

## Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

إرشادات لولي الأمر أو مقدم الطلب:  
للحصول على فحص صحي مجاناً اليوم، يجب عليك تقديم المعلومات المطلوبة في هذا النموذج. المعلومات التي تقدمها تبقى سرية. هذا برنامج طوعي.  
الأسئلة التي تحتوي على علامة النجمة (\*) إلزامية.

كم عدد الأشخاص في عائلة الطفل؟\* \_\_\_\_\_

● يُقصد بالعائلة أفراد العائلة المباشرة التي تعيش في نفس منزل الطفل. يرجى إدراج الطفل بالإضافة إلى والديه وإخوته وزوجه [في حال كان الأمر ينطبق]. إذا كانت إحدى أفراد الأسرة حاملاً، قم بإدراج عدد الأطفال المتوقع ولادتهم. لا تقم بإدراج أي أقارب أو أصدقاء آخرين، حتى لو كانوا يعيشون مع الطفل.

ما هو المبلغ الإجمالي الذي تكسبه عائلتك قبل الضرائب؟\* \$ \_\_\_\_\_ أو \$ \_\_\_\_\_  
شهري سنوي

قد تكون أنت أو طفلك مؤهلاً للحصول على تغطية رعاية صحية مستمرة من خلال Medi-Cal أو برامج المساعدة في دفع الأقساط بموجب Covered California

أرغب في التقدم بطلب للحصول على تغطية مستمرة من خلال Medi-Cal أو برامج المساعدة في دفع الأقساط بموجب Covered California.\*  
 نعم  لا

- إذا أجبت نعم عن هذا السؤال، فسيتم إرسال الطلب إليك عبر البريد خلال بضعة أيام. يرجى إكماله وإعادته على الفور.
- إذا أجبت لا عن هذا السؤال (أو إذا أجبت نعم ولكنك لم تقم بإرسال الطلب)، فستتوقف تغطية مقدم الطلب للرعاية الصحية ورعاية الأسنان والبصر في نهاية الشهر المقبل ما لم تخضرك Department of Social Services في المقاطعة بخلاف ذلك.

انتباه: يمكن تقديم طلبات Medi-Cal عبر الإنترنت، أو عن طريق البريد، أو عبر الهاتف، أو بالحضور الشخصي. يمكن للمتقدمين التوقيع على طلب عبر الهاتف باستخدام التوقيع الهاتفي عن طريق الاتصال بمكتب خدمات Medi-Cal في مقاطعتهم.

● يمكن العثور على معلومات الاتصال بالمقاطعة عبر:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>

● يمكن العثور على معلومات حول طرق تقديم الطلبات عبر:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>

- لا تؤثر نتيجة طلب التأهل لبرنامج Children's Presumptive Eligibility (CPE) عليك أو على قدرة عائلتك على التقدم بطلب للحصول على خدمات Medi-Cal. يمكنك تقديم طلب للحصول على Medi-Cal في أي وقت.

### معلومات مقدم الطلب

هل لدى مقدم الطلب بطاقة State of California Benefits Identification Card (BIC) أو بطاقة Medi-Cal من ولاية كاليفورنيا؟\*

نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، ما هو رقم التعريف الموجود على بطاقة BIC (إن وجدت)؟ \_\_\_\_\_

## Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

مقدم الطلب - اسم العائلة*	الأول*	الاسم الأوسط
تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY)*	الجنس* <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب (SSN)

إذا كنت بلا مأوى، ضع علامة هنا 

عنوان المنزل	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
--------------	-----------	---------	---------	---------------

مقاطعة الإقامة\*

تعيش في كاليفورنيا؟\*

 نعم  لا

عنوان المنزل	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
--------------	-----------	---------	---------	---------------

الأم - اسم العائلة

الأول

الاسم الأوسط

يرجى إكمال هذا القسم لمقدمي الطلبات الذين تقل أعمارهم عن عام واحد.

تاريخ ميلاد الأم (MM/DD/YYYY)	رقم بطاقة BIC أو Medi-Cal أو SSN الخاص بالأم
-------------------------------	--

معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني

اسم ولي الأمر/الوصي القانوني أو المريض القاصر المسؤول عن نفسه قانونيًا - اسم العائلة*	الأول*	الاسم الأوسط
---	--------	--------------

رقم هاتف المنزل

رقم هاتف العمل

رقم الهاتف لإرسال الرسائل

ما هي اللغة التي تتحدث بها في المنزل؟

ما هي اللغة التي تقرأها بشكل أفضل؟

إقرار

أطلب بموجب هذا تقديم برنامج Children's Presumptive Eligibility لطفلي. أقر بأنني قرأت هذا النموذج وأفهم ما جاء فيه. أقر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة وكاملة.

توقيع ولي الأمر/الوصي أو القاصر المسؤول عن نفسه قانونيًا*	الصلة بمقدم الطلب*	التاريخ*
---	--------------------	----------

يحق لأي فرد مراجعة السجلات التي تحتوي على معلوماته الشخصية. الجهة الرسمية المسؤولة عن حفظ المعلومات هي إدارة خدمات الرعاية الصحية: Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. قد تتم مشاركة نسخة من هذه المعلومات مع إدارة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة التي تقيم فيها، وسيتم الاحتفاظ بها مع السجل الطبي لطفلك لدى مقدم برنامج CPE لطفلك.