

ຄຳຮ້ອງຂໍສະຫມັກ Newborn Gateway

ຄຳແນະນຳເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:

- ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Presumptive Eligibility ຕ້ອງລາຍງານການເກີດຂອງເດັກນ້ອຍ ກັບ Medi-Cal ຫຼື ໜ່ວຍວຽກເຊື່ອມໂຍງ Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP) ທີ່ເກີດຢູ່ໃນສະຖານທີ່ອຳນວຍຄວາມສະດວກຂອງພວກເຂົາພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກການເກີດລູກ ຫຼື ໜາງມີເຮັດວຽກຫຼັງຈາກອອກຈາກໂຮງໝໍ, ອັນໃດໄວກ່ວາແມ່ນໃຊ້ອັນນັ້ນ.
 - ສະຖານທີ່ອຳນວຍຄວາມສະດວກລວມມີ ໂຮງໝໍ, ສນເກີດລູກ, ຫຼື ສະຖານທີ່ເກີດລູກອື່ນໆ.
 - ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງບໍ່ ຈຳເປັນຕ້ອງຕື່ມ ຫຼື ລົງລາຍເຊັນໃນຄຳຮ້ອງຂໍ ສະໝັກ. ຖ້າ ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງເດັກບໍ່ວ່າງ, ກະລຸນາສົ່ງໃບສະໝັກຜ່ານ Newborn Gateway ຂອງພໍ່ທັລ Children’s Presumptive Eligibility.
 - ຄຳຮ້ອງຂໍສະຫມັກນີ້ ຈຳເປັນສຳລັບເດັກນ້ອຍແຕ່ລະຄົນ.
- ເດັກເກີດໃໝ່ທີ່ເກີດຈາກແມ່ທີ່ມີ Medi-Cal ຫຼື Medi-Cal Access Program (MCAP) ມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດເມື່ອການເກີດລູກໄດ້ຖືກລາຍງານຜ່ານ Newborn Gateway. ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ແລະ ສົ່ງຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອລົງທະບຽນເດັກເກີດໃໝ່ເຂົ້າໃນການຄຸ້ມຄອງ.
- ບໍ່ວ່າເດັກເກີດໃໝ່ຈະໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖຸກປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງກໍຕາມ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈະຕ້ອງອອກ insurance affordability application ໃຫ້ແກ່ຄອບຄົວ ແລະ ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຂົາຮູ້ວ່າມັນສາມາດຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອສະຫມັກຂໍການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບສຳລັບຜູ້ທີ່ຍັງບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ. Insurance affordability application, ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ Single Streamlined Application, ມີໃຫ້ພິມຈາກສ່ວນແຫ່ງຂໍ້ມູນຂອງພໍ່ທັລ.

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບເດັກເກີດໃໝ່

ຊື່—ນາມສະກຸນຂອງຄົນເຈັບ ຊື່ແທ້ ຊື່ກາງ ນາມສຸດທ້າຍ (Jr. Sr. II. ແລະ ອື່ນໆ)

ວັນທີ່ເກີດ (MM/DD/YYYY)	ເພດ ຍິງ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/>	
-------------------------	--	--

ຖ້າຄົນເຈັບບໍ່ມີທີ່ຢ່ອາໄສ, ໃຫ້ເລືອກບ່ອນນີ້. ໃສ່ທີ່ຢ່າທົ່ວໄປໃນສ່ວນ "ທີ່ຢ່າເຮືອນ" ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ "ທີ່ຢ່າທາງໄປສະນີ".

ທີ່ຢ່າເຮືອນ	ເບີໂອະພາດເມັ້ນ	ເມອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------------	----------------	------	-----	-------------

ຄາວຕີ້ທີ່ອາໄສຢ່າ

ທີ່ຢ່າທາງໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ)	ເບີໂອະພາດເມັ້ນ	ເມອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
---------------------------------	----------------	------	-----	-------------

ສຳລັບຄົນເຈັບເດັກເກີດໃໝ່, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນນີ້ກັບຂໍ້ມູນລະອຽດຂອງແມ່.

ຊື່—ນາມສະກຸນຂອງແມ່ ຊື່ແທ້ ຊື່ກາງຫຍໍ້

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງແມ່ MM/DD/YYYY	ໝາຍເລກບັດ BIC ຫຼື Medi-Cal ຫຼື ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງແມ່
------------------------------------	---

ເບີໂທລະສັບບ້ານ	ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ	ເບີໂທລະສັບເພື່ອສິ່ງຂໍ້ຄວາມ
ທ່ານເວົ້າພາສາຫຍັງຢ່າງເຮືອນ?		ທ່ານອ່ານພາສາໃດໄດ້ດີກ່ວາໝໍ?

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: ທ່ານໄດ້ອອກ insurance affordability application ບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ການຢັ້ງຢືນ:

ເດັກເກີດໃໝ່ຈະຖືກປະເມີນວ່າມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຫຼື MCAIP.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ສະຫນອງໃຫ້ຂ້າງເທິງແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມສິ່ງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ທີ່ສດ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງສໍາລັບ Newborn Gateway. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ພໍ່ແມ່ລົງລາຍເຊັນໄດ້, ໃຫ້ໃສ່ N/A ແລະ ວັນທີ.

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ (ມີ ຫຼື ບໍ່ມີກໍ່ໄດ້)	ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບເດັກເກີດໃໝ່	ວັນທີ
---	--------------------------------	-------

ບກຄົນມີສດຂໍເບິ່ງບັນທຶກທີ່ມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງເຂົາເຈົ້າ. ໜ່ວຍງານທາງການທີ່ຮັບຜດຊອບໃນການເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນແມ່ນ Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. ສໍາເນາຂອງຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກແບ່ງປັນກັບ Department of Social Services ປະຈໍາຄາວຕໍ່ທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງລກທ່ານ ຈະຖືກເກັບຮັກສາໄວ້ກັບບັນທຶກທາງການແພດຂອງລກທ່ານ.