

Newborn Gateway 申請

醫療機構須知:

- **Presumptive Eligibility** 醫療機構必須在具有 Medi-Cal 或 Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP) 關聯的嬰兒出生後 72 小時內或出院後一個工作日內 (以較早者為準) 報告在其設施內出生的情況。設施包括醫院、分娩中心或其他分娩場所。
 - 設施包括醫院、分娩中心或其他分娩場所。
 - 不要求家長或監護人填寫或簽署申請表。如果父母或監護人不在、請通過 Children's Presumptive Eligibility 網站的 Newborn Gateway 部分提交申請表。
 - 每個嬰兒都需要一份申請表。
- 通過 Newborn Gateway 報告出生時、Medi-Cal 或 Medi-Cal Access Program (MCAP) 母親所生的新生兒有資格享受醫療保險。請填寫並提交以下資訊、將新生兒納入保險範圍。
- 無論新生兒被准予還是被拒絕參加保險、醫療機構都必須向其家庭簽發 insurance affordability application 申請表、並告訴他們可以用於為沒有保險的人申請健康保險。Insurance affordability application、有時被稱為 Single Streamlined Application、可從網站的資源部分列印。

 新生兒病人的資訊

病人的姓名—姓	名	中間名	後綴 (Jr. Sr. II. 等)
---------	---	-----	--------------------

出生的日期 (MM/DD/YYYY)	性別	
	女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/>	

如果病人無家可歸、請在此處查看。在“家庭地址”部分輸入一般位置、並填寫“郵寄地址”部分。

家庭地址	公寓號	都市	州	郵政編碼
------	-----	----	---	------

居住的縣

郵寄地址 (如果不同)	公寓號	都市	州	郵政編碼
-------------	-----	----	---	------

對於新生兒患者、請填寫母親的詳細資訊。

母親的姓名—姓	名	中間名字首
---------	---	-------

母親的出生日期 MM/DD/YYYY	母親的 BIC 或 Medi-Cal 卡號或社會保障號碼
--------------------	------------------------------

家庭電話號碼	工作電話號碼	短信電話號碼
--------	--------	--------

您在家說哪種語言?	您讀哪種語言最好?
-----------	-----------

醫療機構: 您是否簽發了 insurance affordability application? 是 否

認證:

新生兒將接受 Medi-Cal 或 MCAIP 的資格評估。本人聲明、據本人所知上述資訊是正確的。

醫療機構: Newborn Gateway 不需要家長/監護人的簽名。如果您沒有簽名、請填寫 N/A 和日期。

父母/監護人的簽名 (可選)	與新生兒病人的關係	日期
----------------	-----------	----

個人有權查閱包含其個人資訊的記錄。負責保存資訊的官方實體是 Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413。此資訊的副本可能會與您所在縣的 Department of Social Services 分享、並由您子女的 醫療機構隨您子女的醫療記錄一起保存。