

ورقة عمل التسجيل المسبق لـ Children's Presumptive Eligibility

تعليمات لأولياء الأمور أو المتقدمين:

من أجل الحصول على فحص صحي اليوم بدون أي تكلفة، يتعين عليك تقديم المعلومات المطلوبة في هذا النموذج. المعلومات التي تقدمها سرية. وهذا برنامج طوعي.

كم عدد الأشخاص في عائلة الطفل؟ _____

- العائلة تشير إلى العائلة المباشرة التي تعيش في منزل الطفل. يُرجى تضمين الطفل، وأولياء أمر الطفل، وإخوة الطفل، وزوج الطفل. إذا كان أحد أفراد العائلة حاملاً، يرجى تضمين عدد الأطفال المتوقعين. لا تقم بتضمين الأقارب أو الأصدقاء الآخرين، حتى لو كانوا يعيشون مع الطفل.

كم هو دخل عائلتك قبل الضرائب؟ \$ _____ أو \$ _____
شهرياً سنوياً

قد تكون أنت أو طفلك مؤهلين للحصول على تغطية الرعاية الصحية المستمرة من خلال Medi-Cal أو برامج المساعدة في الأقساط ضمن Covered California.

أرغب في التقدم بطلب للحصول على تغطية مستمرة من خلال Medi-Cal أو برامج المساعدة في الأقساط ضمن Covered California.

نعم لا

- إذا كنت قد أجبت بنعم على هذا السؤال، فسيتم إرسال طلب إليك عبر البريد خلال بضعة أيام. يُرجى ملء النموذج وإعادة إرساله بسرعة.
- إذا كنت قد أجبت بلا على هذا السؤال (أو إذا كنت قد أجبت بنعم ولكن لم تقم بإعادة إرسال الطلب)، فستتوقف تغطية المتقدم للمزايا الصحية ومزايا الأسنان والإبصار في نهاية الشهر التالي ما لم تخطر Department of Social Services في المقاطعة بخلاف ذلك.

تنبيه: يمكن تقديم طلبات Medi-Cal عبر الإنترنت أو عن طريق البريد أو عبر الهاتف أو بشكل شخصي. يمكن للمتقدمين توقيع الطلب عبر الهاتف باستخدام التوقيع الهاتفي عن طريق الاتصال بمكتب 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 التقديم عبر:

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

- لا تؤثر نتيجة طلب Children's Presumptive Eligibility (CPE) على قدرتك أنت أو عائلتك على التقدم لـ Medi-Cal. يمكنك التقدم لـ Medi-Cal في أي وقت.

معلومات المتقدم

هل لدى المتقدم State of California Benefits Identification Card (BIC) أو بطاقة Medi-Cal؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هو رقم التعريف على بطاقة BIC (إذا كان متاحاً)؟ _____

ورقة عمل التسجيل المسبق لـ Children's Presumptive Eligibility

اسم المتقدم—اللقب		الاسم الأول		الاسم الأوسط	
تاريخ الميلاد (MM/DD/YYYY)		الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		رقم الضمان الاجتماعي للمتقدم (SSN) (اختياري)	
إذا كنت بلا مأوى، فضع علامة هنا <input type="checkbox"/>					
عنوان المنزل		شقة رقم		المدينة	
الولاية		الرمز البريدي			
هل تعيش في ولاية كاليفورنيا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
العنوان البريدي (إن كان مختلفاً)		شقة رقم		المدينة	
الولاية		الرمز البريدي			
اسم الأم – اللقب		الاسم الأول		الحرف الأول من الاسم الأوسط	
للمتقدمين الذين تقل أعمارهم عن عام واحد، يرجى إكمال هذا القسم.					
تاريخ ميلاد الأم (MM/DD/YYYY)		رقم بطاقة BIC أو بطاقة Medi-Cal الخاصة بالأم أو رقم الضمان الاجتماعي (SSN)			
معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني					
اسم ولي الأمر/الوصي القانوني أو المريض القاصر المستقل—اللقب		الاسم الأول		الحرف الأول من الاسم الأوسط	
رقم هاتف المنزل		رقم هاتف العمل		رقم هاتف الرسائل	
ما هي اللغة التي تتحدث بها في المنزل؟			ما هي اللغة التي تجيد قراءتها بشكل أفضل؟		
شهادة					
أنا أطلب Children's Presumptive Eligibility اليوم. أشهد بأنني قرأت وفهمت هذا النموذج. أعلن أن المعلومات التي قدمتها صحيحة وسليمة وكاملة.					
توقيع ولي الأمر/الوصي أو الشخص القاصر المستقل		العلاقة بالمتقدم		التاريخ	

يحق للفرد مراجعة السجلات التي تحتوي على معلوماته الشخصية. الجهة الرسمية المسؤولة عن حفظ المعلومات هي

Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. قد تتم

مشاركة نسخة من هذه المعلومات مع Department of Social Services في المقاطعة التي تقيم فيها وسيتم الاحتفاظ بها مع السجل الطبي لطفلك من قبل مقدم CPE لطفلك.