

ການສົ່ງຕໍ່ເດັກເກີດໃໝ່

ແບບຟອມການສົ່ງຕໍ່ເດັກເກີດໃໝ່ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຊ່ວຍພໍ່ແມ່ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ເພື່ອລາຍງານການເກີດລູກຂອງເຂົາເຈົ້າກັບ Medi-Cal. ໂດຍການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມນີ້, ທ່ານຊ່ວຍທາງຄາວຕີຢືນຢັນການມີສິດຂອງເດັກເກີດໃໝ່ ເພື່ອໃຫ້ເດັກເກີດໃໝ່ສາມາດເລີ່ມໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງ Medi-Cal ໄດ້. ສິ່ງທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກແບບຟອມນີ້ໄປຫາຄາວຕີ. ຂໍ້ມູນຄາວຕີແມ່ນຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມນີ້. ການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງຕໍ່ຄົວເຮືອນຕ້ອງໄດ້ຖືກລາຍງານຕໍ່ຄາວຕີ; ກະລຸນາສົ່ງຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍໄວ. ພໍ່ແມ່ອາດຈະລາຍງານການເກີດທາງໂທລະສັບຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຄຸ້ມຄອງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງເຂົາເຈົ້ານຳ.

ຖ້າທ່ານກຳລັງດຳເນີນການຕາງໜ້າໃຫ້ແກ່ພໍ່ແມ່, ແລະ ບໍ່ແມ່ນຄູ່ສົມລົດ, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ, ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນການລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານໃນ Section C. ຖ້າມີ, ໃຫ້ໃສ່ເລກບັດປະຈຳຕົວຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ (BIC) ທີ່ກຳນົດໃຫ້ເດັກນ້ອຍ (ບໍ່ບັງຄັບ).

SECTION A ບັດ Medi-Cal ຂອງພໍ່ແມ່ສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້ໃນລະຫວ່າງເດືອນເກີດ ແລະ ເດືອນຖັດໄປ ສຳລັບການບໍລິການ ແລະ ການຮຽກເກັບເງິນສຳລັບເດັກເກີດໃໝ່.

ຊື່ພໍ່ແມ່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		ວັນເກີດຂອງພໍ່ແມ່	BIC ຫຼື SSN	
ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ເລກ ແລະ ຖະໜົນ) ຫຼື ຈຸດທີ່ຕັ້ງ			ຄາວຕີ	
ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ເບີໂທລະສັບ	ທີ່ຢູ່ອີເມວ

SECTION B ແຈ້ງເຕືອນ: ເດັກນ້ອຍທີ່ເກີດມາຈາກພໍ່ແມ່ທີ່ມີຜົນປະໂຫຍດທີ່ຈຳກັດ ແມ່ນມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດແຕ່ມຂອບເຂດ

ຊື່ເດັກເກີດໃໝ່ (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນເກີດ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)	ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ບໍ່ບັງຄັບ—ເລກ BIC
ຊື່ເດັກເກີດໃໝ່ 2 (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນເກີດ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)	ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ບໍ່ບັງຄັບ—ເລກ BIC
ຊື່ເດັກເກີດໃໝ່ 3 (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນເກີດ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)	ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ບໍ່ບັງຄັບ—ເລກ BIC
ຊື່ເດັກເກີດໃໝ່ 4 (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນເກີດ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)	ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ບໍ່ບັງຄັບ—ເລກ BIC
ຊື່ເດັກເກີດໃໝ່ 5 (ຊື່ແທ້, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ວັນເກີດ (ເດືອນ/ວັນ/ປີ)	ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ	ບໍ່ບັງຄັບ—ເລກ BIC

ບ່ອນເກີດ (ຊື່ໂຮງໝໍ, ຊື່ຄລີນິກ, ແລະ ອື່ນໆ)

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ເລກ ແລະ ຖະໜົນ, ຖ້າມີ)	ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
ຂ້າພະເຈົ້າຊື່ອະນຸຍາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ທາງ Department of Social Services ຂອງຄາວຕີ້/ພະແນກສະຫວັດດີການຂອງຄາວຕີ້/			
ວັນທີຮ້ອງຂໍ	ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຍາດພີ່ນ້ອງ/ຜູ້ປົກຄອງ (ຂອງເດັກນ້ອຍ) ☒		
SECTION C (ຕົ້ນຂໍ້ມູນໃສ່ໃນພາກນີ້ ຖ້າຕົ້ນແບບຟອມໂດຍບຸກຄົນອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ.)			
ຕົ້ນຂໍ້ມູນໂດຍ (ກະລຸນາພິມ)	ອົງການ/ຕຳແໜ່ງ		
ເລກຕົວລະບຸຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຫ່ງຊາດ (NPI) (ຖ້າເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ໂຮງໝໍ/ຄລີນິກ/ກຸ່ມ, ແລະ ອື່ນໆ ຂອງ Medi-Cal)	ເບີໂທລະສັບ	ທີ່ຢູ່ອີເມວ	
ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ຖືກກວດສອບ ແລະ ຖືກຕ້ອງແລ້ວ.			
ລາຍເຊັນ (ບຸກຄົນອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ) ☒	ວັນທີຕົ້ນຂໍ້ມູນ		

ສໍາລັບການສອບຖາມກ່ຽວກັບໃບບິນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບວິທີການອອກໃບບິນສໍາລັບເດັກນ້ອຍ, ໃຫ້ໂທຫາ Telephone Service Center ທີ່ 1-800-541-5555.

ສະແກນດ້ານລຸ່ມເພື່ອຊອກຫາຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ Medi-Cal ຂອງຄາວຕີ້:



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