

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

신청자 이름-성*	이름*	중간 이름
-----------	-----	-------

생년월일(MM/DD/YYYY)*	성별* <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	신청자의 사회 보장 번호(SSN)
-------------------	--	--------------------

노숙인인 경우 여기를 체크하세요

집 주소	아파트 번호	시	주	우편번호
------	--------	---	---	------

거주 카운티*	캘리포니아에 거주하십니까?*
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

집 주소	아파트 번호	시	주	우편번호
------	--------	---	---	------

어머니 이름-성	이름	중간 약자
----------	----	-------

만 1세 미만 신청자의 경우 이 섹션을 작성해 주세요.

어머니의 생년월일(MM/DD/YYYY)	어머니의 BIC 또는 Medi-Cal 카드 번호 또는 SSN
-----------------------	-----------------------------------

부모/법적 보호자 정보

부모/법적 보호자 또는 독립한 미성년 환자의 이름-성*	이름*	중간 약자
--------------------------------	-----	-------

집 전화번호	직장 전화번호	메시지 전화번호
--------	---------	----------

집에서 어떤 언어를 사용하시나요?	어떤 언어를 가장 잘 읽으시나요?
--------------------	--------------------

인증

본인은 오늘 Children's Presumptive Eligibility를 요청합니다. 본인은 이 양식을 읽고 이해했음을 증명합니다. 본인은 제공한 정보가 사실이며 정확하고 완전함을 선언합니다.

부모/후견인 또는 독립한 미성년자의 서명*	신청자와의 관계*	날짜*
-------------------------	-----------	-----

개인은 자신의 개인정보가 포함된 기록을 검토할 권리가 있습니다. 정보를 보관하는 공식 기관은 Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413입니다. 이 정보의 사본은 귀하가 거주하는 카운티의 카운티 Department of Social Services와 공유될 수 있으며, 자녀의 CPE 제공자가 자녀의 의료 기록과 함께 보관합니다.