

Մանկական առողջության և հաշմանդամության կանխման (CHDP) ծրագրի նախնական անդամագրման դիմում (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

Ցուցումներ ծնողի կամ հիվանդի համար

- Այսօր առողջության անվճար քննություն անցնելու համար Դուք պետք է տրամադրեք այս թերթիկի վրա պահանջվող տեղեկությունները: Ձեր տրամադրած տեղեկությունները գաղտնի են: Սա կամավոր ծրագիր է:

Հիվանդը 19 տարեկանից փոքր է: այո ոչ

Ձեր ընտանիքը քանի՞ հոգուց է բաղկացած: _____

Մինչև հարկերը վճարելը Ձեր ընտանիքը որքա՞ն գումար է վաստակում: \$ _____ կամ \$ _____

- Հնարավոր է, որ Դուք կամ Ձեր երեխան համապատասխանեք «Medi-Cal»-ի միջոցով առողջության շարունակվող ապահովագրության կամ «Covered California»-ի կողմից տրամադրվող ապահովագրի վճարման հարցում օգնության ծրագրերի պահանջներին:

Ես ցանկանում եմ դիմել «Medi-Cal»-ի միջոցով շարունակվող ապահովագրություն ստանալու կամ «Covered California»-ի կողմից տրամադրվող ապահովագրի վճարման հարցում օգնության ծրագրերում ընդգրկվելու համար: այո ոչ

Եթե Դուք «այո» եք պատասխանել այս հարցին, ապա մի քանի օրից Ձեզ դիմումի ձև կուղարկվի: Խնդրում ենք առանց հապաղելու վերադարձնել այն: Եթե Դուք «ոչ» եք պատասխանել այս հարցին (կամ եթե Դուք «այո» եք պատասխանել, բայց չվերադարձնեք դիմումը), ապա հաջորդ ամսվա վերջում հիվանդին առողջապահական, ատամնաբուժական և ակնաբուժական նպաստներ տրամադրող ապահովագրությունը կդադարեցվի, եթե շրջանի «Department of Social Services»-ը Ձեզ այլ բան չասի:

Տեղեկություններ հիվանդի մասին

Հիվանդը «State of California»-ի «Benefits Identification Card» (BIC) կամ «Medi-Cal»-ի քարտ ունի՞: այո ոչ

Եթե այո, նշեք BIC քարտի վրա նշված նույնականացման համարը (եթե կա): _____

Հիվանդի անունը՝ ազգանունը _____ Անունը _____ Միջին անունը _____

Ծննդյան ամսաթիվը (ամիս/օր/տարի)	Սեռը	Հիվանդի սոցիալական ապահովության համարը (SSN) (կամ ընտրական)
	<input type="checkbox"/> արական <input type="checkbox"/> իգական	

Եթե անապաստան եք, նշան դրեք այստեղ: Գրեք Ձեր գտնվելու վայրը «Բնակության հասցեն» բաժնում և լրացրեք «Փոստային հասցեն» բաժինը:

Բնակության հասցեն	Բնակարանի համարը	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
-------------------	------------------	--------	---------	------------------

Բնակության շրջանը _____

Փոստային հասցեն (եթե տարբեր է բնակության հասցեից)	Բնակարանի համարը	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
---	------------------	--------	---------	------------------

Մոր անունը՝ ազգանունը _____ Անունը _____ Միջին անունը _____

Մինչև մեկ տարեկան հիվանդների համար խնդրում ենք լրացնել այս բաժինը

Մոր ծննդյան ամսաթիվը (ամիս/օր/տարի)	Մոր BIC-ի կամ «Medi-Cal»-ի քարտի համարը կամ սոցիալական ապահովության համարը
-------------------------------------	--

Տեղեկություններ ծնողի/պաշտոնական խնամակալի մասին

Ծնողի/պաշտոնական խնամակալի կամ ինքնուրույն ճանաչված անչափահաս հիվանդի անունը՝ ազգանունը _____ Անունը _____ Միջին անունը _____

Տան հեռախոսի համարը ()	Աշխատանքային հեռախոսի համարը ()	Ուղերձներ թողնելու հեռախոսի համարը ()
-------------------------	----------------------------------	--

Տանն ի՞նչ լեզվով եք խոսում: _____ Ո՞ր լեզվով եք ամենալավը կարողում: _____

Հավաստագրում

Ես խնդրում եմ այսօր CHDP-ի առողջության քննություն կատարել: Ես հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկանում եմ այս թերթիկը: Ես հայտարարում եմ, որ իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ, ճշգրիտ և ամբողջական են:

Ծնողի/պաշտոնական խնամակալի կամ ինքնուրույն ճանաչված անչափահաս հիվանդի ստորագրությունը	Հարաբերությունը հիվանդի հետ	Ամսաթիվը
---	-----------------------------	----------

Քաղաքացին իրավունք ունի տեսնելու իր անձնական տեղեկությունները պարունակող տվյալները: Այս տեղեկությունը պահելու համար պատասխանատու պաշտոնական կազմակերպությունը «Department of Health Care Services»-ն է՝ MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413: Այս տեղեկությունների օրինակը կարող է տրամադրվել շրջանի «Department of Social Services»-ին՝ այն շրջանում, որում Դուք բնակվում եք, և կպահվի Ձեր երեխայի CHDP սպասարկողի կողմից՝ Ձեր երեխայի բժշկական գործում: