PORMAS NG PAHINTULOT SA MEDI-CAL

Petsa ng Notisya: _____
Numero ng Kaso: _____
Pangalan ng Manggagawa: _____
Numero ng Manggagawa: _____
Numero ng Telepono ng Manggagawa: _____
Mga Oras ng Opisina: _____
Notisya Para Kay: _____

Ang anak ninyong nakalista sa itaas ay maaaring maging karapat-dapat para sa libre o mababang-halagang pagkasakop ng kalusugan sa pamamagitan ng _____; isang programang nagkakaloob ng pangkalusugang pangangalaga para sa mga anak na hindi kuwalipikado para sa kumpletong programang Medi-Cal o Healthy Families. Kung ibibigay ninyo sa amin ang inyong pahintulot, ipadadala namin ang aplikasyon ng inyong anak sa programang ito.
(Insert name of program)

Kung kayo ay pumapayag na ipadala namin ang aplikasyon sa Medi-Cal ng inyong anak sa programang nabanggit sa itaas, rerepasuhin nila ang impormasyon upang tingnan kung ang inyong anak ay karapat-dapat. Kung kayo ay pumapayag, kayo ay hindi na kailangang magkumpleto ng bagong aplikasyon upang mag-aplay para sa programang nabanggit sa itaas, at isang kinatawan ng programa ang kokontak sa inyo upang ipaalam sa inyo kung ano ang karagdagang impormasyon na kailangan upang ipalista ang inyong anak.

IMPORTANTE Kung nais ninyong ibigay ang inyong pahintulot upang ipadala ang impormasyon ng inyong anak, dapat ninyong tsekan ang kahon sa ibaba, pirmahan at lagyan ng petsa ang pormas na ito, at ibalik ito sa address ng county sa itaas. Maaari din ninyong tawagan ang inyong manggagawa sa Medi-Cal upang sabihin sa kanya na nais ninyong ibigay ang inyong pahintulot.

Kung ayaw ninyong magbigay ng pahintulot, HUWAG ibalik ang pormas na ito. Kung hindi ninyo ibalik ang pormas na ito, ang pahintulot ay HINDI ibinigay. Ang aplikasyon sa Medi-Cal ng inyong anak ay hindi ipadadala at ang inyong anak ay hindi makakukuha ng pagkasakop ng pangkalusugang pangangalaga sa pamamagitan ng ibang mga programa ng county maliban kung kayo ay mag-aplay.

☐ **Ibinibigay ko ang aking pahintulot na ipadala ang aplikasyon sa Medi-Cal ng aking anak sa _____**
(Insert name of program)

Pirma:_____ Petsa:_____Telepono:_____
(Ibalik ang pormas na ito o itawag sa telepono ang inyong sagot, sa loob ng limang araw, sa inyong manggagawa sa address o numero ng telepono na nakalista sa itaas)

Kung kayo ay may mga tanong o kailangan ninyo ang karagdagang impormasyon, mangyaring kontakin ang inyong manggagawa sa Medi-Cal na nakalista sa taas ng kanang sulok ng notisyang ito. Mangyaring tumawag sa _____ kung nais ninyo ang karagdagang impormasyon tungkol sa _____.
(Insert program phone number)
(Insert name of program)