

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Hướng Dẫn Cho Phụ Huynh Hoặc Người Nộp Đơn:

Để được khám sức khỏe miễn phí ngay hôm nay, quý vị phải cung cấp thông tin theo yêu cầu trong mẫu đơn này. Thông tin do quý vị cung cấp là bí mật. Đây là chương trình tự nguyện.

Những câu hỏi có dấu hoa thị (*) đều là bắt buộc.

Có bao nhiêu người trong gia đình của trẻ?* _____

- Gia đình được hiểu là những thành viên ruột thịt sống cùng nhà với trẻ. Vui lòng bao gồm trẻ, cha mẹ của trẻ, anh chị em ruột của trẻ và người phối ngẫu của trẻ. Nếu một thành viên trong gia đình đang mang thai, vui lòng tính cả số em bé dự kiến sinh. Không bao gồm những người thân hoặc bạn bè khác, ngay cả khi họ sống chung với trẻ.

Gia đình quý vị kiếm được bao nhiêu tiền trước khi trừ thuế?* \$ _____ Hoặc \$ _____
Hàng tháng Hàng năm

Quý vị hoặc con quý vị có thể đủ điều kiện để tiếp tục được bảo hiểm chăm sóc sức khỏe thông qua Medi-Cal hoặc các chương trình trợ cấp bảo hiểm thuộc Covered California

Tôi muốn đăng ký để tiếp tục duy trì bảo hiểm thông qua Medi-Cal hoặc các chương trình trợ cấp bảo hiểm thuộc Covered California.* Có Không

- Nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi này, đơn đăng ký sẽ được gửi đến quý vị qua thư trong vài ngày. Vui lòng điền đầy đủ thông tin và gửi lại đơn đăng ký càng sớm càng tốt.
- Nếu quý vị trả lời không cho câu hỏi này (hoặc nếu quý vị trả lời có nhưng không gửi lại đơn đăng ký), quyền lợi bảo hiểm y tế, nha khoa và thị lực của người nộp đơn sẽ chấm dứt vào cuối tháng sau trừ khi Department of Social Services của quận thông báo cho quý vị biết điều khác.

Lưu ý: Các đơn đăng ký Medi-Cal có thể nộp trực tuyến, qua thư, qua điện thoại hoặc trực tiếp. Những người nộp đơn có thể ký vào đơn đăng ký qua điện thoại bằng cách sử dụng chữ ký điện thoại bằng cách gọi đến văn phòng Medi-Cal của quận mình.

- Quý vị có thể tìm thấy thông tin liên lạc của quận tại:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- Thông tin về cách nộp đơn có thể được tìm thấy tại:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Kết quả của đơn đăng ký Children's Presumptive Eligibility (CPE) không ảnh hưởng đến quý vị hoặc khả năng đăng ký tham gia Medi-Cal của gia đình quý vị. Quý vị có thể đăng ký tham gia Medi-Cal bất cứ lúc nào.

Thông Tin về Người Nộp Đơn

Người nộp đơn có State of California Benefits Identification Card (BIC) hoặc thẻ Medi-Cal không?*

Có Không

Nếu có, mã số nhận dạng trên thẻ BIC là gì (nếu có sẵn)? _____

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Tên người nộp đơn—Họ*		Tên*		Tên Lót	
Ngày sinh (MM/DD/YYYY)*	Giới tính* <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số An Sinh Xã Hội Của Người Nộp Đơn (SSN)			

Nếu quý vị là người vô gia cư, hãy đánh dấu vào đây

Địa chỉ nhà	Số căn hộ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
-------------	-----------	-----------	-----------	--------

Quận Cư Trú*	Đang sống tại California?*
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Địa chỉ nhà	Số căn hộ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
-------------	-----------	-----------	-----------	--------

Tên Mẹ—Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Lót
-----------	-----	---------------------

Đối Với Những Người Nộp Đơn Dưới Một Tuổi, Vui Lòng Hoàn Thành Phần Này.

Ngày Sinh Của Mẹ (MM/DD/YYYY)	Số Thẻ BIC hoặc Medi-Cal hoặc SSN Của Mẹ
-------------------------------	--

Thông Tin Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Tên của phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc bệnh nhân là trẻ vị thành niên được giải phóng—Họ*	Tên*	Chữ Cái Đầu Tên Lót
--	------	---------------------

Số điện thoại nhà	Số điện thoại công việc	Số điện thoại nhắn tin
-------------------	-------------------------	------------------------

Quý vị nói ngôn ngữ gì ở nhà?	Quý vị đọc ngôn ngữ nào tốt nhất?
-------------------------------	-----------------------------------

Xác Thực

Hôm nay tôi đang yêu cầu chương trình Children's Presumptive Eligibility. Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn này. Tôi tuyên bố rằng thông tin tôi cung cấp là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ.

Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ hoặc Trẻ Vị Thành Niên Được Giải Phóng*	Mối Quan Hệ Với Người Nộp Đơn*	Ngày*
--	--------------------------------	-------

Mỗi cá nhân có quyền xem xét các hồ sơ có chứa thông tin cá nhân của mình. Cơ quan chính thức chịu trách nhiệm lưu giữ thông tin này là Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Một bản sao thông tin này có thể được chia sẻ với Department of Social Services của quận nơi quý vị cư trú và sẽ được nhà cung cấp CPE của con quý vị lưu giữ cùng hồ sơ y tế của con quý vị.