

MEDI-CAL FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

┌ ┐
└ ┘

┌ ┐
└ ┘

Fecha de Notificación: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Trabajador: _____
Número del Trabajador: _____
Número de Teléfono del Trabajador: _____
Horas de Oficina: _____
Notificación Para: _____

Su niño mencionado arriba puede ser elegible para recibir cobertura de salud gratis o a bajo costo a través del programa _____; un programa que da cuidado médico para niños que no califican para Medi-Cal completo o para el programa Healthy Families. Si nos da su consentimiento, enviaremos la solicitud de su niño a este programa.
(Insert name of program)

Si nos da su consentimiento para que nosotros enviemos la solicitud de Medi-Cal de su niño al programa mencionado arriba, ellos revisarán la información para verificar si su niño es elegible. Si da su consentimiento, no tendrá que llenar otra solicitud para el programa mencionado arriba, y un representante del programa lo contactará para dejarle saber qué información adicional se necesita para inscribir a su niño.

IMPORTANTE Si desea dar su consentimiento de enviar la información de su niño, usted debe marcar la caja que aparece, firmar y fechar esta forma y regresarla a la dirección del condado mencionada arriba. Usted también puede llamar a su trabajador de Medi-Cal para decirle que usted desea dar consentimiento.

Si no desea dar consentimiento, NO regrese esta forma. Si no regresa esta forma, NO se dará el consentimiento. La solicitud de Medi-Cal de su niño no será enviada y su niño no tendrá cobertura de salud a través de los otros programas del condado, menos que usted lo solicite.

Yo doy mi consentimiento para que se envíe la solicitud de Medi-Cal de mi niño al programa _____.
(Insert name of program)

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

(Regrese este formulario o llame con su respuesta, en el plazo de cinco días, a su trabajador al domicilio o teléfono mencionado arriba.)

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, por favor póngase en contacto con su trabajador de Medi-Cal mencionado arriba, en la esquina derecha de esta notificación. Por favor llame al _____ si usted desea información adicional sobre el programa _____.
(Insert program phone number)
(Insert name of program)