

## MEDI-CAL 至 HEALTHY FAMILIES 架橋同意表

郡政府回函地址

Medi-Cal Recipient Address

通知日期： \_\_\_\_\_  
 個案號碼： \_\_\_\_\_  
 工作人員姓名： \_\_\_\_\_  
 工作人員編號： \_\_\_\_\_  
 工作人員電話號碼： \_\_\_\_\_  
 辦公時間： \_\_\_\_\_  
 通知核發對象： \_\_\_\_\_

您的上述子女可能符合透過 **Healthy Families Program**（健康家庭計劃，簡稱 **HFP**）提供之低廉的醫療保險。他們將領取一個日曆月的免費 **Medi-Cal**（加州醫療保險計劃，下同），以便讓您有時間申請 **HFP**。假如您表示同意，我們會將您的個案檔案資料轉送至 **HFP**，而您將不必再向 **HFP** 提出新的申請表。

HFP 的福利包括：

- 醫療、牙醫及視力保險計劃的選擇。
- 月保費低廉，從每個孩子每個月 \$4 至每個家庭每個月 \$45。
- 取得預防性醫療（譬如，疫苗接種）時不需支付分擔額。
- 至其他醫療院所就診及處方藥的分擔額為 \$5。

假如您同意我們將您的個案檔案資料寄給 **HFP**，**HFP** 會將您的 **Medi-Cal** 資料視為 **HFP** 的申請表。假如您同意，您將不必填寫一份新的 **HFP** 申請表。**HFP** 接著將與您聯絡，讓您知道他們加入您的孩子時還需要甚麼不同的資料。

假如您希望同意將您的資料轉送至 **HFP**，您必須勾選有以下敘述的方格：「我同意將我的 **Medi-Cal** 個案檔案資料轉送至 **HFP**。」您必須在這份表格上簽上姓名及日期，並將其寄回以上的「郡政府回函地址」。您也可以致電您的 **Medi-Cal** 工作人員，告訴他/她，您希望表示同意。

假如您不希望表示同意，請勿寄回這份表格。假如您不寄回這份表格，即不表示同意。您的 **Medi-Cal** 個案檔案資料將不會被寄給 **HFP**，除非您另外提出申請，您的孩子也將不能取得 **HFP** 醫療照護的保險。

您可以致電：1 (800) 880-5305，要求一份 **HFP/Medi-Cal** 申請表。

我同意將我的 **Medi-Cal** 個案檔案資料轉送至 **HFP**。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

（請寄回這份表格，或在五天內致電我們回覆您的意見。）

假如您有任何問題，或需要更多資訊，請聯絡列在本通知單右上方的 **Medi-Cal** 工作人員。如希望取得更多有關 **HFP** 的資訊，請致電：1 (800) 880-5305。