

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

माता-पिता या आवेदक के लिए निर्देश:

आज मुफ्त स्वास्थ्य परीक्षण कराने के लिए आपको इस फॉर्म में आवश्यक जानकारी प्रदान करनी ज़रूरी है। आपके द्वारा दी गई जानकारी गोपनीय है। यह एक स्वैच्छिक प्रोग्राम है।

तारे का चिन्ह(*) वाले प्रश्नों का जवाब देना अनिवार्य है।

बच्चे के परिवार में कितने लोग हैं?* _____

- परिवार से मतलब है बच्चे के घर में रहने वाले निकटतम परिवार से है। कृपया बच्चे, बच्चे के माता-पिता, बच्चे के भाई-बहन और बच्चे के पति/पत्नी को शामिल करें। अगर परिवार की कोई महिला गर्भवती है, तो अपेक्षित शिशुओं की संख्या भी शामिल करें। अन्य रिश्तेदारों या मित्रों को शामिल न करें, भले ही वे बच्चे के साथ रहते हों।

टैक्स भरने से पहले आपका परिवार कितना पैसे कमाता है?* \$ _____ या \$ _____
मासिक सालाना

आप या आपका बच्चा Medi-Cal या Covered California के तहत प्रीमियम सहायता प्रोग्राम के माध्यम से निरंतर स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए पात्र हो सकते हैं

मैं Medi-Cal या Covered California के अंतर्गत प्रीमियम सहायता प्रोग्राम के माध्यम से निरंतर कवरेज के लिए आवेदन करना चाहता/ती हूँ* हाँ नहीं

- अगर आपने इस प्रश्न का उत्तर 'हाँ' में दिया है तो कुछ दिनों में आपको आवेदन भेज दिया जाएगा। कृपया इसे भरकर तुरंत वापस भेजें।
- अगर आपने इस प्रश्न का उत्तर 'नहीं' में दिया है (या अगर आपने 'हाँ' में उत्तर दिया हो, पर आवेदन वापस नहीं किया है), तो आवेदक का स्वास्थ्य, दंत और नज़र संबंधी लाभों का कवरेज अगले महीने के अंत में बंद हो जाएगा, जब तक कि काउंटी Department of Social Services आपको अन्यथा सूचित न कर दे।

ध्यान दें: Medi-Cal आवेदन ऑनलाइन, डाक द्वारा, फोन पर या व्यक्तिगत रूप से सबमिट किए जा सकते हैं। आवेदक अपने काउंटी के Medi-Cal कार्यालय में फोन करके टेलीफोनिक हस्ताक्षर का इस्तेमाल करके आवेदन पर हस्ताक्षर कर सकते हैं।

- काउंटी की संपर्क जानकारी यहाँ पाई जा सकती है:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- आवेदन करने के तरीकों की जानकारी यहाँ मिल सकती है:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Children's Presumptive Eligibility (CPE) आवेदन का परिणाम आपके या आपके परिवार के Medi-Cal के लिए आवेदन करने की क्षमता को प्रभावित नहीं करता है। आप किसी भी समय Medi-Cal के लिए आवेदन कर सकते हैं।

आवेदक की जानकारी

क्या आवेदक के पास State of California Benefits Identification Card (BIC) या Medi-Cal कार्ड है?*

हाँ नहीं

अगर हाँ, तो BIC कार्ड पर पहचान नंबर क्या है (अगर उपलब्ध हो) है तो? _____

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

आवेदक का नाम—अंतिम*		पहला नाम*	मध्य नाम
जन्म की तारीख (MM/DD/YYYY)*	लिंग* <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	आवेदक का सामाजिक सुरक्षा नंबर (SSN)	

अगर आप बेघर हैं, तो यहाँ निशान लगाएँ

घर का पता	अपार्टमेंट नंबर	शहर	राज्य	ज़िप कोड
-----------	-----------------	-----	-------	----------

निवास की काउंटी* कैलिफ़ोर्निया में रहते हैं?* हाँ नहीं

घर का पता	अपार्टमेंट नंबर	शहर	राज्य	ज़िप कोड
-----------	-----------------	-----	-------	----------

माता का नाम—अंतिम	पहला नाम	मध्य अक्षर
-------------------	----------	------------

एक वर्ष से कम आयु के आवेदकों के लिए कृपया इस अनुभाग को पूरा करें।

माता की जन्म की तारीख (MM/DD/YYYY)	माता का BIC या Medi-Cal कार्ड नंबर या SSN
------------------------------------	---

माता-पिता/कानूनी अभिभावक की जानकारी

माता-पिता/कानूनी अभिभावक या मुक्त नाबालिग मरीज का नाम—अंतिम नाम*	पहला नाम*	मध्य अक्षर
--	-----------	------------

घर का टेलीफोन नंबर	काम का टेलीफोन नंबर	संदेश वाला टेलीफोन नंबर
--------------------	---------------------	-------------------------

आप घर पर कौन सी भाषा बोलते हैं?	आप कौन सी भाषा सबसे अच्छी तरह पढ़ते हैं?
---------------------------------	--

प्रमाणीकरण

मैं आज Children's Presumptive Eligibility का अनुरोध कर रहा/रही हूँ। मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि मैंने इस फॉर्म को पढ़ लिया है और समझ लिया है। मैं घोषणा करता/ती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी सत्य, सही और पूर्ण है।

माता-पिता/अभिभावक या मुक्त नाबालिग के हस्ताक्षर*	आवेदक से रिश्ता*	तारीख*
--	------------------	--------

किसी भी व्यक्ति को अपनी व्यक्तिगत जानकारी वाले रिकार्ड की समीक्षा करने का अधिकार है। जानकारी रखने के लिए ज़िम्मेदार आधिकारिक संस्था Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. इस जानकारी की एक कापी उस काउंटी के Department of Social Services के साथ साझा की जा सकती है जिसमें आप रहते हैं, और इसे आपके बच्चे के CPE प्रदाता द्वारा आपके बच्चे के मेडिकल रिकॉर्ड के साथ रखा जाएगा।