

參加兒童健康和預防殘障 (CHDP) 計劃前期申請表 (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

家長或患者填表說明:

- 今天，為了免費得到身體檢查，您必須填寫表上要求的資訊。您提供的資訊是保密的。這是一個自願計劃。

患者不到 19 歲嗎？ 是 否

您家裡有幾口人？ _____

您全家稅前收入是多少？ \$ _____ 每月 或 \$ _____ 每年

- 您或您的孩子可能可以有資格通過 Medi-Cal 或 Covered California 下的保險費協助計劃享受持續的健康照護。

我想申請 Medi-Cal 或 Covered California 下的保險費協助計劃以得到持續的健康照護。 是 否

如果您對該問題的回答是「是」，您將在幾天之內收到申請表，請及時填妥並寄回該表。如果您對該問題的回答是「否」，（或者如果您回答的是「是」，但沒有寄回您的申請表），患者的健康、牙科、視力福利將在下個月月底終止，除非您所在縣的 Department of Social Services 另有通知。

患者資訊

患者有 State of California Benefits Identification Card (BIC) 或 Medi-Cal 卡嗎？ 有 沒有

如果是「有」，BIC 卡（如果有的話）上的身份號碼是多少？ _____

患者姓名一姓 _____ 名 _____ 中間名首寫字母 _____

出生日期（月/日/年）	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	患者的社會安全號(SSN) (可選填)
-------------	---	---------------------

如果您無家可歸，請在這兒勾選。在「家庭住址」一欄填寫大致地點，並填妥「郵寄地址」一欄。

家庭住址	公寓號	城市	州	郵遞區號
------	-----	----	---	------

居住國 _____

郵寄地址（如果不同於家庭住址）	公寓號	城市	州	郵遞區號
-----------------	-----	----	---	------

母親姓名一姓 _____ 名 _____ 中間名首寫字母 _____

請為不到一歲的患者填寫此部分。

母親的出生日期（月/日/年）	母親的 BIC 或 Medi-Cal 卡號或社會安全號碼
----------------	------------------------------

家長/法律監護人資訊

家長/法律監護人或已婚未成年患者姓名一姓 _____ 名 _____ 中間名首寫字母 _____

住宅電話號碼 ()	工作電話號碼 ()	留言電話號碼 ()
---------------	---------------	---------------

在家您說哪種語言？ _____ 您看得懂的語言是哪種語言？ _____

證明

我今天請求得到 CHDP 健康檢查。我證明我已經閱讀並明白本表的內容。我聲明我所提供的資訊是真實、準確和完整的。

家長/監護人/已婚的未成年人簽名	跟患者的關係	日期
------------------	--------	----

每個人都有權審閱其個人資訊的記錄。負責保存這些資訊的官方單位地址是 Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413。您所在縣的縣 Department of Social Services 可能會有這些資訊的一份副本，並將與您孩子的 CHDP 提供者提供的醫療記錄一併保存。