	アパート番号	市	州	郵便番号
--------------------	--------	---	---	------

患者が新生児の場合、このセクションに母親の情報を記入してください。

母親の名前—氏	名	ミドルネーム
---------	---	--------

母親の生年月日 MM/DD/YYYY	母親の BIC または Medi-Cal カード番号またはソーシャルセキュリティ番号
--------------------	--

自宅の電話番号	職場の電話番号	ショートメッセージ用の電話番号
---------	---------	-----------------

家庭内で話す言葉は何語ですか？	何語で文章を読みますか？
-----------------	--------------

プロバイダーは: insurance affordability applicationを発行しましたか？ はい いいえ

認証:

新生児は、Medi-Cal または MCAIP の資格があるかどうか評価されます。私は、上記に提供された情報が知る限り正しいことを宣言します。

プロバイダーは: Newborn Gateway に親または保護者の署名は必要なく、N/A と日付を入力してください。

親または保護者の署名 (任意)	新生児患者との関係	日付

個人は、自分の個人情報を含む記録を確認する権利を有します。情報の保管を担当する公的機関は、Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 です。この情報のコピーを、お住いの群の Department of Social Services と共有する場合があります、お子様の医療記録は、お子様のプロバイダーによって保管されます。