

新生児紹介状

新生児紹介状は、Medi-Cal の資格を持つ親が子供の出生を Medi-Cal に報告するために使用されます。このフォームに情報を入力することで、あなたは、郡が新生児の適格性を確認するのを支援し、新生児が Medi-Cal サービスを受けられるようになります。このフォームを郡宛てに郵送またはファックスで送ってください。郡に関する情報は、このフォームの裏に記載されています。世帯に関わる変更事項はすべて郡に速やかに報告しなければなりません。親は資格担当者に電話で出生を報告することもできます。あなたが親の代理人であり、配偶者、親戚、後見人ではない場合は、Section C で署名と識別情報が必要です。該当する場合、幼児に割り当てられた福利厚生 ID カード (BIC) 番号を入力してください (任意)。

SECTION A 親の Medi-Cal カードは、誕生月と翌月の間、新生児のサービスと請求に使用できます。

親の名前 (名、ミドルネームイニシャル、氏)		親の生年月日		BIC または SSN
郵送先住所 (番号と番地) または所在地				郡
市	州	郵便番号	電話番号	Eメールアドレス

SECTION B 留意事項: 給付が制限されている親から生まれた子供は、全額給付を受ける資格があります。

新生児の名前 (名、ミドルネームイニシャル、氏)	生年月日 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	任意 / BIC 番号
新生児 2 の名前 (名、ミドルネームイニシャル、氏)	生年月日 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	任意 / BIC 番号
新生児 3 の名前 (名、ミドルネームイニシャル、氏)	生年月日 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	任意 / BIC 番号
新生児 4 の名前 (名、ミドルネームイニシャル、氏)	生年月日 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	任意 / BIC 番号
新生児 5 の名前 (名、ミドルネームイニシャル、氏)	生年月日 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	任意 / BIC 番号

出生場所 (病院名前、クリニック名前など)

住所 (番地と番号、可能な場合)	市	州	郵便番号
------------------	---	---	------

私はここに、郡の Department of Social Services /郡の福祉局へのこの情報の公開を許可します。

要求日	(幼児の) 親/親族/後見人の署名 ☒
-----	------------------------

SECTION C (親、親戚、後見人以外の方がフォームに記入した場合は、このセクションに記入してください)

記入者 (活字体でご記入ください)	エージェント/役職	
ナショナル・プロバイダー・アイデンティファイア- (NPI) 番号 (Medi-Cal プロバイダー/病院/クリニック/グループなどの場合)	電話番号	Eメールアドレス

私は上記の情報が検証され、正確であることを保証します。

署名 (親、親戚、後見人以外) ☒	記入完了日
----------------------	-------

プロバイダーの請求に関する問い合わせ、または幼児の請求方法に関してご不明な点がある場合は、Telephone Service Center (1-800-541-5555) までお電話ください。

こちらをスキャンして、お住いの郡の Medi-Cal オフィスの連絡先情報をご確認ください:



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