

Pre-Enrollment na Aplikasyon sa Programang Kalusugan ng Bata at Pangontra sa Kapansanan (CHDP) (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

Mga tagubilin sa Magulang o Pasyente:

- Upang matanggap ang eksaminasyon ng kalusugan ngayon nang walang singil, dapat mong ibigay ang impormasyong kailangan sa form na ito. Ang ibibigay mong impormasyon ay kumpedensiyal. Boluntaryong programa ito.

Mas bata ba sa 19 taong gulang ang pasyente? Oo Hindi

Ilan ang tao sa pamilya mo? _____

Magkanong pera ang kinikita ng pamilya mo bago magbayad ng buwis? \$ _____ Buwanan o \$ _____ Taunan

- Maaaring nararapat ka o ang anak mo para sa patuloy na coverage sa pangangalaga ng kalusugan sa pamamagitan ng Medi-Cal o mga premium na programang tulong sa ilalim ng Covered California.

Nais kong mag-apply sa patuloy na coverage sa pamamagitan ng Medi-Cal o mga premium na programang tulong sa ilalim ng Covered California. Oo Hindi

Kung sumagot ka ng oo sa tanong na ito, padadalhan ka ng aplikasyon sa ilang araw. Mangyaring agad itong ibalik. Kung *hindi* ang sinagot mo sa tanong na ito (o kung oo ang sinagot mo ngunit hindi ibinalik ang aplikasyon), ang coverage ng mga benepisyo ng pasyente para sa kalusugan, dental, at paningin ay hihinto sa katapusan ng susunod na buwan maliban kung iba ang inabiso sa iyo ng Department of Social Services ng county.

Impormasyon sa Pasyente

Ang pasyente ba ay mayroong State of California Benefits Identification Card (BIC) o Medi-Cal card? Mayroon Wala

Kung oo, ano ang ID number sa BIC card (kung mayroon)? _____

Pangalan ng pasyente—Apelyido Pangalan Gitnang inisyal

Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	Social security number (SSN) ng pasyente (<i>opsyonal</i>)
---	--	--

Kung wala kang tahanan, lagyan ng check dito. Ipasok ang pangkalahatang lokasyon sa seksyon ng "Address ng tahanan" at kumpletuhin ang seksyon ng "Address sa koreo".

Address ng tahanan	Numero ng apartment	Lungsod	Estado	ZIP code
--------------------	---------------------	---------	--------	----------

Bansa ng tirahan

Address ng koreo (kung iba mula sa address ng tahanan)	Numero ng apartment	Lungsod	Estado	ZIP code
--	---------------------	---------	--------	----------

Pangalan ng ina—Apelyido Pangalan Gitnang inisyal

Para sa mga pasyente na wala pang isang taong gulang, pakikumpleto ang seksyong ito.

Petsa ng kapanganakan ng ina (buwan/araw/taon)	Numero ng BIC o Medi-Cal card o social security number ng ina
--	---

Impormasyon ng Magulang/Legal na Tagapag-alaga

Pangalan ng magulang/legal na tagapag-alaga o pinalaya na menor-de-edad na pasyente—Apelyido Pangalan Gitnang inisyal

Numero ng telepono sa tahanan ()	Numero ng telepono sa trabaho ()	Numero ng telepono para sa mensahe ()
--------------------------------------	--------------------------------------	---

Anong wika ang sinasalita mo sa bahay?

Anong wika ka pinakamahusay nagbabasa?

Sertipikasyon

Hinihiling ko ang eksaminasyon ng kalusugan ng CHDP ngayon. Pinatotohanan ko na aking nabasa at nauunawaan ang form na ito. Dinedeklara ko na ang nilaan kong impormasyon ay totoo, tama at kumpleto.

Lagda ng magulang/tagapag-alaga o pinalaya na menor-de-edad	Relasyon sa pasyente	Petsa
---	----------------------	-------

Ang isang indibiduwal ay may karapatang repasuhin ang mga talang naglalaman ng kanyang personal na impormasyon. Ang opisyal na entidad na responsable sa pagpapanatili ng impormasyon ay ang Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Ang kopya ng impormasyong ito ay maaring ibahagi sa Department of Social Services ng county sa county kung saan ka nakatira at isasama sa medikal na tala ng anak mo ng tagapagbigay ng CHDP ng iyong anak.