

Giới Thiệu Trẻ Mới Sinh

Biểu Mẫu Giới Thiệu Trẻ Sơ Sinh được sử dụng để hỗ trợ cha mẹ đủ điều kiện hưởng Medi-Cal thông báo về việc sinh con cho Medi-Cal. Bằng việc hoàn thành thông tin trên mẫu này, bạn sẽ giúp văn phòng quận xác nhận tình trạng đủ điều kiện của trẻ mới sinh để trẻ có thể bắt đầu nhận các dịch vụ Medi-Cal. Hãy gửi mẫu này qua đường bưu điện hoặc fax đến văn phòng quận. Thông tin liên hệ của văn phòng quận được cung cấp ở mặt sau của mẫu này. Bất kỳ thay đổi nào về thành phần hộ gia đình đều phải được báo cáo cho văn phòng quận; vui lòng nộp thông tin này nhanh chóng. Cha mẹ cũng có thể báo cáo việc sinh con qua điện thoại cho nhân viên phụ trách tính đủ điều kiện của họ. Nếu bạn hành động thay mặt cho cha mẹ và không phải là vợ/chồng, họ hàng hoặc người giám hộ, thì chữ ký và thông tin nhận dạng của bạn là bắt buộc ở Section C. Nếu có thể áp dụng, hãy nhập số Thẻ Nhận Diện Quyền Lợi (BIC) được cấp cho trẻ sơ sinh **(không bắt buộc)**.

SECTION A

Thẻ Medi-Cal của cha mẹ có thể được sử dụng trong tháng sinh và tháng sau sinh để hưởng các dịch vụ và thanh toán cho trẻ mới sinh.

Tên phụ huynh (Tên, Chữ Cái Đầu Tên Lót, Họ)		Ngày sinh của phụ huynh		BIC hoặc SSN	
Địa chỉ gửi thư (số và tên đường) hoặc vị trí				Quận	
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	Số điện thoại	Địa chỉ email	

SECTION B

Nhắc nhở: Trẻ được sinh ra từ cha mẹ có quyền lợi hạn chế vẫn đủ điều kiện nhận đầy đủ các quyền lợi.

Tên trẻ mới sinh (tên, chữ cái đầu tên lót, họ)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ	Tùy chọn— số BIC
Tên trẻ mới sinh 2 (tên, chữ cái đầu tên lót, họ)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ	Tùy chọn— số BIC
Tên trẻ mới sinh 3 (tên, chữ cái đầu tên lót, họ)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ	Tùy chọn— số BIC
Tên trẻ mới sinh 4 (tên, chữ cái đầu tên lót, họ)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ	Tùy chọn— số BIC
Tên trẻ mới sinh 5 (tên, chữ cái đầu tên lót, họ)	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ	Tùy chọn— số BIC

Nơi sinh (tên bệnh viện, phòng khám, v.v.)

Địa chỉ (số và tên đường, nếu có)	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
-----------------------------------	-----------	-----------	--------

Tôi bằng văn bản này cho phép tiết lộ thông tin này cho Department of Social Services Quận/sở phúc lợi quận.

Ngày yêu cầu	Chữ ký của phụ huynh/họ hàng/người giám hộ (của trẻ sơ sinh)
--------------	--

SECTION C (Điền vào phần này nếu mẫu được hoàn thành bởi người khác ngoài phụ huynh, họ hàng hoặc người giám hộ.)

Được hoàn thành bởi (VUI LÒNG VIẾT IN HOA)	Cơ quan / Chức danh
--	---------------------

Số Nhận Dạng Nhà Cung Cấp Quốc Gia (NPI) (nếu là nhà cung cấp Medi-Cal/bệnh viện/phòng khám/nhóm v.v.)	Số điện thoại	Địa chỉ email
--	---------------	---------------

Tôi xác nhận theo hiểu biết tốt nhất của mình rằng thông tin nêu trên đã được xác minh và chính xác.

Chữ ký (người khác ngoài cha mẹ, họ hàng hoặc người giám hộ) 	Ngày hoàn thành
--	-----------------

Để được giải đáp các thắc mắc về vấn đề thanh toán cho nhà cung cấp hoặc cách thanh toán cho trẻ sơ sinh, vui lòng gọi đến Telephone Service Center thông qua số 1-800-541-5555.

Quét mã bên dưới để tìm thông tin liên hệ của văn phòng Medi-Cal của quận của bạn:



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