

### Children’s Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

**ຄຳແນະນຳສຳລັບພໍ່ແມ່ ຫຼືຜູ້ສະໜັກ:**

ຖ້າຕ້ອງການທຶຈະໄດ້ຮັບການກວດສຸຂະພາບໃນມື້ໄດຍບໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທຶຈຳເປັນໃນແບບຟອມນີ້. ຂໍ້ມູນທຶທ່ານໃຫ້ແມ່ນເປັນຄວາມລັບ. ໂຄງການນີ້ເປັນໂຄງການແບບສະໝັກໃຈ.

**ຄຳຖາມທີ່ມີເຄື່ອງໝາຍດອກຈັນ (\*) ແມ່ນຄຳຖາມທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕອບ.**

ຄອບຄົວຂອງເດັກນ້ອຍມີສະມາຊິກຈັກຄົນ? \* \_\_\_\_\_

- ຄອບຄົວ ໝາຍເຖິງຄອບຄົວໃກ້ຄືດທຶອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງເດັກນ້ອຍ. ກະລຸນາລວມເດັກນ້ອຍ, ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ, ອ້າຍເອ້ອຍແລະນ້ອງຂອງເດັກນ້ອຍ ແລະຄູ່ສົມລົດຂອງເດັກນ້ອຍ. ຖ້າສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຖືພາ ໃຫ້ໃສ່ຈຳນວນລູກທຶຄາດວ່າຈະເກີດ. ຫ້າມລວມເອົາຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼືໝູ່ເພື່ອນຄົນອື່ນໆ ເຖິງແມ່ນວ່າເຂົາເຈົ້າຈະອາໄສຢູ່ກັບເດັກນ້ອຍກໍຕາມ.

ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີລາຍໄດ້ຈຳນວນເທົ່າໃດກ່ອນຫັກພາສີ? \* \$ \_\_\_\_\_ ຫຼື \$ \_\_\_\_\_  
ຕໍ່ເດືອນ ຕໍ່ປີ

ທ່ານ ຫຼືລູກຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຜ່ານ Medi-Cal ຫຼືໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເບື້ອປະກັນພາຍໃຕ້ Covered California

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຂໍຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຕໍ່ເນື່ອງຜ່ານ Medi-Cal ຫຼືໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເບື້ອປະກັນພາຍໃຕ້ Covered California.\* ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

- ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ແມ່ນ ສຳລັບຄຳຖາມນີ້ ຈະສົ່ງໃບສະໝັກໃຫ້ທ່ານພາຍໃນສອງສາມມື້. ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນແລະສົ່ງກັບຄືນທັນທີ.
- ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ບໍ່ແມ່ນ ສຳລັບຄຳຖາມນີ້ (ຫຼືຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ແມ່ນ ແຕ່ບໍ່ສົ່ງໃບສະໝັກກັບຄືນ) ຄວາມຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບ, ທັນຕະກຳ ແລະສາຍຕາຈະຢຸດເຊົາໃນທ້າຍເດືອນຕໍ່ໄປ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າ Department of Social Services ຂອງເຄົາຕີຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າເປັນຢ່າງອື່ນ.

**ໂບດຊາບ:** ສາມາດສົ່ງໃບສະໝັກ Medi-Cal ຜ່ານທາງອອນລາຍ, ທາງໄປສະນີ, ທາງໂທລະສັບ ຫຼືດ້ວຍຕົນເອງ. ຜູ້ສະໝັກສາມາດລົງນາມໃນໃບສະໝັກຜ່ານໂທລະສັບໂດຍໃຊ້ລາຍເຊັນທາງໂທລະສັບໂດຍການໂທຫາຫ້ອງການ Medi-Cal ຂອງເຄົາຕີຂອງເຂົາເຈົ້າ.

- ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂອງເຄົາຕີສາມາດຊອກຫາໄດ້ທີ່: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີສະໝັກສາມາດພົບໄດ້ທີ່: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- ຜົນຮັບ ຂອງການສະໝັກຂໍຮັບ Children’s Presumptive Eligibility (CPE) ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານ ຫຼືຄອບຄົວຂອງທ່ານໃນການສະໝັກຂໍຮັບ Medi-Cal. ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍຮັບ Medi-Cal ໄດ້ທຸກເວລາ.

**ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໜັກ**

ຜູ້ສະໜັກມີ State of California Benefits Identification Card (BIC) ຫຼືບັດ Medi-Cal ບໍ?\*

ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ ໝາຍເລກປະຈຳຕົວຢູ່ໃນບັດ BIC ແມ່ນຫຍັງ (ຖ້າມີ)? \_\_\_\_\_

### Children’s Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

ຊື່ຜູ້ສະໜັກ—ນາມສະກຸນ\* ຊື່\* ຊື່ກາງ

ວັນເດືອນປີເກີດ (MM/DD/YYYY)*	ເລດ* <input type="checkbox"/> ເລດຊາຍ <input type="checkbox"/> ເລດຍິງ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ສະໜັກ (SSN)
------------------------------	---	------------------------------------

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ ໃຫ້ຮູ້ເລື່ອງໝາຍບ່ອນນີ້

ທີ່ຢູ່ເຮືອນ	ໝາຍເລກອາພາດເມັນ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------------	-----------------	-------	-----	-------------

ເຄົາຕີທີ່ຢູ່ອາໄສ \* ກຳລັງອາໄສຢູ່ໃນລັດຄາລິຟໍເນຍບໍ່?\*  
 ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ທີ່ຢູ່ເຮືອນ	ໝາຍເລກອາພາດເມັນ	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------------	-----------------	-------	-----	-------------

ຊື່ແມ່—ນາມສະກຸນ	ຊື່	ອັກສອນຫຍໍ້ຂອງຊື່ກາງ
-----------------	-----	---------------------

**ສຳລັບຜູ້ສະໜັກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າຫນຶ່ງປີ ກະລຸນາກອກຂໍ້ມູນໃນພາກສ່ວນນີ້.**

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງແມ່ (MM/DD/YYYY)	ໝາຍເລກບັດ BIC ຫຼື Medi-Cal ຫຼື SSN ຂອງແມ່
-----------------------------------	---

**ຂໍ້ມູນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ**

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼືຄົນເຈັບທົບຜູ້ຢາກສືບສ້າງໃຫ້ເປັນຜູ້ ບັນລຸນິຕິພາວະ—ນາມສະກຸນ*	ຊື່	ອັກສອນຫຍໍ້ ຂອງຊື່ກາງ
---	-----	-------------------------

ເບີໂທລະສັບບ້ານ	ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ	ເບີໂທລະສັບສຳລັບຝາກຂໍ້ຄວາມ
----------------	-----------------------	---------------------------

ທ່ານເວົ້າພາສາຫຍັງຢູ່ເຮືອນ?	ພາສາທີ່ທ່ານອ່ານໄດ້ຖະນັດທິສູດແມ່ນພາສາຫຍັງ?
----------------------------	---

**ການຢັ້ງຢືນ**

ມັນຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຮ້ອງຂໍ Children’s Presumptive Eligibility. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮູ້ວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນ ແບບຟອມສະບັບນີ້ແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໄວ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະຄົບຖ້ວນສົມບູນ.

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ຫຼືຄົນເຈັບທົບຜູ້ຢາກສືບສ້າງ ໃຫ້ເປັນຜູ້ບັນລຸນິຕິພາວະ*	ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ສະໜັກ *	ວັນທີ*
---	------------------------	--------

ບຸຄຄົນມີສິດທິຈະກວດສອບບັນທຶກທີ່ປະກອບດ້ວຍຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງເຂົາເຈົ້າ. ໜ່ວຍງານທີ່ເປັນທາງການທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນ ການເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນແມ່ນ Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. ສຳເນົາຂອງຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນກັບ Department of Social Services ຂອງເຄົາຕີໃນເຄົາຕີທີ່ທ່ານ ອາໄສຢູ່ ແລະຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ໃນບັນທຶກທາງການແພດຂອງລູກຂອງທ່ານໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ CPE ຂອງລູກຂອງທ່ານ.