

إحالة حديثي الولادة

يستخدم نموذج إحالة حديثي الولادة لمساعدة أحد الوالدين المؤهلين لبرنامج Medi-Cal في الإبلاغ عن ولادة طفلهم (أطفالهم) إلى Medi-Cal. من خلال استكمال المعلومات الواردة في هذا النموذج، فإنك تساعد المقاطعة على تأكيد أهلية حديث الولادة حتى يتمكن من بدء تلقي خدمات Medi-Cal. يُرجى إرسال هذا النموذج عبر البريد أو الفاكس إلى المقاطعة. يمكن العثور على معلومات المقاطعة في الجزء الخلفي من هذا النموذج. يجب الإبلاغ عن أي تغييرات تطرأ على الأسرة إلى المقاطعة، ويُرجى تقديم هذه المعلومات بسرعة. يمكن للوالدين أيضًا الإبلاغ عن الولادة عبر الهاتف إلى الموظف المختص بالأهلية. إذا كنت تتصرف نيابة عن أحد الوالدين -ولست زوجًا أو قريبًا أو وصيًا- فإن توقيعك ومعلومات التعريف مطلوبة في Section C. إذا كان ذلك ممكنًا، أدخل رقم بطاقة تعريف المزايا (BIC) المخصصة للرضيع (اختياري).

SECTION A يمكن استخدام بطاقة Medi-Cal للوالدين خلال شهر الولادة والشهر التالي للخدمات والفواتير المتعلقة بحديث الولادة.

اسم ولي الأمر (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)		تاريخ ميلاد ولي الأمر		SSN أو BIC	
العنوان البريدي (رقم الشارع واسم الشارع) أو الموقع		المقاطعة			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني	

SECTION B تذكير: الطفل الذي يولد لوالدين لديهما مزايا مقيدة مؤهل للحصول على مزايا النطاق الكامل.

اسم حديث الولادة (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	اختياري - رقم BIC
اسم حديث الولادة 2 (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	اختياري - رقم BIC
اسم حديث الولادة 3 (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	اختياري - رقم BIC
اسم حديث الولادة 4 (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	اختياري - رقم BIC
اسم حديث الولادة 5 (الاسم الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الاسم الأخير)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى	اختياري - رقم BIC

مكان الولادة (اسم المستشفى، اسم العيادة، إلخ)

العنوان (رقم الشارع واسم الشارع، إذا كان متوفرًا)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---	---------	---------	---------------

أنا أفوض بموجبيه الكشف عن هذه المعلومات إلى Department of Social Services في المقاطعة/إدارة الرعاية الاجتماعية في المقاطعة.

تاريخ الطلب	توقيع ولي أمر/قريب/الوصي على (الرضيع)
-------------	---------------------------------------

SECTION C (املأ هذا القسم إذا تم ملء النموذج من قبل شخص غير ولي الأمر أو القريب أو الوصي).

الوكالة/اللقب		تم إكماله بواسطة (يُرجى التوقيع)
البريد الإلكتروني	رقم الهاتف	رقم معرف المزود الوطني (NPI) (إذا كان مزود Medi-Cal /مستشفى/عيادة/مجموعة، إلخ).
أشهد -على حد علمي- بأن المعلومات الواردة أعلاه تم التحقق منها ودقيقة.		
تاريخ الإكمال		التوقيع (شخص غير ولي الأمر أو القريب أو الوصي) ✕

إذا كان لديك استفسارات تتعلق بتقديم الفواتير للمزود أو مخاوف بشأن كيفية تقديم فواتير الرضع، اتصل بـ Telephone Service Center على الرقم 1-800-541-5555.

امسح الرمز أدناه للعثور على معلومات الاتصال مكتب Medi-Cal في مقاطعتك:



<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>