

Đơn Đăng Ký Newborn Gateway**Hướng dẫn cho nhà cung cấp:**

- Các nhà cung cấp Presumptive Eligibility **phải** báo cáo số trường hợp sinh nở của trẻ sơ sinh có liên kết với Medi-Cal hoặc Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP) tại cơ sở của họ trong vòng 72 giờ sau khi sinh hoặc một ngày làm việc sau khi xuất viện, tùy điều kiện nào đến sớm hơn.
 - Các cơ sở bao gồm bệnh viện, trung tâm sinh nở hoặc các môi trường sinh nở khác.
 - Phụ huynh hoặc người giám hộ **không** bắt buộc phải điền vào hoặc ký vào đơn đăng ký này. Nếu phụ huynh hoặc người giám hộ không có mặt, hãy gửi đơn đăng ký thông qua mục Newborn Gateway của cổng thông tin Children’s Presumptive Eligibility.
 - Mỗi trẻ sơ sinh đều cần phải được nộp đơn.
- Trẻ mới sinh được sinh ra từ các bà mẹ thuộc Medi-Cal hoặc Medi-Cal Access Program (MCAP) đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế khi hoạt động sinh nở được báo cáo thông qua Newborn Gateway. Hãy hoàn tất và gửi thông tin bên dưới để đăng ký bảo hiểm cho trẻ mới sinh.
- Mặc cho trẻ mới sinh được chấp nhận hay từ chối bảo hiểm, nhà cung cấp phải phát hành insurance affordability application cho gia đình và báo cho họ biết rằng nó có thể được sử dụng để đăng ký bảo hiểm sức khỏe cho bất kỳ ai không có bảo hiểm. insurance affordability application, thỉnh thoảng còn được gọi là Single Streamlined Application, hiện đang có sẵn để in ra từ mục tài nguyên của cổng thông tin.

Thông Tin Bệnh Nhân Sơ Sinh

Tên bệnh nhân—Họ	Tên	Tên Lót	Hậu Tố (Jr. Sr. II. v.v.)
------------------	-----	---------	---------------------------

Ngày sinh (MM/DD/YYYY)	Giới Tính Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/>	
------------------------	---	--

Nếu bệnh nhân là người vô gia cư, hãy đánh dấu vào đây. Ghi địa chỉ nơi ở vào phần “Địa chỉ nhà riêng” và hoàn thành phần “Địa chỉ để gửi thư”.

Địa chỉ nhà	Số căn hộ	Thành phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
-------------	-----------	-----------	-----------	--------

Quận cư trú

Địa chỉ gửi thư (nếu là địa chỉ khác)	Số căn hộ	Thành phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
---------------------------------------	-----------	-----------	-----------	--------

Đối Với Bệnh Nhân Mới Sinh, vui lòng điền thông tin của người mẹ vào mục này.

Tên Mẹ—Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Lót
-----------	-----	---------------------

Ngày Sinh Của Mẹ MM/DD/YYYY	Số thẻ BIC hoặc Medi-Cal hoặc số An Sinh Xã Hội của mẹ
-----------------------------	--

Số điện thoại nhà	Số điện thoại công việc	Số điện thoại nhắn tin
-------------------	-------------------------	------------------------

Bạn nói ngôn ngữ nào ở nhà?	Bạn đọc ngôn ngữ nào giỏi nhất?
-----------------------------	---------------------------------

Nhà cung cấp: Bạn đã phát hành insurance affordability application chưa? Rồi Chưa

Xác thực:

Trẻ mới sinh sẽ được đánh giá tính đủ điều kiện tham gia Medi-Cal hoặc MCAIP. Tôi tuyên bố rằng thông tin được cung cấp ở trên là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Nhà cung cấp: Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ là không bắt buộc đối với Newborn Gateway. Nếu bạn chưa nhận được chữ ký, hãy ghi N/A và ngày tháng.

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ (Không Bắt Buộc)	Mối quan hệ với bệnh nhân mới sinh	Ngày
---	------------------------------------	------

Một cá nhân có quyền được xem xét các hồ sơ chứa thông tin cá nhân của mình. Cơ quan chính thức chịu trách nhiệm lưu giữ thông tin này là Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Một bản sao của thông tin này có thể được chia sẻ với Department of Social Services của quận tại quận bạn lưu trú và sẽ được lưu giữ cùng với hồ sơ y tế của con bạn bởi nhà cung cấp của con bạn.