

न्यूबॉर्न रेफरल

Medi-Cal के लिए पात्र माता-पिता को अपने बच्चे/बच्चों के जन्म के बारे में Medi-Cal को सूचित करने में सक्षम बनाने के लिए न्यूबॉर्न रेफरल फॉर्म का उपयोग किया जाता है। इस फॉर्म में जानकारी पूरी करके आप नवजात शिशु की पात्रता की पुष्टि करने में काउंटी की मदद करते हैं ताकि नवजात शिशु को Medi-Cal सेवाएं मिल सकें। यह फॉर्म काउंटी को मेल करें या फ़ैक्स करें। काउंटी की जानकारी इस फॉर्म के पीछे दी गई है। परिवार में होने वाले किसी भी बदलावों के बारे में काउंटी को सूचित करना होगा; कृपया जल्द से जल्द यह जानकारी प्रदान करें। माता-पिता अपने शिशु के जन्म के बारे में अपने पात्र कार्यकर्ता को फ़ोन से भी जानकारी दे सकते हैं। यदि आप माता-पिता की ओर से काम कर रहे हैं, और आप जीवन-साथी, रिश्तेदार या अभिभावक नहीं हैं, तो Section C में आपका हस्ताक्षर और पहचान जानकारी देना आवश्यक है। यदि लागू हो तो, नवजात शिशु को प्रदान किया गया बेनिफिट आइडेंटिफिकेशन कार्ड (BIC) नंबर दर्ज करें (वैकल्पिक)।

SECTION A नवजात शिशु की सेवाओं और बिलिंग के लिए जन्म के महीने और आगामी महीनों के दौरान माता-पिता के Medi-Cal कार्ड का इस्तेमाल किया जा सकता है।

माता-पिता का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)		माता-पिता की जन्म तिथि		BIC या SSN	
मेलिंग एड्रेस (नंबर और स्ट्रीट) या स्थान				काउंटी	
शहर	राज्य	ज़िप कोड	टेलिफ़ोन नंबर	ईमेल एड्रेस	

SECTION B रिमाइंडर: सीमित लाभों वाले माता-पिता से जन्म लेने वाला शिशु संपूर्ण लाभों के लिए पात्र होता है।

नवजात शिशु का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष)	लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला	वैकल्पिक— BIC नंबर
नवजात शिशु 2 का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष)	लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला	वैकल्पिक— BIC नंबर
नवजात शिशु 3 का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष)	लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला	वैकल्पिक— BIC नंबर
नवजात शिशु 4 का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष)	लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला	वैकल्पिक— BIC नंबर
नवजात शिशु 5 का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष)	लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला	वैकल्पिक— BIC नंबर

जन्म की जगह (अस्पताल का नाम, क्लिनिक का नाम, इत्यादि)

पता (नंबर और स्ट्रीट, यदि उपलब्ध हो)	शहर	राज्य	ज़िप कोड
--------------------------------------	-----	-------	----------

मैं इस जानकारी को काउंटी Department of Social Services/काउंटी कल्याण विभाग को जारी करने का अधिकार देता/देती हूँ।

अनुरोध की तिथि	माता-पिता/रिश्तेदार/अभिभावक (नवजात शिशु का) का हस्ताक्षर ✕
----------------	---

SECTION C (यदि माता-पिता/रिश्तेदार/अभिभाव के अलावा अन्य व्यक्ति द्वारा यह फॉर्म भरा जाता हो, तो यह सेक्शन भरें।)

इनके द्वारा पूरा किया गया (कृपया प्रिंट करें)	एजेंसी/टाइटल	
नैशनल प्रोविदेर आइडेंटिफायर (NPI) नंबर (यदि Medi-Cal प्रदाता/अस्पताल/क्लिनिक/समूह, इत्यादि)	टेलिफोन नंबर	ईमेल एड्रेस
मैं अपनी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी सत्यापित और सटीक है।		
हस्ताक्षर (माता-पिता, रिश्तेदार या अभिभावक के अलावा अन्य व्यक्ति) ☐	पूरा होने की तिथि	

प्रदाता बिलिंग पृष्ठताछ या नवजात शिशुओं के लिए बिल करने के तरीके के बारे में पृष्ठने के लिए, Telephone Service Center को 1-800-541-5555 पर कॉल करें।

अपने काउंटी के Medi-Cal कार्यालय की संपर्क जानकारी प्राप्त करने के लिए नीचे स्कैन करें:



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