

신생아 의뢰

신생아 의뢰 양식은 Medi-Cal 적격 부모가 자녀의 출생을 Medi-Cal 에 신고하는 데 사용됩니다. 이 양식의 정보를 작성하면 카운티에서 신생아의 적격 여부를 확인하여 신생아가 Medi-Cal 서비스를 받기 시작하도록 하는 데 도움이 됩니다. 이 양식을 카운티에 우편 또는 팩스로 보내십시오. 카운티 정보는 이 양식의 뒷면에 있습니다. 가구에 대한 모든 변경 사항은 카운티에 보고해야 하니 신속히 제출해 주세요. 부모는 자격 심사 담당자에게 출생을 유선으로 신고할 수도 있습니다. 배우자, 친척 또는 보호자가 아니고 부모를 대신하는 경우 Section C 에 서명과 식별 정보가 필요합니다. 해당하는 경우 유아에게 할당된 혜택 ID 카드 (BIC) 번호를 입력하십시오 (선택 사항).

**Section A** 부모의 Medi-Cal 카드는 출생 달과 다음 달에 신생아를 위한 서비스 및 청구에 사용할 수 있습니다.

|                          |   |          |      |            |
|--------------------------|---|----------|------|------------|
| 부모 이름 (이름, 중간 이름 이니셜, 성) |   | 부모의 생년월일 |      | BIC 또는 SSN |
| 우편 주소 (번호 및 거리) 또는 위치    |   |          |      | 카운티        |
| 도시                       | 주 | 우편번호     | 전화번호 | 이메일 주소     |

**Section B** 알림: 혜택이 제한된 부모에게서 태어난 자녀는 전체 범위의 혜택을 받을 수 있습니다.

|                             |              |                                                               |                |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------|----------------|
| 신생아 이름 (이름, 중간 이름 이니셜, 성)   | 생년월일 (월/일/년) | 성별<br><input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 | 선택 사항 - BIC 번호 |
| 신생아 2 이름 (이름, 중간 이름 이니셜, 성) | 생년월일 (월/일/년) | 성별<br><input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 | 선택 사항 - BIC 번호 |
| 신생아 3 이름 (이름, 중간 이름 이니셜, 성) | 생년월일 (월/일/년) | 성별<br><input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 | 선택 사항 - BIC 번호 |
| 신생아 4 이름 (이름, 중간 이름 이니셜, 성) | 생년월일 (월/일/년) | 성별<br><input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 | 선택 사항 - BIC 번호 |
| 신생아 5 이름 (이름, 중간 이름 이니셜, 성) | 생년월일 (월/일/년) | 성별<br><input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 | 선택 사항 - BIC 번호 |

출생 장소 (병원 이름, 보건소 이름 등)

|                     |    |   |      |
|---------------------|----|---|------|
| 주소 (가능한 경우 번호 및 거리) | 도시 | 주 | 우편번호 |
|---------------------|----|---|------|

본인은 이 정보를 카운티/ Department of Social Services/카운티 복지부에 공개하는 것을 승인합니다.

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 요청 날짜 | (유아의) 부모/친척/보호자 서명<br>☒ |
|-------|-------------------------|

**Section C** (부모, 친척 또는 보호자가 아닌 사람이 양식을 작성한 경우 이 섹션을 작성하십시오.)

|                                                          |       |        |
|----------------------------------------------------------|-------|--------|
| 작성자 (정자체로 기재)                                            | 기관/직함 |        |
| 국가 제공자 식별 (NPI) 번호 (Medi-Cal 서비스<br>제공자/병원/보건소/그룹 등인 경우) | 전화번호  | 이메일 주소 |

본인은 최대한 아는 한도에서 위의 정보가 검증되었으며 정확하다는 것을 증명합니다.

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 서명 (부모, 친척 또는 보호자 이외의 사람)<br>☒ | 완료 날짜 |
|--------------------------------|-------|

의료 서비스 제공자 청구 문의 또는 유아 요금 청구 방법에 대한 우려 사항은 Telephone Service Center (1-800-541-5555) 로 문의하십시오.

카운티의 Medi-Cal 사무소 연락처 정보를 찾으려면 다음을 스캔하십시오.



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