

## MEDI-CAL

### قسيمة موافقة

┌	┐		
┌	┐	_____	تاريخ المذكرة:
┌	┐	_____	رقم الملف:
┌	┐	_____	إسم الموظف:
┌	┐	_____	رقم الموظف:
┌	┐	_____	رقم تلفون الموظف:
┌	┐	_____	ساعات العمل:
┌	┐	_____	مذكرة لـ:

طفلك المدون إسمه أعلاه قد يكون مؤهلاً لتغطية صحية مجانية أو مخفضة من خلال \_\_\_\_\_ وهو برنامج يوفر رعاية صحية للأطفال غير المؤهلين للحصول على تغطية كاملة من Medi-Cal أو برنامج Healthy Families. إذا قمت بإعطاء موافقتك، فسنقوم بإرسال الطلب الخاص بطفلك إلى ذلك البرنامج.

إذا قمت بإعطاء موافقتك لنا بإرسال إستمارة Medi-Cal الخاصة بطفلك إلى البرنامج المدون أعلاه، سيقومون بمراجعة المعلومات لكي يقرروا أهلية طفلك. إذا قمت بإعطاء الموافقة، فلن تضطر لإكمال طلب جديد لتقديم طلب للبرنامج المدون أعلاه، وسوف يقوم أحد الممثلين عن البرنامج بالاتصال بك لإخبارك بالمعلومات الإضافية اللازمة لتسجيل طفلك.

هام إذا رغبت في إعطاء موافقتك لإرسال المعلومات الخاصة بطفلك، عليك وضع إشارة في المربع أدناه و ثم توقيع وتاريخ هذه القسيمة وإرسالها إلى عنوان المقاطعة أعلاه. ويمكنك أيضاً الإتصال بموظف Medi-Cal المسؤول عنك لإخباره أو إخبارها بأنك ترغب في إعطاء موافقتك.

إذا كنت لا ترغب في إعطاء موافقتك، فلا تقم بإرجاع هذه القسيمة. إذا لم تقم بإرجاع هذه القسيمة، فيتم اعتبار ان الموافقة لم تعط. لن يتم إرسال إستمارة Medi-Cal الخاصة بطفلك، وبذلك طفلك لن يحصل على تغطية الرعاية الصحية من خلال برامج المقاطعة إلا إذا قمت بتقديم طلب.

أنا أوافق على إرسال قسيمة طلب Medi-Cal لطفلي إلى \_\_\_\_\_  
(Insert name of program)

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
(أرسل هذه القسيمة أو إتصل هاتفياً بإجابتك خلال خمسة أيام، إلى الموظف المسؤول عن ملفك، للعنوان أو رقم الهاتف المدون أعلاه)

إذا كانت لديك أية أسئلة أو كنت بحاجة لمعلومات إضافية، أرجو الإتصال بموظف Medi-Cal المسجل في الزاوية اليمين في أعلى هذه المذكرة. أرجو الإتصال بالرقم \_\_\_\_\_ للحصول على معلومات إضافية عن \_\_\_\_\_  
(Insert program phone number) (Insert name of program)