

فرم تقاضای قبل از ثبت نام در برنامه بهداشت کودک و پیشگیری از معلولیت (CHDP) (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

دستورالعمل برای والدین یا بیمار:

- جهت دریافت یک معاینه بهداشتی بدون هزینه، امروز، شما باید اطلاعات مورد نیاز در این فرم را ارائه دهید. اطلاعات که ارائه می دهید محرمانه خواهد ماند. این یک برنامه اختیاری است.

آیا سن بیمار کمتر از 19 سال است؟

بله خیر

خانواده شما شامل چند نفر است؟

درآمد خانواده شما قبل از پرداخت مالیات چقدر است؟

\$ _____ یا \$ _____

سالانه

ماهانه

- شما یا فرزندان ممکن است برای پوشش بهداشتی مستمر از طریق Medi-Cal یا برنامه های مساعدت تحت Covered California و اجد شرایط باشید.

تحت Covered California، من می خواهم از طریق Medi-Cal یا برنامه های مساعدت مستمر برای حق بیمه تقاضا ارائه دهم. بله خیر
اگر به این سؤال پاسخ بلی دادید، تا چند روز یک فرم تقاضا برای شما ارسال خواهد شد. لطفاً آنرا در اسرع وقت پر کرده و ارسال نمایید. اگر به این سؤال پاسخ خیر دادید (یا اینکه پاسخ بله دادید اما فرم تقاضا را ارسال نکردید)، مزایای پوشش بهداشتی، دندانپزشکی، و بینایی بیمار در آخر ماه آینده متوقف خواهد شد مگر اینکه Department of Social Services شهرستان غیر از این را به شما اطلاع داده باشد.

اطلاعات بیمار

آیا بیمار دارای State of California Benefits Identification Card (BIC) یا کارت Medi-Cal است؟ بله خیر

اگر بله، شماره شناسایی روی کارت BIC (در صورت موجود بودن) چیست؟ _____

نام میانی

نام

نام خانوادگی بیمار

شماره بیمه اجتماعی یا سوشیال سکوریته (SSN) بیمار (اختیاری)

جنسیت

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

زن

مرد

اگر شما بی خانمان هستید، اینجا را علامت بگذارید. در قسمت "آدرس خانه" محل کلی را بنویسید، و قسمت "آدرس پستی" را تکمیل کنید.

کد پستی

ایالت

شهر

شماره آپارتمان

آدرس خانه

شهرستان محل اقامت

کد پستی

ایالت

شهر

شماره آپارتمان

آدرس پستی (اگر با آدرس خانه متفاوت باشد)

نام میانی

نام

نام خانوادگی مادر

برای بیماری که کمتر از یک سال سن دارند، لطفاً این قسمت را پر کنید.

شماره کارت BIC یا Medi-Cal، یا سوشیال سکوریته مادر

تاریخ تولد مادر (ماه/روز/سال)

اطلاعات مربوط به والد/قیم قانونی

حرف اول نام میانی

نام

نام خانوادگی والد/قیم قانونی یا بیمار صغیر که رسماً از زیر سلطه والدین آزاد شده است

شماره تلفن پیامگیر

شماره تلفن محل کار

شماره تلفن خانه

()

()

()

به چه زبانی بهتر می توانید بخوانید؟

در خانه به چه زبانی صحبت می کنید؟

گواهی

من امروز یک معاینه بهداشتی CHDP تقاضا می کنم. گواهی می کنم که محتوای این فرم را خوانده و درک کرده ام. من اعلام می کنم که اطلاعاتی را که ارائه داده ام صحیح، درست و کامل است.

تاریخ

نسبت با بیمار

امضاء والد/قیم قانونی یا صغیری که رسماً از زیر سلطه والدین آزاد شده است

یک فرد حق دارد تا به سوابق یا پرونده ای که شامل اطلاعات شخصی وی است دسترسی داشته باشد. نهاد رسمی مسئول نگهداری این اطلاعات، Department of Health Care Services، MS 8100، Sacramento، CA 95899-7413، P.O. Box 997413، است. یک نسخه از این اطلاعات ممکن است با Department of Social Services شهرستان، در شهرستان محل سکونت شما به اشتراک گذاشته شود، و همچنین از سوی تأمین کننده CHDP به همراه پرونده پزشکی کودک شما نگهداری خواهد شد.