

## ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՈՒՂԵԳԻՐ

Նորածինների ուղեգրի ձևաթուղթն օգտագործվում է, որպեսզի օգնի Medi-Cal-ին իրավասու ծնողին, որ նա Medi-Cal-ին հայտնի իր երեխայի (երեխաների) ծնունդի մասին: Լրացնելով այս ձևաթղթի տեղեկատվությունը, դուք օգնում եք վարչաբաժանին հաստատել նորածնի իրավասությունը, որպեսզի նորածինը կարողանա ստանալ Medi-Cal-ի ծառայություններ: Փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք այս ձևը վարչաբաժան: Վարչաբաժանի մասին տեղեկատվությունն այս ձևաթղթի հետևի մասում է: Տան անդամների վերաբերյալ ցանկացած փոփոխություն պետք է հաղորդվի վարչաբաժանին: Խնդրում ենք արագ փոխանցել այս տեղեկատվությունը: Ծնողն իրենց իրավասու աշխատակցին կարող է նաև հեռախոսով հայտնել ծննդյան մասին: Եթե դուք հանդես եք գալիս ծնողի անունից և չեք հանդիսանում անուսին, ազգական կամ խնամակալ, ապա պահանջվում է լրացնել ձեր ստորագրությունը և անձը հաստատող տեղեկությունները Section C-ում: Եթե առկա է, մուտքագրեք Նպաստների նույնականացման ֆարտի (BIC) համարը, որը տրված է երեխային (**ոչ պարտադիր**):

**SECTION A** *Ծնողի Medi-Cal ֆարտը կարող է օգտագործվել ծննդյան և հաջորդող ամսվա ընթացքում՝ նորածնի համար ծառայությունների և վճարումների համար:*

Ծնողի անունը (անուն, երկրորդ անվան սկզբնատառ, ազգանուն)	Ծնողի ծննդյան ամսաթիվը	BIC կամ SSN		
Փոստի հասցեն (համարը և փողոցը) կամ գտնվելու վայրը		վարչաբաժան		
ֆաղաֆ	նահանգ	փոստային ինդեքս	հեռախոսահամար	էլ.փոստի հասցե

**SECTION B հիշեցում.** *Սահմանափակ նպաստներով ծնողից ծնված երեխան իրավասու է չիարժեք նպաստների:*

Նորածնի անունը (անուն, երկրորդ անվան սկզբնատառ, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	Սեռ <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	<i>ոչ պարտադիր</i> —BIC համարը
Նորածնի <b>2</b> անունը (անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	Սեռ <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	<i>ոչ պարտադիր</i> —BIC համարը
Նորածնի <b>3</b> անունը (անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	Սեռ <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	<i>ոչ պարտադիր</i> —BIC համարը
Նորածնի <b>4</b> անունը (անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	Սեռ <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	<i>ոչ պարտադիր</i> —BIC համարը

Նորածնի 5 անունը (անուն, երկրորդ անուն, ազգանուն)	Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	Սեռ <input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	nչ պարտադիր —BIC համարը
---	--------------------------------	--	----------------------------

Ծնվելու վայրը (հիվանդանոցի անվանումը, կլինիկայի անվանումը և այլն)

հասցե (համար և փողոց, առկայության դեպքում)	ֆազա	նահանգ	փոստային ինդեքս
--	------	--------	-----------------

Ես սույնով լիազորում եմ այս տեղեկատվության տրամադրումը Վարչաբջջանի Department of Social Services/վարչաբջջանի բարեկեցության վարչությանը:

Դիմելու ամսաթիվը	(Էլեկտրոնային) ծնողի/ազգականի/խնամակալի ստորագրությունը ⊗
------------------	--

**SECTION C** (Լրացրե՛ք այս բաժինը, եթե ձևաթուղթը լրացվել է այլ անձի կողմից, բացի ծնողից, ազգականից կամ խնամակալից)

Լրացվել է (ԽՆԴԻՎՈՒՄ է ԳԻԵԼ ՄԵԾԱՏԱՌԵՐՈՎ) -ի կողմից	Գործակալություն/պաշտոն	
Ազգային մատակարարի նույնականացման համարը (NPI), (եթե Medi-Cal մատակարար/ հիվանդանոց/ կլինիկան/խումբ և այլն է)	հեռախոսահամար	էլ.փոստի հասցե

Ես հավաստում եմ, իմ գիտելիքների առավելագույն չափով, որ վերը նշված տեղեկատվությունը ստուգված է և ճշգրիտ:

Ստորագրություն (ծնողից, ազգականից կամ խնամակալից բացի) ⊗	Լրացման ամսաթիվը
---	------------------

Մատակարարի վնասման հարցումների կամ մտահոգությունների համար, թե ինչպես պետք է վնասել նորածինների համար, զանգահարե՛ք Telephone Service Center հեռույալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-541-5555:

**Սկանավորե՛ք ստորև՝ ձեր վարչաբջջանի Medi-Cal գրասենյակի կոնտակտային տվյալները գտնելու համար.**



<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>