

## Направлення Для Новонароджених

Форма Направлення для новонароджених використовується для того, щоб допомогти батькам, які мають право на Medi-Cal, повідомити про народження своєї дитини (дітей) у Medi-Cal. Заповнивши інформацію в цій формі, ви допомагаєте округу підтвердити право новонародженого, щоб він міг почати отримувати послуги Medi-Cal. Надішліть цю форму в округ поштою або факсом. Інформація про округ знаходиться на зворотному боці цієї форми. Будь-які зміни у складі сім'ї мають бути повідомлені округу; будь ласка, швидко надайте цю інформацію. Батьки також можуть повідомити про народження дитини телефоном своєму співробітнику, який відповідає за надання права на участь у програмі. Якщо ви дієте від імені батьків і не є їхнім чоловіком/дружиною, родичем або опікуном, то в Section C необхідно поставити ваш підпис і вказати ідентифікаційні дані. Якщо може бути застосовано, введіть номер ідентифікаційної картки допомоги (BIC), присвоєний немовляті **(необов'язково)**.

**SECTION A** *Картку Medi-Cal одного з батьків можна використовувати протягом місяця народження та наступного місяця для отримання послуг і виставлення рахунків за новонародженого.*

|                                                         |      |                                  |                |                          |  |
|---------------------------------------------------------|------|----------------------------------|----------------|--------------------------|--|
| Ім'я одного з батьків (ім'я, Середнє ініціал, прізвище) |      | Дата народження одного з батьків |                | BIC або SSN              |  |
| Поштова адреса (номер і вулиця) або місцезнаходження    |      |                                  |                | Округ                    |  |
| Місто                                                   | Штат | Поштовий індекс                  | Номер телефону | адреса електронної пошти |  |

**SECTION B** *Нагадуємо: Дитина, яка народилася у одного з батьків, що має обмежені пільги, має право на повномасштабні пільги.*

|                                                                    |                                      |                                                                            |                                     |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Ім'я новонародженого<br>(ім'я, Середнє ініціал, прізвище)          | Дата народження<br>(місяць/день/рік) | Стать<br><input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча | <i>Необов'язково</i><br>- номер BIC |
| Ім'я новонародженого <b>2</b><br>(ім'я, Середнє ініціал, прізвище) | Дата народження<br>(місяць/день/рік) | Стать<br><input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча | <i>Необов'язково</i><br>- номер BIC |
| Ім'я новонародженого <b>3</b><br>(ім'я, Середнє ініціал, прізвище) | Дата народження<br>(місяць/день/рік) | Стать<br><input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча | <i>Необов'язково</i><br>- номер BIC |
| Ім'я новонародженого <b>4</b><br>(ім'я, Середнє ініціал, прізвище) | Дата народження<br>(місяць/день/рік) | Стать<br><input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча | <i>Необов'язково</i><br>- номер BIC |
| Ім'я новонародженого <b>5</b><br>(ім'я, Середнє ініціал, прізвище) | Дата народження<br>(місяць/день/рік) | Стать<br><input type="checkbox"/> Чоловіча <input type="checkbox"/> Жіноча | <i>Необов'язково</i><br>- номер BIC |

Де народився (назва лікарні, клініки тощо)

|                                 |       |      |                 |
|---------------------------------|-------|------|-----------------|
| Адреса (номер і вулиця, якщо є) | Місто | Штат | Поштовий індекс |
|---------------------------------|-------|------|-----------------|

*Я дозволяю надати цю інформацію окружному Department of Social Services/окружному відділу соціального забезпечення.*

|             |                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------|
| Дата запиту | Підпис одного з батьків/родича/опікуна (немовляти) |
|-------------|----------------------------------------------------|

**SECTION C** (Заповніть цей розділ, якщо форму заповнювала особа, яка не є одним із батьків, родичем або опікуном.)

|                                                                                                                             |                  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|
| Заповнено (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)                                                                                            | Агентство/Звання |                          |
| Номер Національного ідентифікаційного постачальника (NPI) (якщо постачальник послуг Medi-Cal/ лікарня/ клініка/ група тощо) | Номер телефону   | адреса електронної пошти |

*Я підтверджую, що зазначена вище інформація є достовірною і точною.*

|                                                                 |                |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|
| Підпис (особа, яка не є одним із батьків, родичем або опікуном) | Дата виконання |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|



Якщо ви хочете дізнатися, як виставляти рахунки за немовлят, зателефонуйте до Telephone Service Center за номером 1-800-541-5555.

**Відскануйте наведений нижче код, щоб знайти контактну інформацію офісу Medi-Cal вашого округу:**



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