

新生兒轉診

新生兒轉診表用於幫助符合 Medi-Cal 條件的父母向 Medi-Cal 報告其子女的出生情況。通过填寫該表格上的信息、您可以幫助縣裏確認新生兒的資格、以便新生兒可以開始接受 Medi-Cal 服務。請把該表格郵寄或傳真到縣裏、縣裏的信息寫在該表格的背面。家庭的任何變化都必須向縣裏報告; 請尽快上交該材料。父母也可以使用電話方式向合資格的工作人員報告出生情況。如果您代表父母辦理、您不是配偶、親屬或監護人、則 Section C 需要您的簽名和身份信息。如果適用、請輸入分配給嬰兒的福利識別卡 (BIC) 號碼 (可選)。

SECTION A 父母的 Medi-Cal 卡可在出生當月和下個月用於新生兒的服務和帳單。				
父母的姓名 (名字、中間名、姓氏)		父母的出生日期		BIC 或 SSN
郵寄地址 (號碼和街道) 或位置				縣
市	州	郵政編碼	電話號碼	電子郵件地址
SECTION B 提醒: 限制福利的父母所生的子女有資格享受全額福利。				
新生兒的姓名 (名字、中間名、姓氏)	出生日期 (月/日/年)	性別 ☐ 男 ☐ 女	可選 — BIC 編號	
新生兒 2 的名字 (名字、中間名、姓氏)	出生日期 (月/日/年)	性別 ☐ 男 ☐ 女	可選 — BIC 編號	
新生兒 3 的名字 (名字、中間名、姓氏)	出生日期 (月/日/年)	性別 ☐ 男 ☐ 女	可選 — BIC 編號	
新生兒 4 的姓名 (名字、中間名、姓氏)	出生日期 (月/日/年)	性別 ☐ 男 ☐ 女	可選 — BIC 編號	
新生兒 5 的名字 (名字、中間名、姓氏)	出生日期 (月/日/年)	性別 ☐ 男 ☐ 女	可選 — BIC 編號	
出生地 (醫院名稱、診所名稱等)				

地址 (號碼和街道、如果有)	市:	州	郵政編碼
----------------	----	---	------

本人特此授權將此信息發送到縣 *Department of Social Services* /縣福利部。

申請日期	父母/親屬/監護人 (嬰兒) 的簽名 ☐
------	--

SECTION C (填寫本節、此表格用于不是父母、親屬或監護人填寫。)

填寫人 (請列印寫)	機構/職務	
國家醫療機構識別號 (NPI) (如果是 Medi-Cal 醫療機構/醫院/診所/團體等)	電話號碼	電子郵件地址

根據我所知、我保證上述信息經過核實且準確無誤。

簽名 (父母、親屬或監護人以外的人) ☐	填寫的日期
--	-------

有關供應商帳單查詢或如何為嬰兒出具帳單的問題、請致電 1-800-541-5555 聯繫 Telephone Service Center。

掃描下列二維碼、查找您所在縣 Medi-Cal 辦公室的聯繫信息：



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