

**MEDI-CAL QUA HEALTHY FAMILIES
MẪU THỎA THUẬN NỐI KẾT**

Ô Ghi Địa Chỉ Hồi Đáp của Quận

Medi-Cal Recipient Address

Ngày thông báo: _____

Hồ sơ số: _____

Tên nhân viên xã hội: _____

Nhân viên xã hội số: _____

Số điện thoại của nhân viên xã hội: _____

Giờ làm việc: _____

Thông báo cho: _____

(Các) con của quý vị nêu trên có thể hội đủ điều kiện được bảo hiểm sức khỏe với giá hạ qua Healthy Families Program (HFP). Các em sẽ được hưởng Medi-Cal không cần phải đóng góp phí tổn trong một tháng để cho quý vị có thì giờ làm đơn xin hưởng HFP. Nếu quý vị đồng ý, chúng tôi sẽ gửi chi tiết hồ sơ của quý vị cho HFP và quý vị sẽ không phải nộp một đơn xin mới cho HFP.

Các quyền lợi trong HFP bao gồm:

- Lựa chọn các chương trình bảo hiểm y tế, nha khoa và nhãn khoa.
- Số tiền đóng hàng tháng thấp từ \$4 mỗi tháng cho một đứa trẻ lên đến mức tối đa là \$45 mỗi tháng cho một gia đình.
- Không phải đồng phụ trả (co-payment) cho các dịch vụ phòng ngừa (như chủng ngừa).
- \$5 đồng phụ trả cho các dịch vụ khác tại phòng mạch và các toa thuốc.

Nếu quý vị đồng ý để chúng tôi gửi chi tiết hồ sơ của quý vị cho HFP, HFP sẽ nhận chi tiết Medi-Cal của quý vị làm đơn xin cho HFP. Nếu quý vị đồng ý, quý vị sẽ không phải điền vào một đơn xin mới của HFP. HFP sau đó sẽ liên lạc với quý vị để cho biết họ cần thêm chi tiết nào khác mà để ghi danh cho (các) con của quý vị.

Nếu quý vị đồng ý cho gửi chi tiết của quý vị cho HFP, quý vị phải đánh dấu vào ô có ghi là, "Tôi đồng ý cho gửi chi tiết hồ sơ Medi-Cal của tôi cho HFP." Quý vị phải ký tên và ghi ngày tháng vào mẫu đơn này và gửi mẫu này tới địa chỉ quận nêu trên. Quý vị cũng có thể gọi cho nhân viên của Medi-Cal để báo cho người này biết là quý vị đồng ý.

Nếu quý vị không đồng ý, thì ĐỪNG gửi mẫu đơn này lại. Nếu quý vị không gửi mẫu đơn này lại, tức là KHÔNG đồng ý. Chi tiết hồ sơ Medi-Cal của quý vị sẽ không được gửi cho HFP và (các) con của quý vị sẽ không được bảo hiểm sức khỏe của HFP trừ khi quý vị làm đơn xin.

Quý vị có thể xin mẫu đơn của HFP/Medi-Cal bằng cách gọi số 1 (800) 880-5305.

Tôi đồng ý cho gửi chi tiết hồ sơ Medi-Cal của tôi cho HFP.

Ký tên: _____ Ngày: _____ Điện thoại: _____

(Gửi lại mẫu đơn này hoặc gọi vào để trả lời trong vòng năm ngày.)

Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc hoặc cần biết chi tiết nào khác, xin liên lạc với nhân viên của Medi-Cal được ghi nơi góc phải phía trên cùng của thông báo này. Xin gọi số 1 (800) 880-5305 nếu quý vị muốn biết thêm chi tiết về HFP.