

# MEDI-CAL 동의서 양식

「  
」  
L  
J

「  
」  
L  
J

통지일: \_\_\_\_\_  
케이스 번호: \_\_\_\_\_  
담당 직원 성명: \_\_\_\_\_  
담당 직원 번호: \_\_\_\_\_  
담당 직원 전화번호: \_\_\_\_\_  
업무 시간: \_\_\_\_\_  
통지 대상자: \_\_\_\_\_

위에 기재된 귀하의 자녀는 완전한 **Medi-Cal** 또는 **Healthy Families** 에 대한 자격이 없는 자녀들에게 건강 관리를 제공하는 프로그램인 \_\_\_\_\_ 을(를) 통해서 무료 또는 저비용의 건강보험에 가입할 자격이 있을 수도 있습니다. 귀하가 동의하시는 경우, 저희는 귀 자녀의 신청서를 이 프로그램으로 보낼 것입니다.

(Insert name of program)

귀하가 귀 자녀의 **Medi-Cal** 신청서를 위에 기재된 프로그램으로 보내는 것에 동의하시면 그 프로그램은 귀 자녀가 자격이 있는지 확인하기 위해 관련 정보를 검토할 것입니다. 귀하가 동의하시는 경우에는 위에 기재된 프로그램에 제출할 새 신청서를 작성할 필요가 없고, 이 프로그램의 담당자가 귀하에게 연락하여 귀 자녀의 등록을 위해 추가로 필요한지 정보가 무엇인지 알려줄 것입니다.

**중요:** 귀하가 귀 자녀에 대한 정보를 이 프로그램으로 보내는 것에 동의하는 경우에는 아래의 네모칸에 표시한 다음, 이 양식에 서명하고 날짜를 기재하여 위에 기재된 카운티 주소로 제출하셔야 합니다. 또한 **Medi-Cal** 담당 직원에게 전화를 걸어 귀하가 동의한다는 것을 알려줄 수도 있습니다.

귀하가 동의하기를 원하지 않는 경우에는 이 양식을 제출하지 마십시오. 이 양식을 제출하지 않으면 동의하지 않는 것으로 간주됩니다. 저희는 귀 자녀의 **Medi-Cal** 신청서를 이 프로그램에 보내지 않을 것이며, 귀 자녀는 귀하가 신청하지 않는 한 다른 카운티 프로그램을 통해서 건강보험에 등록할 수 없습니다.

**본인은 자녀의 **Medi-Cal** 신청서 양식을 \_\_\_\_\_ (으)로 보내는 것에 동의합니다.**

(Insert name of program)

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_  
(5 일 이내에 위에 기재된 주소 또는 전화번호로 담당 직원에게 이 양식을 제출하거나 전화를 걸어 응답하십시오.)

질문이 있거나 더 자세한 정보가 필요하시면 이 통지서의 우측 상단에 기재된 **Medi-Cal** 담당 직원에게 연락하십시오. \_\_\_\_\_ 에 관한 더 자세한 정보를 원하시면 \_\_\_\_\_ (으)로 전화하십시오.

(Insert program phone number)

(Insert name of program)