

Chương Trình Child Health and Disability Prevention (CHDP) Đơn Xin Trước Khi Ghi Danh (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

Hướng dẫn cho Cha Mẹ hoặc Bệnh Nhân:

- Để được khám sức khỏe miễn phí ngày hôm nay, quý vị phải cung cấp thông tin yêu cầu trong mẫu điền này. Thông tin quý vị cung cấp là bảo mật. Đây là chương trình tự nguyện.

Có phải là bệnh nhân dưới 19 tuổi không? Có Không

Gia đình quý vị có bao nhiêu người? _____

Mức lợi tức trước khi trả thuế của gia đình quý vị là bao nhiêu? \$ _____ hay \$ _____
Hàng tháng Hàng năm

- Quý vị hoặc con quý vị có thể hội đủ điều kiện được tiếp tục nhận bảo hiểm chăm sóc sức khỏe qua Medi-Cal hoặc các chương trình trợ cấp trả lệ phí bảo hiểm theo Covered California.

Tôi muốn nộp đơn xin tiếp tục bảo hiểm qua Medi-Cal hoặc các chương trình trợ cấp lệ phí bảo hiểm theo Covered California. Có Không

Nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi này, đơn xin sẽ được gửi qua đường bưu điện tới cho quý vị trong vài ngày tới. Vui lòng gửi lại ngay. Nếu quý vị trả lời không cho câu hỏi này (hoặc nếu quý vị trả lời có nhưng không gửi lại đơn xin), bảo hiểm sức khỏe, nha khoa, và thị lực của bệnh nhân sẽ ngừng vào cuối tháng sau trừ khi Department of Social Services gửi thông báo khác cho quý vị.

Thông Tin về Bệnh Nhân

Bệnh nhân có State of California Benefits Identification Card (BIC) hoặc thẻ Medi-Cal không? Có Không

Nếu trả lời có, số ID trên thẻ BIC đó là gì (nếu có)? _____

Tên của bệnh nhân - Tên Họ		Tên Gọi		Tên đệm viết tắt	
Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)		Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Số an sinh xã hội của bệnh nhân (SSN) <i>(không bắt buộc)</i>	

Nếu quý vị là người vô gia cư, vui lòng đánh dấu vào đây. Nhập vào địa điểm thông thường trong mục “Địa chỉ nhà” và điền mục “Địa chỉ nhận thư”.

Địa chỉ nhà	Số căn hộ	Thành phố	Tiểu bang	Số ZIP code
-------------	-----------	-----------	-----------	-------------

Quận nơi cư trú

Địa chỉ nhận thư (nếu khác với địa chỉ nhà)	Số căn hộ	Thành phố	Tiểu bang	Số ZIP code
---	-----------	-----------	-----------	-------------

Tên mẹ-Tên Họ	Tên Gọi	Tên đệm viết tắt
---------------	---------	------------------

Nếu là bệnh nhân dưới một tuổi, vui lòng điền mục này.

Ngày tháng năm sinh của mẹ (tháng/ngày/năm)	Số thẻ Medi-Cal hoặc BIC hoặc số an sinh xã hội của mẹ
---	--

Thông Tin về Cha Mẹ/Người Giám Hộ

Tên cha mẹ/giám hộ hợp pháp hoặc bệnh nhân vị thành niên sống tự lập hợp pháp - Tên Họ	Tên Gọi	Tên đệm viết tắt
--	---------	------------------

Số điện thoại nhà ()	Số điện thoại tại sở làm ()	Số điện thoại nhắn tin ()
--------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Quý vị nói ngôn ngữ nào ở nhà?	Quý vị đọc ngôn ngữ nào thông thạo nhất?
--------------------------------	--

Chứng nhận

Tôi muốn có một buổi khám sức khỏe CHDP ngày hôm nay. Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu mẫu điền này. Tôi chứng nhận rằng thông tin mà tôi cung cấp là đúng, chính xác, và đầy đủ.

Chữ ký cha mẹ/giám hộ hợp pháp hoặc trẻ vị thành niên sống tự lập hợp pháp	Mối liên hệ với bệnh nhân	Ngày
--	---------------------------	------

Quý vị có quyền xem hồ sơ có thông tin cá nhân của quý vị. Tổ chức 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 của thông tin này có thể được chia sẻ với Department of Social Services quận ở quận nơi quý vị cư trú và sẽ được nhà cung cấp dịch vụ CHDP của con quý vị lưu cùng với hồ sơ y tế của con quý vị.