

ເອກະສານລົງທະບຽນເບື້ອງຕົ້ນສໍາລັບ Children’s Presumptive Eligibility

ຄໍາແນະນຳເຖິງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ສະໝັກ:

ເພື່ອຮັບການກວດສຸຂະພາບໃນມື້ນີ້ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້. ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ແມ່ນເປັນຄວາມລັບ. ນີ້ແມ່ນໂຄງການແບບສະໝັກໃຈ.

ໃນຄອບຄົວຂອງເດັກນ້ອຍ ມີຈັກຄົນ? _____

- ຄອບຄົວ ໝາຍເຖິງ ຄອບຄົວໃກ້ຊິດທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງເດັກນ້ອຍ. ປະກອບມີເດັກນ້ອຍ, ພໍ່ແມ່ຂອງເດັກນ້ອຍ, ອ້າຍເອື້ອຍນ້ອງຂອງເດັກນ້ອຍ ແລະ ຄູ່ສົມລົດຂອງເດັກນ້ອຍ. ຖ້າສະມາຊິກໃນຄອບຄົວຖືພາ, ໃຫ້ໃສ່ຈໍານວນລູກທີ່ຄາດໄວ້. ຢ່າລວມເອົາຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນຄົນອື່ນໆ, ເຖິງແມ່ນວ່າເຂົາເຈົ້າຈະອາໄສຢູ່ນຳເດັກກໍຕາມ.

ຄອບຄົວຂອງທ່ານມີລາຍຮັບກ່ອນເສຍພາສີ ຫຼາຍປານໃດ? \$ _____ ຫຼື \$ _____
ຕໍ່ເດືອນ ຕໍ່ປີ

ທ່ານ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ຜ່ານ Medi-Cal ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອເບ້ຍປະກັນພາຍໃຕ້ Covered California.

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການສະໝັກເພື່ອສືບຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Medi-Cal ຫຼື ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອເບ້ຍປະກັນພາຍໃຕ້ Covered California.
ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

- ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ແມ່ນ ສາລັບຄາຖາມນີ້, ໃບສະໝັກຈະຖືກສົ່ງຫາທ່ານພາຍໃນສອງສາມມື້. ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ແລະ ສົ່ງມັນກັບຄືນທັນທີ.
- ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ບໍ່ແມ່ນ ສາລັບຄາຖາມນີ້ (ຫຼື ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ ແມ່ນ ແຕ່ບໍ່ສົ່ງຄືນໃບສະໝັກ), ການຄຸ້ມຄອງຂອງຜູ້ສະໝັກສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດດ້ານສຸຂະພາບ, ການດູແລແຂ້ວ, ແລະ ສາຍຕາ ຈະສິ້ນສຸດໃນສໍາຫຼ່າຍເດືອນໜ້າ ເວັນເສຍແຕ່ Department of Social Services ຂອງຄາລິຟໍເນຍຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນແນວອື່ນ.

ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຄໍາຮ້ອງສະໝັກ Medi-Cal ສາມາດຍິ້ນສິ່ງໄດ້ທາງອອນລາຍ, ທາງໄປສະນີ, ທາງໂທລະສັບ ຫຼື ດ້ວຍຕົນເອງ. ຜູ້ສະໝັກສາມາດເຊັນຊື່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຜ່ານໂທລະສັບ ໂດຍໃຊ້ລາຍເຊັນທາງໂທລະສັບ ໂດຍການໂທຫາຫ້ອງການ Medi-Cal ປະຈໍາຄາວຕີ້ຂອງຕົນ.

- ສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂອງຄາວຕີ້ໄດ້ທີ່: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີສະໝັກສາມາດເບິ່ງໄດ້ທີ່: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- ຜົນໄດ້ຮັບຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ Children’s Presumptive Eligibility (CPE) ບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຄວາມສາມາດຂອງທ່ານ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງທ່ານໃນການສະໝັກ Medi-Cal. ທ່ານສາມາດສະໝັກ Medi-Cal ໄດ້ທຸກເວລາ.

ຂໍ້ມູນຜູ້ສະໝັກ

ຜູ້ສະໝັກມີບັດ State of California Benefits Identification Card (BIC) ຫຼື Medi-Cal ບໍ?

ມີ ບໍ່ມີ

ຖ້າມີ, ໝາຍເລກປະຈາຕິວຢູ່ໃນບັດ BIC ແມ່ນຫຍັງ (ຖ້າມີ)? _____

ເອກະສານລົງທະບຽນເບື້ອງຕົ້ນສໍາລັບ Children’s Presumptive Eligibility

ຊື່—ນາມສະກຸນຜູ້ສະໝັກ	ຊື່ແທ້	ຊື່ກາງ
ວັນທີ່ເກີດ (MM/DD/YYYY)	ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງຜູ້ສະໝັກ (SSN) <i>(ທາງເລືອກ)</i>

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ບ່ອນນີ້

ທີ່ຢູ່ເຮືອນ	ອະພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ຄາວຕີ້ທີ່ອາໄສຢູ່	ອາໄສຢູ່ໃນຄາລິຟໍເນຍບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ)	ອະພາດເມັ້ນ #	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
---------------------------------	--------------	-------	-----	-------------

ຊື່—ນາມສະກຸນຂອງແມ່	ຊື່ແທ້	ຊື່ກາງຫຍໍ້
---------------------------	---------------	-------------------

ສໍາລັບຜູ້ສະໝັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າຫນຶ່ງປີ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນພາກນີ້.

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

ຂໍ້ມູນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

ຊື່-ນາມສະກຸນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ຄົນເຈັບຜູ້ເຍົາທີ່ເປັນອິດສະຫຼະ	ຊື່ແທ້	ຊື່ກາງຫຍໍ້
ເບີໂທລະສັບບ້ານ	ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ	ເບີໂທລະສັບເພື່ອສົ່ງຂໍ້ຄວາມ

ທ່ານເວົ້າພາສາຫຍັງຢູ່ເຮືອນ?	ທ່ານອ່ານພາສາໃດໄດ້ດີກ່ວາໝູ່?
----------------------------	-----------------------------

ການຢັ້ງຢືນ

ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງຂໍ Children’s Presumptive Eligibility ໃນມື້ນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈແບບຟອມນີ້ແລ້ວ. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ, ແລະ ຄົບຖ້ວນສົມບູນ.

ເອກະສານລົງທະບຽນເບື້ອງຕົ້ນສໍາລັບ Children’s Presumptive Eligibility

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ເຍົາທີ່ເປັນອິດສະຫຼະ	ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ສະໝັກ	ວັນທີ
---	----------------------	-------

ບຸກຄົນມີສິດຂໍເບິ່ງບັນທຶກທີ່ມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງເຂົາເຈົ້າ. ໜ່ວຍງານທາງການທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນແມ່ນ Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. ສໍາເນົາຂອງຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນກັບ Department of Social Services ປະຈໍາຄາວຕໍ່ທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ CPE ຂອງລູກທ່ານ ຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ກັບບັນທຶກທາງການແພດຂອງລູກທ່ານ.