

การส่งตัวทารก

แบบฟอร์มการส่งตัวทารกใช้เพื่อช่วยให้พ่อแม่ที่มีสิทธิได้รับ Medi-Cal ในการรายงานการเกิดของบุตรของพวกเขาต่อ Medi-Cal เมื่อกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ คุณได้ช่วยสำนักงานเขตในการยืนยันสิทธิของทารก เพื่อให้ทารกสามารถได้รับบริการต่าง ๆ ของ Medi-Cal ได้

ให้ส่งแบบฟอร์มนี้ทางจดหมายหรือแฟกซ์ไปที่สำนักงานเขต ข้อมูลสำนักงานเขตอยู่ที่ด้านหลังของแบบฟอร์มนี้ จะต้องรายงานการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในครัวเรือนให้สำนักงานเขตทราบ โปรดให้ข้อมูลดังกล่าวโดยเร็ว

พ่อแม่สามารถรายงานการเกิดทางโทรศัพท์แก่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิของพวกเขาได้ หากคุณทำหน้าที่แทนพ่อแม่ และไม่ใช่คู่สมรส ญาติหรือผู้ปกครอง ให้ลงนามและแจ้งข้อมูลระบุตัวตนของคุณใน Section C และหากมีหมายเลขบัตรประจำตัวผู้รับผลประโยชน์ (BIC) ที่ออกให้ทารก ให้กรอกหมายเลขดังกล่าวด้วย

(MC330)

SECTION A สามารถใช้บัตร Medi-Cal ของพ่อแม่ในระหว่างเดือนที่ทารกเกิดหรือเดือนหลังจากนั้น ได้เพื่อรับบริการและใช้ว่างบิลสำหรับการดูแลทารก

ชื่อพ่อแม่ (ชื่อจริง, อักษรย่อชื่อกลาง, นามสกุล)		วันเกิดของพ่อแม่	BIC หรือ SSN	
ที่อยู่ไปรษณีย์ (เลขที่และถนน) หรือตำแหน่ง			เขต	
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	หมายเลขโทรศัพท์	อีเมลแอดเดรส

SECTION B การแจ้งเตือน: ทารกที่เกิดจากพ่อแม่ที่มีผลประโยชน์แบบจำกัด จะมีสิทธิได้รับผลประโยชน์อย่างไม่จำกัด

ชื่อทารก (ชื่อจริง, อักษรย่อชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	ไม่บังคับ - หมายเลข BIC
ชื่อทารก 2 (ชื่อจริง, อักษรย่อชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	ไม่บังคับ - หมายเลข BIC
ชื่อทารก 3 (ชื่อจริง, อักษรย่อชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	ไม่บังคับ - หมายเลข BIC
ชื่อทารก 4 (ชื่อจริง, อักษรย่อชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	ไม่บังคับ - หมายเลข BIC
ชื่อทารก 5 (ชื่อจริง, อักษรย่อชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	ไม่บังคับ - หมายเลข BIC

สถานที่เกิด (ชื่อโรงพยาบาล, ชื่อคลินิก, ฯลฯ)

ที่อยู่ (เลขที่และถนน หากมี)	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
------------------------------	-------	-----	--------------

ข้าพเจ้าอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลนี้แก่ Department of Social Services ประจำเขต หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ประจำเขต

วันที่ขอ	ลายเซ็นพ่อแม่/ญาติ/ผู้ปกครอง (ของทารก)
	☐

SECTION C (กรอกข้อมูลในส่วนนี้หากผู้กรอกข้อมูลไม่ใช่พ่อแม่ ญาติหรือผู้ปกครอง)

กรอกโดย (โปรดกรอกเป็นตัวพิมพ์)	สำนักงาน/ตำแหน่ง	
หมายเลขประจำตัวประชาชน (NPI) (หากเป็นผู้ให้บริการ Medi-Cal/ โรงพยาบาล/คลินิก/กลุ่ม ฯลฯ)	หมายเลขโทรศัพท์	อีเมลแอดเดรส

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นมีความถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

ลายเซ็น (บุคคลที่ไม่ใช่พ่อแม่, ญาติหรือผู้ปกครอง)	วันที่กรอกข้อมูล
☐	

สำหรับผู้ให้บริการ หากต้องการสอบถามเรื่องการวางบิลหรือมีข้อสงสัยถึงวิธีการวางบิลให้ทารก โปรดโทรศัพท์หา Telephone Service Center ที่หมายเลข 1-800-541-5555.

สแกนด้านล่างเพื่อดูข้อมูลติดต่อสำนักงาน Medi-Cal ประจำเขต



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