

**MEDI-CAL PATUNGO SA HEALTHY FAMILIES NAGTUTULAY NA PORMULARYO NG PAHINTULOT**

Kahon ng Direksiyon ng County

Medi-Cal Recipient Address

Petsa ng paunawa: \_\_\_\_\_  
 Numero ng kaso: \_\_\_\_\_  
 Pangalan ng tagapagserbisyo: \_\_\_\_\_  
 Numero ng tagapagserbisyo: \_\_\_\_\_  
 Numero ng telepono ng tagapagserbisyo: \_\_\_\_\_  
 Mga oras ng opisina: \_\_\_\_\_  
 Pauna para sa: \_\_\_\_\_

Ang inyo pong (mga) anak na nakalista sa itaas ay maaaring karapat-dapat para sa murang segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Healthy Families Program (Programang Malulusog na Pamilya [HFP]). Sila ay tatanggap ng walang kabahagi sa gastos na Medi-Cal para sa isang kalendaryong buwan upang bigyan kayo ng panahon na mag-aplay para sa HFP. Kung bibigyan ninyo kami ng pahintulot, ipapadala namin sa HFP ang inyong impormasyon sa talaan ng kaso at hindi na ninyo kailangang magharap ng isang bagong aplikasyon sa HFP.

Sa mga benepisyo sa HFP ay kabilang ang:

- Mapipiling mga plano sa seguro para sa kalusugan, ngipin at paningin.
- Mababang buwanang hulog mula sa \$4 kada anak kada buwan hanggang sa pinakamataas na \$45 kada pamilya kada buwan.
- Walang bayad mula sa inyo (co-payment) para sa mga pampigil na serbisyo (tulad ng mga bakuna).
- \$5 na bayad mula sa inyo para sa ibang mga pagbisita sa tanggapan at mga reseta.

Kung papayag kayo na ipadala namin sa HFP ang inyong impormasyon sa talaan ng kaso, tatanggapin ng HFP ang inyong impormasyon sa Medi-Cal bilang inyong aplikasyon para sa HFP. Kung papayag kayo, hindi na ninyo kailangang kumpletuhin ang isang bagong aplikasyon para sa HFP. Makikipag-ugnayan sa inyo ang HFP upang ipagbigay-alam sa inyo kung anong ibang impormasyon ang kailangan nila upang ipatala ang inyong (mga) anak.

Kung nais ninyong magbigay ng pahintulot na ipadala sa HFP ang inyong impormasyon, dapat ninyong lagyan ng tsek ang kahon na nagpapakita, "Ibinibigay ko ang aking pahintulot na ipadala sa HFP ang aking impormasyon sa talaan ng kaso ng Medi-Cal." Dapat ninyong pirmahan at lagyan ng petsa ang pormularyong ito at ibalik ito sa direksiyon ng county na nakalagay sa itaas. Maaari ring tawagan ninyo ang inyong tagapagserbisyo para sa Medi-Cal upang sabihin sa kanya na nais ninyong magbigay ng pahintulot.

Kung ayaw ninyong magbigay ng pahintulot, HUWAG ibalik ang pormularyong ito. Kung hindi ninyo ibinalik ang pormularyong ito, ang pahintulot ay HINDI ibinigay. Ang inyong impormasyon sa talaan ng kaso ng Medi-Cal ay hindi ipapadala sa HFP at ang inyong (mga) anak ay hindi tatanggap ng HFP na segurong pangkalusugan maliban kung kayo ay mag-aaplay.

Maaari kayong humiling ng aplikasyon para sa HFP/Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa 1 (800) 880-5305.

Ibinibigay ko ang aking pahintulot na ipadala sa HFP ang aking impormasyon sa talaan ng kaso ng Medi-Cal.

Pirmahan: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_ Telepono: \_\_\_\_\_

(Ibalik ang pormularyong ito o itawag ang inyong sagot sa loob ng limang araw.)

**Kung mayroon kayong mga katanungan o kailangan ng karagdagang impormasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong tagapagserbisyo para sa Medi-Cal na nakalista sa tuktok na kanang sulok ng paunawang ito. Tumawag po lamang sa 1 (800) 880-5305 kung gusto ninyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa HFP.**