

Children's Presumptive Eligibility Рабочий лист предварительного зачисления

Инструкции для Родителя или Заявителя:

Для того чтобы сегодня получить бесплатное медицинское обследование, вы должны предоставить информацию, указанную в этом бланке. Предоставленная вами информация является конфиденциальной. Это добровольная программа.

Сколько человек в семье ребенка? _____

- Под семьей подразумеваются ближайшие родственники, проживающие в доме ребенка. Пожалуйста, включите ребенка, родителей ребенка, братьев и сестер ребенка и супруга/у ребенка. Если кто-то из членов семьи беременный, укажите количество ожидаемых детей. Не включайте других родственников или друзей, даже если они живут вместе с ребенком.

Сколько денег зарабатывает ваша семья до уплаты налогов? \$ _____ или \$ _____
Ежемесячно Ежегодно

Вы или ваш ребенок можете иметь право на дальнейшее медицинское обслуживание по программе Medi-Cal или программам помощи в оплате страховых взносов в рамках Covered California.

Я хочу подать заявление на продолжение страхового покрытия через Medi-Cal или программы помощи в оплате страховых взносов в рамках Covered California. Да Нет

- Если вы ответили *да* на этот вопрос, то через несколько дней вам будет выслано по почте заявление. Пожалуйста, заполните его и верните в кратчайшие сроки.
- Если вы ответили *нет* на этот вопрос (или если вы ответили *да*, но не вернули заявление), покрытие медицинских, стоматологических и пособий по зрению заявителя прекратится в конце следующего месяца, если Department of Social Services округа не уведомит вас об ином.

Внимание: Заявления на Medi-Cal можно подать онлайн, по почте, по телефону или лично. Заявители могут подписать заявление по телефону с помощью телефонной подписи, позвонив в окружной офис Medi-Cal.

- Контактные данные округа можно найти на сайте: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- Информацию о том, как подать заявление, можно найти на сайте: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Результат рассмотрения заявления на получение Children's Presumptive Eligibility (CPE) не влияет на возможность подачи заявления на Medi-Cal для вас или вашей семьи. Вы можете подать заявление на Medi-Cal в любое время.

Информация о заявителе

Есть ли у заявителя State of California Benefits Identification Card (BIC) или карта Medi-Cal?

Да Нет

Если да, то какой идентификационный номер указан на карте BIC (если есть)? _____

Children's Presumptive Eligibility Рабочий лист предварительного зачисления

Имя заявителя—Фамилия

Имя

Среднее имя

Дата рождения
(MM/DD/YYYY)

Пол

 Мужской Женский
Номер социального страхования заявителя (SSN)
*(необязательно)*Если вы бездомный, отметьте это поле

Домашний адрес

Номер квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс

Округ проживания

Живете в Калифорнии? Да Нет

Почтовый адрес (если отличается) Номер квартиры

Город

Штат

Почтовый индекс

Имя матери—Фамилия

Имя

Средний инициал

Для заявителей младше одного года, пожалуйста, заполните этот раздел.

Дата рождения матери (MM/DD/YYYY)

Номер карты BIC или Medi-Cal матери или SSN

Информация о родителе/законном опекуне

Имя родителя/законного опекуна или эмансипированного несовершеннолетнего пациента—

Фамилия

Имя

Средний инициал

Номер домашнего телефона

Номер рабочего телефона

Номер телефона для сообщений

На каком языке вы говорите дома?

На каком языке вы лучше всего читаете?

Сертификация

Сегодня я подаю заявку на Children's Presumptive Eligibility. Я подтверждаю, что прочитал/а и понял/а эту форму. Я заявляю, что предоставленная мною информация является полной, точной и достоверной.

Children's Presumptive Eligibility Рабочий лист предварительного зачисления

Подпись родителя/опекуна или эмансипированного несовершеннолетнего	Взаимоотношения с заявителем	Дата
--	------------------------------	------

Лицо имеет право ознакомиться с записями, содержащими его личную информацию. Официальным органом, ответственным за хранение этой информации, является Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Копия этой информации может быть передана в Department of Social Services округа, в котором вы проживаете, и будет храниться вместе с медицинской картой вашего ребенка у поставщика СРЕ.