

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Інструкції для батьків або заявника:

Для того щоб сьогодні отримати безоплатне медичне обстеження, ви маєте надати інформацію, зазначену в цьому бланку. Надана вами інформація є конфіденційною. Це добровільна програма.

Запитання, позначені зірочкою (*), є обов'язковими.

Скільки осіб в сім'ї дитини?* _____

- Під сім'єю маються на увазі найближчі родичі, які проживають у будинку дитини. Будь ласка, включіть дитину, батьків дитини, братів і сестер дитини та чоловіка/дружину дитини. Якщо хтось із членів сім'ї вагітний, вкажіть кількість очікуваних дітей. Не включайте інших родичів або друзів, навіть якщо вони живуть разом із дитиною.

Скільки грошей заробляє ваша сім'я до сплати податків?* \$ _____ Або \$ _____
Щомісяця Щорічно

Ви або ваша дитина можете мати право на подальше медичне обслуговування за програмою Medi-Cal або програмами допомоги в оплаті страхових внесків за програмою Covered California.

Я хочу подати заяву на продовження страхового покриття через Medi-Cal або програми допомоги в оплаті страхових внесків у рамках Covered California.* Так Ні

- Якщо ви відповіли *так* на це запитання, то через кілька днів вам буде надіслано поштою заяву. Будь ласка, заповніть її та поверніть у найкоротші терміни.
- Якщо ви відповіли *ні* на це запитання (або якщо ви відповіли *так*, але не повернули заяву), покриття медичних, стоматологічних та допомог по зору заявника припиниться наприкінці наступного місяця, якщо Department of Social Services округу не повідомить вас про інше.

Увага: Заявки на Medi-Cal можна подавати онлайн, поштою, телефоном або особисто. Заявники можуть підписати заяву телефоном за допомогою телефонного підпису, зателефонувавши до окружного офісу Medi-Cal.

- Контактні дані округу можна знайти на сайті:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- Інформацію про те, як подати заяву, можна знайти за посиланням:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Результат розгляду заяви на отримання Children's Presumptive Eligibility (CPE) не впливає на можливість подачі заяви на Medi-Cal для вас або вашої родини. Ви можете подати заяву на Medi-Cal у будь-який час.

Інформація про заявника

Чи є у заявника ідентифікаційна State of California Benefits Identification Card (BIC) або карта Medi-Cal?*

Так Ні

Якщо так, то який ідентифікаційний номер вказано на картці BIC (якщо є)? _____

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Прізвище заявника*		Ім'я*		Середнє ім'я	
Дата народження (MM/DD/YYYY)*	Стать* <input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча		Номер соціального страхування заявника (SSN)		

Якщо ви безпритульний, відзначте це поле

Домашня адреса	Номер квартири	Місто	Штат	Поштовий індекс
----------------	----------------	-------	------	-----------------

Округ проживання* Живете в Каліфорнії?* Так Ні

Домашня адреса	Номер квартири	Місто	Штат	Поштовий індекс
----------------	----------------	-------	------	-----------------

Прізвище матері	Ім'я	Середній ініціал
-----------------	------	------------------

Для заявників молодше одного року, будь ласка, заповніть цей розділ.

Дата народження матері (MM/DD/YYYY)	Номер ідентифікаційного коду або картки Medi-Cal або SSN матері
-------------------------------------	---

Інформація про одного з батьків/законного опікуна

Ім'я одного з батьків/законного опікуна або емансипованого неповнолітнього пацієнта - Прізвище*	Ім'я*	Середній ініціал
---	-------	------------------

Номер домашнього телефону	Номер робочого телефону	Номер телефону для повідомлень
---------------------------	-------------------------	--------------------------------

Якою мовою ви говорите вдома?	Якою мовою ви найкраще читаєте?
-------------------------------	---------------------------------

Сертифікація

Сьогодні я подаю заявку на Children's Presumptive Eligibility. Я підтверджую, що прочитав(ла) і зрозумів(ла) цю форму. Я заявляю, що надана мною інформація є повною, точною та достовірною.

Підпис одного з батьків/опікуна або емансипованого неповнолітнього*	Відношення до заявника*	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 СРЕ.