

## Newborn Gateway Заява

### Інструкції для постачальника послуг:

- Постачальники послуг з Presumptive Eligibility **повинні** повідомляти про народження немовлят, які мають відношення до програми Medi-Cal або Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP), народжених у їхніх установах, протягом 72 годин після народження або одного робочого дня після виписки, залежно від того, що настане раніше.
  - До установ належать лікарні, пологові будинки або інші родопомічні заклади.
  - Батьки або опікуни **не** зобов'язані заповнювати або підписувати заяву. За відсутності батьків або опікунів подайте заяву через розділ Newborn Gateway на порталі Children's Presumptive Eligibility.
  - Заява необхідна для кожного немовляти.
- Новонароджені, що народилися у матерів, які беруть участь у програмах Medi-Cal або Medi-Cal Access Program (MCAP), мають право на медичне покриття, якщо про народження дитини було повідомлено через портал Newborn Gateway. Заповніть і надішліть наведену нижче інформацію, щоб включити немовля в страхове покриття.
- Незалежно від того, схвалили чи відмовили у страховому покритті новонародженому, постачальник послуг має видати сім'ї insurance affordability application і повідомити, що його можна використовувати для подання заяви на медичне страхування для всіх, у кого його немає. insurance affordability application, іноді зване Single Streamlined Application, можна роздрукувати в розділі ресурсів порталу.

### Інформація про новонародженого пацієнта

Ім'я пацієнта—Прізвище                      Ім'я                      Середнє                      Суфікс (молодший, старший, другий і т.д.)

Дата народження (ММ/DD/YYYY)

Стать

Жіноча

Чоловіча

Якщо пацієнт бездомний, позначте цей пункт. Вкажіть загальне місце розташування в розділі "Домашня адреса" і заповніть розділ "Поштова адреса".

Домашня адреса

Номер квартири

Місто

Штат

Поштовий індекс

Округ проживання

Поштова адреса (якщо відрізняється)

Номер квартири

Місто

Штат

Поштовий індекс

### Для новонароджених пацієнтів, будь ласка, заповніть цей розділ, вказавши дані матері.

Ім'я матері — Прізвище

Ім'я

Середнє ініціал

Дата народження матері  
ММ/DD/YYYY

Номер картки ВІС або Medi-Cal матері чи номер соціального страхування

Номер домашнього телефону

Номер робочого телефону

Номер телефону для повідомлень

Якою мовою ви говорите вдома?

Якою мовою ви найкраще читаете?

Постачальник: Чи видали ви insurance affordability application?  Так  Ні**Сертифікація:**

Новонародженого буде оцінено на предмет відповідності критеріям Medi-Cal або MCAIP. Я заявляю, що надана вище інформація вірна настільки, наскільки мені відомо.

Постачальники: Підпис батьків/опікунів для Newborn Gateway не потрібен. Якщо ви не отримали підпис, поставте N/A і дату.

Підпис батька/опікуна (необов'язково)	Взаємовідносини з новонародженим пацієнтом	Дата
---------------------------------------	--	------

Особа має право ознайомитися із записами, що містять її особисту інформацію. Офіційним органом, відповідальним за зберігання цієї інформації, є Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Копія цієї інформації може бути передана до Department of Social Services округу, в якому ви проживаєте, і зберігатиметься разом із медичною картою вашої дитини у постачальника медичних послуг.