

Children’s Presumptive Eligibility նախնական գրանցման թերթիկ

Ցուցումներ ծնողին կամ դիմողին.

Այսօր անվճար բուժզննում ստանալու համար Ձեզանից պահանջվում է տրամադրել այս ձևաթղթում պահանջվող տեղեկատվությունը: Ձեր տրամադրած տեղեկատվությունը գաղտնի է: Սա կամավոր ծրագիր է:

Քանի՞ հոգուց է բաղկացած երեխայի ընտանիքը: _____

- Ընտանիքը վերաբերում է երեխայի տանն ապրող անմիջական ընտանիքին: Խնդրվում է ներառել երեխային, երեխայի ծնողներին, երեխայի քույրերին ու եղբայրներին և երեխայի ամուսնուն: Եթե ընտանիքի անդամը հղի է, ներառել սպասվող երեխաների ֆանակը: Չներառել այլ բարեկամների կամ ընկերների, նույնիսկ եթե նրանք ապրում են երեխայի հետ:

Որքան՞ գումար է վաստակում ձեր ընտանիքը մինչև հարկերը: \$_____ կամ \$_____ ամսական տարեկան

Դուք կամ ձեր երեխան հնարավոր է իրավասու լինել շարունակական առողջապահական ապահովագրության համար Medi-Cal-ի կամ Covered California ծրագրի շրջանակներում ապահովագրի օգնության ծրագրերի միջոցով:

Ես ուզում եմ դիմել շարունակական ծածկույթի համար Medi-Cal-ի կամ Covered California ծրագրի շրջանակներում ապահովագրի օգնության ծրագրերի միջոցով: այո ոչ

- Եթե այս հարցին *այո* եք պատասխանել, մի ֆանի օրից ձեզ փոստով դիմում կուղարկվի: Խնդրում ենք լրացնել այն և անմիջապես վերադարձնել:
- Եթե այս հարցին *ոչ* եք պատասխանել (կամ եթե պատասխանել եք *այո*, բայց դիմումը չեք վերադարձնում), ապա դիմողի առողջության, ատամնաբուժական և տեսողության նպաստների ծածկույթը կդադարեցվի հաջորդ ամսվա վերջին, եթե վարչաշրջանի Department of Social Services-ը ձեզ չձանուցի հակառակի մասին:

Ուշադրություն. Medi-Cal ծրագրին դիմումները կարող են ներկայացվել առցանց, փոստով, հեռախոսով կամ անձամբ: Դիմողները կարող են ստորագրել դիմումը հեռախոսագանգի միջոցով՝ օգտագործելով հեռախոսային ստորագրություն՝ գանգահարելով իրենց վարչաշրջանի Medi-Cal գրասենյակ:

- Վարչաշրջանի կոնտակտային տվյալները կարելի է գտնել հետևյալ հասցեով. <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- Դիմելու եղանակների մասին տեղեկություններ կարելի է գտնել հետևյալ հասցեով. <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Children’s Presumptive Eligibility (CPE)-ի դիմումի արդյունքը չի ազդում ձեր կամ ձեր ընտանիքի՝ Medi-Cal-ին դիմելու վրա: Դուք ցանկացած ժամանակ կարող եք դիմել Medi-Cal-ի համար:

Children's Presumptive Eligibility նախնական գրանցման թերթիկ

Տեղեկություններ դիմողի մասին

Դիմողն ունի՞ State of California Benefits Identification Card (BIC) կամ Medi-Cal ֆարս:

այո ոչ

Եթե այո, ո՞րն է BIC ֆարսի նույնականացման համարը (առկայության դեպքում): _____

Դիմողի անուն—ազգանուն	անուն	երկրորդ անուն
Ծննդյան ամսաթիվ (MM/DD/YYYY)	սեռ <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	Դիմորդի սոցիալական ապահովության համարը (SSN) <i>(ցանկությամբ)</i>

Եթե տուն չունեք, նեղե՛ք այստեղ

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

Բնակության վարչաբջջան ապրու՞մ է Կալիֆոռնիայում այո ոչ

Փոստային հասցե (եթե այլ է)	բնակարանի թիվը	ֆաղաֆ	նահանգ	փոստային ինդեքս
----------------------------	----------------	-------	--------	-----------------

Մայրիկի անուն—ազգանուն անուն **երկրորդ անունի սկզբնատառ**

Մինչև մեկ տարեկան դիմողներին խնդրվում է լրացնել այս բաժինը:

Մայրիկի ծննդյան ամսաթիվը (MM/DD/YYYY)	Մայրիկի BIC կամ Medi-Cal ֆարսի համարը կամ SSN
---------------------------------------	---

Ծնողի/օրինական խնամակալի մասին տեղեկություններ

Ծնողի/օրինական խնամակալի կամ անկախ անչափահաս հիվանդի անուն—
 ազգանուն անուն **երկրորդ անունի սկզբնատառ**

Տան հեռախոսահամարը	Աշխատանքային հեռախոսահամարը	Հաղորդագրությունների հեռախոսահամարը
--------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Children’s Presumptive Eligibility նախնական գրանցման թերթիկ

Ի՞նչ լեզվով ե՞ք խոսում տանը:	Ո՞ր լեզվով ե՞ք ամենալավը կարդում:
------------------------------	-----------------------------------

Հաստատում

Ես այսօր խնդրում եմ Children’s Presumptive Eligibility: Ես հաստատում եմ, որ կարդացել եմ և հասկացել եմ այս ձևաթերթը: Ես հայտարարում եմ, որ իմ տրամադրած տեղեկատվությունը ճշմարիտ է, ճիշտ և ամբողջական:

Ծնողի/խնամակալի կամ անկախ անչափահասի ստորագրությունը	Դիմողի հետ առնչությունը	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 վարչաբջանի Department of Social Services-ին այն վարչաբջանում, որտեղ դուք ապրում եք, և կպահվի ձեր երեխայի բժշկական գրառումների հետ ձեր երեխայի CPE մատակարարի կողմից: