

Newborn Gateway դիմում

Ցուցումներ մատակարարին.

- Presumptive Eligibility մատակարարները պետք է գեկուցեն Medi-Cal կամ Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP)-ի հետ կապ ունեցող իրենց հաստատություններում ծնված նորածինների ծնունդների մասին, որոնք ծնվել են իրենց հաստատություններում ծնվելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում կամ դուրս գրվելուց հետո մեկ աշխատանքային օրվա ընթացքում, որն ավելի շուտ է:

 - Հաստատությունները ներառում են հիվանդանոցներ, ծննդատներ կամ ծննդաբերության այլ վայրեր:
 - Ծնողներից կամ խնամակալներից չի պահանջվում լրացնել կամ ստորագրել դիմում: Եթե ծնողները կամ խնամակալները հասանելի չեն, դիմումը հարկավոր է ներկայացնել Children’s Presumptive Eligibility պորտալի Newborn Gateway բաժնի միջոցով:
 - Դիմում անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր նորածնի համար:

- Medi-Cal-ի կամ Medi-Cal Access Program (MCAP)-ի ծրագրում ընդգրկված մայրերից ծնված նորածիններին հասանելի է բժշկական ապահովագրություն, երբ ծննդյան մասին գեկուցվում է Newborn Gateway-ով: Լրացրեք և ներկայացրեք ստորև բերված տեղեկատվությունը՝ նորածնին ապահովագրության մեջ ներգրավելու համար:
- Անկախ նրանից, թե նորածնի համար հաստատվել կամ մերժվել է ապահովագրությունը, մատակարարը պետք է ընտանիքին տրամադրի insurance affordability application և տեղեկացնի նրանց, որ այն կարող է օգտագործել առողջության ապահովագրության համար դիմելու համար նրանց համար, ով չունի այն: insurance affordability application-ը, որը երբեմն անվանում են Single Streamlined Application, կարող է տպել պորտալի ռեսուրսների բաժնից:

Տեղեկություն նորածնի մասին

Հիվանդի անուն—ազգանուն անուն Երկրորդ անուն դիմելածն (կրտսեր ավագ II. և այլն)

Ծննդյան ամսաթիվ (MM/DD/YYYY)	սեռ	
	<input type="checkbox"/> իգական <input type="checkbox"/> արական	

Եթե հիվանդը անօրեան է, նշեք սա: «Տան հասցե» բաժնում մուտքագրեք ընդհանուր գտնվելու վայրը և լրացրեք «Փոստային հասցե» բաժինը:

Տան հասցեն	բնակարանի թիվը	քաղաք	նահանգ	փոստային ինդեքս
------------	----------------	-------	--------	-----------------

Փոստային հասցեն (եթե այլ է) բնակարանի թիվը	ֆադաֆ	նահանգ	փոստային ինդեքս
--	-------	--------	-----------------

Նորածինների համար խնդրվում է լրացնել այս մասը մոր տվյալներով:

Մայրիկի անուն—ազգանուն անուն երկրորդ անունի

Մայրիկի ծննդյան ամսաթիվը MM/DD/YYYY	Մայրիկի BIC կամ Medi-Cal ֆարսի համարը կամ սոցիալական ապահովության համարը
-------------------------------------	--

Տան հեռախոսահամարը	Աշխատավայրի հեռախոսահամարը	Հաղորդագրությունների հեռախոսահամարը
--------------------	----------------------------	-------------------------------------

Ի՞նչ լեզվով եք խոսում տանը: Ո՞ր լեզվով եք ամենալավը կարդում:

Մատակարար. Թողարկե՞լ եք insurance affordability application Այո Ոչ

Հաստատում.

Նորածինն կդիտարկեն Medi-Cal-ի կամ MCAIP-ի համար իրավասության համար: Ես հայտարարում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկատվությունը ճիշտ է իմ իմացության չափով:

Մատակարարներ `Newborn Gateway-ի համար ծնողի/խնամակալի ստորագրությունը չի պահանջվում: Եթե ստորագրություն չեք ստացել, ապա նշեք N/A և ամսաթիվը:

Ծնողի/խնամակալի ստորագրությունը (ըստ ցանկության)	Նորածնի հետ կապը	Ամսաթիվ
--	------------------	---------

Անհատն իրավունք ունի վերանայել իր անձնական տվյալները պարունակող գրառումները: Տեղեկատվության պահպանման համար պատասխանատու պաշտոնատարը Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413-ն է: Այս տեղեկատվության պատճենը կարելի է փոխանցել վարչաբաժանի Department of Social Services-ին այն վարչաբաժանում, որտեղ դուք ապրում եք, և կպահվի ձեր երեխայի բժշկական գրառումների հետ ձեր երեխայի մատակարարի կողմից: