

Newborn Gateway Заявление**Инструкции для поставщика услуг:**

- Поставщики услуг по Presumptive Eligibility **должны** сообщать о рождении младенцев, имеющих отношение к программе Medi-Cal или Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP) родившихся в их учреждениях, в течение 72 часов после рождения или одного рабочего дня после выписки, в зависимости от того, что наступит раньше.
 - К учреждениям относятся больницы, роддома или другие родовспомогательные учреждения.
 - Родители или опекуны **не** обязаны заполнять или подписывать заявление. При отсутствии родителей или опекунов подайте заявление через раздел Newborn Gateway на портале Children’s Presumptive Eligibility.
 - Заявление необходимо для каждого младенца.
- Новорожденные, родившиеся у матерей, участвующих в программах Medi-Cal или Medi-Cal Access Program (MCAP), имеют право на медицинское покрытие, если о рождении ребенка было сообщено через портал Newborn Gateway. Заполните и отправьте приведенную ниже информацию, чтобы включить новорожденного в страховое покрытие.
- Независимо от того, одобрили или отказали в страховом покрытии новорожденному, поставщик услуг должен выдать семье insurance affordability application и сообщить, что его можно использовать для подачи заявления на медицинское страхование для всех, у кого его нет. Insurance affordability application, иногда называемое Single Streamlined Application, можно распечатать в разделе ресурсов портала.

Информация о новорожденном пациенте

Имя пациента—Фамилия	Имя	Среднее	Суффикс (младший, старший, второй и т.д.)
----------------------	-----	---------	---

Дата рождения (MM/DD/YYYY)	Пол Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/>	
----------------------------	--	--

Если пациент бездомный, отметьте этот пункт. Укажите общее местоположение в разделе "Домашний адрес" и заполните раздел "Почтовый адрес".

Домашний адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
----------------	----------------	-------	------	-----------------

Округ проживания

Почтовый адрес (если отличается)	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
----------------------------------	----------------	-------	------	-----------------

Для новорожденных пациентов, пожалуйста, заполните этот раздел, указав данные матери.

Имя матери—Фамилия

Имя

Средний инициал

Дата рождения матери
MM/DD/YYYYНомер карты ВИС или Medi-Cal матери или
номер социального страхования

Номер домашнего телефона

Номер рабочего телефона

Номер телефона для сообщений

На каком языке вы говорите дома?

На каком языке вы лучше всего читаете?

Поставщик: Выдали ли вы insurance affordability application? Да Нет**Сертификация:**

Новорожденного проверят на соответствие требованиям Medi-Cal или MCAIP. Я заявляю, что предоставленная выше информация верна настолько, насколько мне известно.

Поставщики: Подпись родителей/опекунов для Newborn Gateway не требуется. Если вы не получили подпись, поставьте N/A и дату.

Подпись родителя/опекуна (необязательно)

Родство с новорожденным
пациентом

Дата

Лицо имеет право ознакомиться с записями, содержащими его личную информацию.

Официальным органом, ответственным за хранение этой информации, является Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Копия этой информации может быть передана в Department of Social Services округа, в котором вы проживаете, и будет храниться вместе с медицинской картой вашего ребенка у поставщика медицинских услуг.