

Направление Для Новорожденных

Форма Направление для новорожденных используется для того, чтобы помочь родителям, имеющим право на Medi-Cal, сообщить о рождении своего ребенка (детей) в Medi-Cal. Заполнив информацию в этой форме, вы помогаете округу подтвердить право новорожденного, чтобы он мог начать получать услуги Medi-Cal. Отправьте эту форму в округ по почте или по факсу. Информация об округе находится на обратной стороне этой формы. Любые изменения в составе семьи должны быть сообщены округу; пожалуйста, быстро предоставьте эту информацию. Родители также могут сообщить о рождении ребенка по телефону своему сотруднику, отвечающему за предоставление права на участие в программе. Если вы действуете от имени родителя и не являетесь его супругом, родственником или опекуном, то в Section C необходимо поставить вашу подпись и указать идентификационные данные. Если применимо, введите номер идентификационной карты пособия (BIC), присвоенный младенцу (**необязательно**).

SECTION A Карта Medi-Cal родителя может использоваться в течение месяца рождения и следующего месяца для получения услуг и выставления счетов за новорожденного.

Имя родителя (имя, Среднее инициал, фамилия)		Дата рождения родителя		BIC или SSN	
Почтовый адрес (номер и улица) или местонахождение					Округ
Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона	адрес электронной почты	

SECTION B Напоминание: Ребенок, родившийся у родителя, имеющего ограниченные льготы, имеет право на полномасштабные льготы.

Имя новорожденного (имя, Среднее инициал, фамилия)	Дата рождения (месяц/день/год)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Необязательно - номер BIC
Имя новорожденного 2 (имя, Среднее инициал, фамилия)	Дата рождения (месяц/день/год)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Необязательно - номер BIC
Имя новорожденного 3 (имя, Среднее инициал, фамилия)	Дата рождения (месяц/день/год)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Необязательно - номер BIC
Имя новорожденного 4 (имя, Среднее инициал, фамилия)	Дата рождения (месяц/день/год)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Необязательно - номер BIC
Имя новорожденного 5 (имя, Среднее инициал, фамилия)	Дата рождения (месяц/день/год)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Необязательно - номер BIC

Где родился (название больницы, клиники и т.д.)

Адрес (номер и улица, если есть)	Город	Штат	Почтовый индекс
----------------------------------	-------	------	-----------------

Настоящим я разрешаю предоставить эту информацию окружному Department of Social Services/окружному отделу социального обеспечения.

Дата запроса	Подпись родителя/родственника/опекуна (младенца)
--------------	--

SECTION C (Заполните этот раздел, если форму заполняло лицо, не являющееся родителем, родственником или опекуном.)

Заполнено (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	Агентство/Звание	
Номер Национального идентификационного поставщика (NPI) (если поставщик услуг Medi-Cal/больница/клиника/группа и т.д.)	Номер телефона	адрес электронной почты

Я подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной и точной.

Подпись (лицо, не являющееся родителем, родственником или опекуном)	Дата выполнения
---	-----------------

Если вы хотите узнать, как выставлять счета за младенцев, позвоните в Telephone Service Center по телефону 1-800-541-5555.

Отсканируйте приведенный ниже код, чтобы найти контактную информацию офиса Medi-Cal вашего округа:



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