

# ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL

Г	Г	Дата уведомления:	_____
L	L	Номер дела:	_____
		Имя и фамилия сотрудника:	_____
		Номер сотрудника:	_____
		Номер телефона сотрудника:	_____
		Часы работы:	_____
		Уведомление для:	_____

**Ваш ребенок, чье имя указано выше, возможно, имеет право на бесплатное или недорогое медицинское страхование в программе \_\_\_\_\_; данная программа обеспечивает медицинское обслуживание для детей, не имеющих права на полное покрытие услуг программами Medi-Cal или Healthy Families. Если вы дадите свое согласие, мы отправим в эту программу заявление на получение вашим ребенком страховки.**  
(Insert name of program)

Если вы согласны на то, что мы отошлем заявление на получение вашим ребенком страховки Medi-Cal в указанную выше программу, они рассмотрят информацию и примут решение, имеет ли ваш ребенок право на эту программу. Если вы согласны, вам не нужно будет заполнять новое заявление для участия в указанной выше программе. С вами свяжется представитель программы и сообщит, какая дополнительная информация необходима для зачисления вашего ребенка.

**ВАЖНО Если вы хотите дать согласие на отправку информации о вашем ребенке, вы должны поставить галочку в окошке внизу, поставить дату и подпись на этой форме и вернуть ее по указанному выше адресу округа. Вы также можете позвонить сотруднику Medi-Cal и сообщить ему, что вы хотите дать свое согласие.**

Если вы не хотите дать свое согласие, НЕ возвращайте эту форму. Если вы не вернете эту форму, это будет означать, что вы НЕ дали согласия. Заявление на получение вашим ребенком страховки Medi-Cal не будет отправлено, и ваш ребенок не получит страхового покрытия медицинского обслуживания в других программах округа, пока вы не подадите заявление.

**Я даю свое согласие на отправку заявления на получение моим ребенком страховки Medi-Cal в программе \_\_\_\_\_**  
(Insert name of program)

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
(Верните эту форму или сообщите свой ответ по телефону сотруднику программы в течение пяти дней по адресу или номеру телефона, указанному выше)

**Если у вас возникнут вопросы или вам понадобится дополнительная информация, пожалуйста, свяжитесь с сотрудником Medi-Cal, чье имя указано в правом верхнем углу этого извещения. Пожалуйста, позвоните по номеру \_\_\_\_\_, если вам нужна дополнительная информация о программе \_\_\_\_\_.**  
(Insert program phone number)  
(Insert name of program)