

## کار برگ پیش ثبت نام Children's Presumptive Eligibility

### دستورالعمل‌ها به والدین یا متقاضی:

برای دریافت معاینه سلامت امروز بدون پرداخت هزینه، باید اطلاعات مورد نیاز در این فرم را ارائه دهید. اطلاعاتی که می‌دهید محرمانه است. این یک برنامه داوطلبانه است.

خانواده کودک چند نفر هستند؟ \_\_\_\_\_

- خانواده به خانواده‌ای بلاواسطه اطلاق می‌شود که در خانه کودک زندگی می‌کنند. لطفاً کودک، والدین کودک، خواهر و برادر کودک و همسر کودک را شامل کنید. اگر یکی از اعضای خانواده باردار است، تعداد نوزادان در راه را در نظر بگیرید. سایر خویشاوندان یا دوستان خود را حتی اگر با کودک زندگی می‌کنند، شامل نکنید.

خانواده شما بدون کسر مالیات چقدر درآمد دارند؟ \$ \_\_\_\_\_ ماهانه  
\$ \_\_\_\_\_ سالانه

شما یا کودک شما ممکن است واجد شرایط پوشش مداوم مراقبت‌های بهداشتی از طریق Medi-Cal یا برنامه‌های کمکی حق بیمه Covered California باشید.

من می‌خواهم برای ادامه پوشش مراقبت‌های بهداشتی از طریق Medi-Cal یا برنامه‌های کمکی حق بیمه Covered California درخواست کنم.  بله  خیر

- اگر به این سوال پاسخ بله داده اید، در ظرف چند روز یک درخواست برای شما پست می‌شود. لطفاً آن را پر کرده و سریعاً برگردانید.
- اگر به این سوال خیر پاسخ دادید (یا اگر به این سوال بله پاسخ داده‌اید اما درخواست را بر نمی‌گردانید)، پوشش متقاضی برای مزایای سلامتی، دندانپزشکی و بینایی تا پایان ماه آینده قطع خواهد شد مگر اینکه Department of Social Services شهرستان به شما اعلامیه دیگری ارسال کند.

**توجه:** درخواست هلی Medi-Cal می‌تواند آنلاین، از طریق پست، تلفنی یا حضوری ارسال شوند. متقاضیان می‌توانند با تماس با دفتر Medi-Cal شهرستان خود از طریق تلفن، امضای یک درخواست را تلفنی انجام دهند.

- اطلاعات تماس با شهرستان را می‌توانید در آدرس زیر پیدا کنید:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>

- اطلاعات در مورد روش‌های درخواست را می‌توانید در آدرس زیر پیدا کنید:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>

- نتیجه درخواست Children's Presumptive Eligibility (CPE) بر شما یا توانایی خانواده شما برای درخواست Medi-Cal تأثیری ندارد. شما می‌توانید در هر زمان برای Medi-Cal درخواست دهید.

### معلومات متقاضی

آیا متقاضی State of California Benefits Identification Card (BIC) یا کارت Medi-Cal دارد؟

بله  خیر

اگر بله، شماره شناسایی روی کارت BIC (در صورت موجود بودن) چیست؟ \_\_\_\_\_

## کار برگ پیش ثبت نام Children's Presumptive Eligibility

نام متقاضی—نام خانوادگی	نام	نام میانی
تاریخ تولد (MM/DD/YYYY)	جنسیت مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	شماره تامین اجتماعی (SSN) متقاضی (اختیاری)

اگر شما بی خانمان است، اینجا را علامت گذاری کنید.

آدرس خانه	شماره آپارتمان	شهر	ایالت	زیپ کد
-----------	----------------	-----	-------	--------

شهرستان محل اقامت در کالیفرنیا زندگی می کنید؟ بله  خیر

آدرس پستی (در صورت متفاوت بودن)	شماره آپارتمان	شهر	ایالت	زیپ کد
---------------------------------	----------------	-----	-------	--------

نام مادر—نام خانوادگی نام اولیه میانی

برای برای متقاضیان زیر یک سال، لطفا این بخش را تکمیل کنید.

مادر تاریخ تولد مادر (MM/DD/YYYY)	شماره کارت BIC یا Medi-Cal یا SSN مادر
-----------------------------------	--

## اطلاعات والد/سرپرست قانونی

نام والد/سرپرست قانونی یا کودک بیمار خارج از قیمومیت—نام خانوادگی نام اولیه میانی

شماره تلفن خانه	شماره تلفن محل کار	شماره تلفن پیام
-----------------	--------------------	-----------------

در خانه بیشتر به چه زبانی صحبت می کنید؟ کدام زبان را بهتر می خوانید؟

## گواهی

من امروز Children's Presumptive Eligibility را درخواست می کنم. من گواهی می دهم که این فرم را خوانده و درک کرده ام. من اعلام می کنم که اطلاعاتی که ارائه کرده ام راست، صحیح و کامل است.

امضای والد/سرپرست قانونی یا کودک خارج از قیمومیت	نسبت با متقاضی	تاریخ
--	----------------	-------

یک فرد حق دارد سوابق حاوی اطلاعات شخصی خود را مرور کند. نهاد رسمی مسئول حفظ معلومات،

Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413  
 کپی از این معلومات ممکن است با Department of Social Services شهرستان در شهرستانی که در آن زندگی می کنید به اشتراک گذاشته شود و توسط ارائه دهنده CPE فرزندان با سوابق طبی فرزندان نگهداری شود.