

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

両親または申請者への指示:

本日無料で健康診断を受けるには、このフォームで求められる情報を提供する必要があります。ご提供いただいた情報は機密扱いとなります。これはボランティアプログラムです。

アスタリスク (*) の付いた質問は必須です。

お子様がいる家族の人数は何人ですか?* _____

- ここでの家族とは、お子様と同居している近親者を指します。お子様、お子様の両親、お子様の兄弟姉妹、お子様の配偶者を含めてください。家族の誰かが妊娠している場合は、出産予定のお子様の数を含めてください。お子様と同居しているとしても、他の親戚や友人は含めないでください。

課税前の家族の収入はいくらですか?* \$ _____ または \$ _____
月収 年収

あなたまたはお子様は、Covered Californiaに基づく、Medi-Calまたはプレミアム・アシスタント・プログラムを通じて継続的な医療保険を受ける資格がある場合があります。

Covered Californiaに基づくMedi-Calまたはプレミアム・アシスタント・プログラムを通じて継続的な医療保険を申請したいです。* はい いいえ

- はいと回答した場合、数日後に申請書が郵送されます。その申請書に記入後、速やかに返送してください。
- いいえと回答した (またははいと回答したが申請書を返送しない) 場合、郡の Department of Social Services から別途通知がない限り、申請者の健康保険、歯科保険、視力給付金の補償は来月末で終了します。

注意事項:Medi-Calの申請書はオンライン、Eメール、電話、または窓口で提出することができます。申請者は、郡のMedi-Calオフィスに電話することで、電話署名を使用して申請書に署名できます。

- 郡の連絡先はこちらをご覧ください:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- 申請方法に関する情報はこちらをご覧ください:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Children's Presumptive Eligibility (CPE) の申請結果は、あなたや家族によるMedi-Calの申請には影響しません。Medi-Calはいつでも申請できます。

申請者情報

申請者はState of California Benefits Identification Card (BIC) またはMedi-Calカードを持っていますか?*

はい いいえ

持っている場合、BIC カードの識別番号は何ですか (可能な場合)? _____

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

申請者の名前—姓*	名*	ミドルネーム
-----------	----	--------

生年月日 (MM/DD/YYYY) *	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	申請者のソーシャルセキュリティ番号 (SSN)
---------------------	--	-------------------------

ホームレスの場合、ここにチェックしてください。

自宅住所	アパート番号	市	州	郵便番号
------	--------	---	---	------

お住いの郡*	カリフォルニア在住ですか?* <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--------	--

自宅住所	アパート番号	市	州	郵便番号
------	--------	---	---	------

母親の名前—姓	名	ミドルネームのイニシャル
---------	---	--------------

申請者が1歳未満の場合、こちらの欄に記入してください。

母親の生年月日 (MM/DD/YYYY)	母親のBICまたはMedi-Calカード番号またはSSN
----------------------	------------------------------

両親/法的保護者の情報

両親/法的保護者の名前または法的に独立した未成年の患者—姓*	名*	ミドルネームのイニシャル
--------------------------------	----	--------------

自宅の電話番号	職場の電話番号	ショートメッセージ用の電話番号
---------	---------	-----------------

家庭内で話す言語は何語ですか?	読む際に一番使用する言語は何ですか?
-----------------	--------------------

認証

本日、Children's Presumptive Eligibilityを要求します。私はこのフォームを読み、理解したことを保証します。私は、私が提供した情報が真実、正確、完全であることを宣言します。

両親/親権者または法的に独立した未成年の署名*	申請者との関係*	日付*
-------------------------	----------	-----

個人は、自分の個人情報を含む記録を確認する権利を有します。情報の保管を担当する公的機関は、Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 です。この情報のコピーを、お住いの郡のDepartment of Social Servicesと共有する場合があります、お子様の医療記録は、お子様のCPEプロバイダーによって保管されます。