

ใบสมัคร Newborn Gateway

คำชี้แจงสำหรับผู้ให้บริการ:

- ผู้ให้บริการ Presumptive Eligibility จะต้องรายงานการเกิดของทารกกับ Medi-Cal หรือฝ่ายประสานงานของ Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP) ที่เกิดในอาคารสถานที่ของพวกเขาภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากการเกิดหรือหนึ่งวันทำการหลังจากให้ออกจากโรงพยาบาล แล้วแต่ว่าเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นก่อน
 - อาคารสถานที่ที่หมายความรวมถึงโรงพยาบาล ศูนย์ทำคลอดหรือสถานที่ทำคลอดอื่น ๆ
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่ต้องกรอกหรือลงนามในใบสมัคร หากพ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่อยู่ให้ส่งใบสมัครผ่านส่วน Newborn Gateway ของพอร์ทัล Children's Presumptive Eligibility
 - ใบสมัครนี้จำเป็นสำหรับทารกแต่ละคน
- ทารกที่เกิดจากแม่ที่มี Medi-Cal หรือ Medi-Cal Access Program (MCAP) มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองเมื่อมีการรายงานการเกิดผ่าน Newborn Gateway โปรดกรอกและส่งข้อมูลด้านล่างนี้เพื่อลงทะเบียนทารกเข้าในความคุ้มครอง
- โดยไม่คำนึงว่าทารกจะได้รับอนุมัติหรือปฏิเสธความคุ้มครอง ผู้ให้บริการจะต้องออก insurance affordability application ให้แก่ครอบครัว และแจ้งให้พวกเขาทราบว่าเอกสารนี้สามารถใช้เพื่อสมัครขอรับความคุ้มครองประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ยังไม่มี ความคุ้มครอง ทั้งนี้ insurance affordability application ซึ่งบางครั้งจะหมายถึง Single Streamlined Application สามารถพิมพ์จากส่วนแหล่งข้อมูลของพอร์ทัลได้

ข้อมูลผู้ป่วยทารก

ชื่อ—นามสกุลผู้ป่วย ชื่อจริง ชื่อกลาง คำต่อท้าย (Jr. Sr. II. ฯลฯ)

วันเกิด (MM/DD/YYYY)

เพศ

หญิง

ชาย

หากผู้ป่วยเป็นผู้ไ้บ้าน ให้ทำเครื่องหมายที่นี้ กรอกที่อยู่ทั่วไปในหัวข้อ "ที่อยู่ที่บ้าน" และกรอกหัวข้อ "ที่อยู่ไปรษณีย์"

ที่อยู่ที่บ้าน

หมายเลขขอพาร์ตเมนต์

เมือง

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

เขตที่พำนักอาศัย

ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากไม่เหมือนกัน)

หมายเลขขอพาร์ตเมนต์

เมือง

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

สำหรับผู้ป่วยทารก โปรดกรอกรายละเอียดของมารดาในส่วนนี้

ชื่อ-นามสกุลของมารดา

ชื่อจริง

อักษรย่อของชื่อกลาง

วันเกิดของมารดา
MM/DD/YYYY

หมายเลขบัตร BIC หรือ Medi-Cal
หรือหมายเลขประกันสังคมของมารดา

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

หมายเลขโทรศัพท์เพื่อส่งข้อความ

คุณพูดภาษาอะไรที่บ้าน

ภาษาอะไรที่คุณอ่านแล้วเข้าใจที่สุด

ผู้ให้บริการ: คุณได้ออก insurance affordability application แล้วใช่หรือไม่ ใช่ ไม่**การรับรอง:**

ทารกจะได้รับการประเมินว่าคุณสมบัติเพื่อรับสิทธิ Medi-Cal หรือ MCAIP
 ชาวเขาขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไวขางตนเป็นข้อมูลที่ถูกต้องเท่าที่ชาวเขาทราบ

ผู้ให้บริการ: ไม่จำเป็นต้องมีลายเซ็นของพ่อแม่/ผู้ปกครองสำหรับ Newborn Gateway
 หากคุณไม่สามารถให้พ่อแม่เซ็นได้ ให้ใส่ N/A และระบุวันที่

ลายเซ็นพ่อแม่/ผู้ปกครอง (มีหรือไม่มีก็ได้)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทารก

วันที่

บุคคลมีสิทธิขอฉบับที่กที่มีข้อมูลส่วนบุคคลของตน องค์กรของทางการที่รับผิดชอบการรักษาข้อมูลคือ Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413
 สำเนาของเอกสารข้อมูลนี้อาจถูกส่งไปให้ Department of Social Services ประจำเขตที่คุณอยู่อาศัย
 และจะเก็บรักษาไว้กับบันทึกทางการแพทย์ของบุตรของคุณ โดยผู้ให้บริการของบุตรของคุณ