

ارجاع نوزاد

فرم ارجاع نوزاد برای کمک به والدین واجد شرایط Medi-Cal برای گزارش تولد فرزند (فرزنداند) خود به Medi-Cal استفاده می‌شود. با تکمیل اطلاعات در این فرم، شما به شهرستان در تأیید کردن واجد شرایط بودن نوزاد کمک می‌کنید تا نوزاد بتواند دریافت خدمات Medi-Cal را شروع کند. این فرم را به شهرستان پست یا فاکس کنید. اطلاعات شهرستان در پشت این فرم قرار دارد. هرگونه تغییر در خانواده باید به شهرستان گزارش شود. لطفاً این معلومات را به سرعت وارد کنید. والدین همچنین ممکن است تولد را از طریق تلفن به کارگزار واجد شرایط خود گزارش دهند. اگر از طرف والدین انجام می‌دهید و یکی از زوج، خویشاوند یا سرپرست نیستید، در SECTION C امضا و اطلاعات شناسایی شما لازم است. در صورت لزوم، شماره کارت شناسایی مزایا (BIC) مختص به نوزاد را وارد کنید (اختیاری).

SECTION A کارت Medi-Cal والدین را می‌توان در ماه تولد و ماه بعد برای خدمات و صورت‌حساب برای نوزاد استفاده کرد.

نام والدین (نام، اولیه میانی، نام خانوادگی)		تاریخ تولد والدین	SSN یا BIC
آدرس پستی (شماره و خیابان) یا محل		شهرستان	
شهر	ایالت	زیپ کد	شماره تلفن
		آدرس ایمیل	

SECTION B یادآوری: فرزندی که از والدینی با مزایای محدود متولد شده است واجد شرایط دریافت مزایای دامنه کامل است.

نام نوزاد (نام، اولیه میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد: (ماه / روز / سال)	جنسیت	اختیاری — شماره BIC
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
نام نوزاد 2 (نام، اولیه میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد: (ماه / روز / سال)	جنسیت	اختیاری — شماره BIC
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
نام نوزاد 3 (نام، اولیه میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد: (ماه / روز / سال)	جنسیت	اختیاری — شماره BIC
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
نام نوزاد 4 (نام، اولیه میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد: (ماه / روز / سال)	جنسیت	اختیاری — شماره BIC
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
نام نوزاد 5 (نام، اولیه میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد: (ماه / روز / سال)	جنسیت	اختیاری — شماره BIC
		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	

محل تولد (نام بیمارستان، نام کلینیک و غیره)

آدرس (شماره و خیابان، در صورت وجود)	شهر	ایالت	زیپ کد
-------------------------------------	-----	-------	--------

من بدینوسیله اجازه انتشار این اطلاعات را به **Department of Social Services** شهرستان/اداره رفاه شهرستان می‌دهم.

تاریخ درخواست	امضای یکی از والدین/خویشاوند/سرپرست (نوزاد)
	<input type="checkbox"/>

SECTION C (اگر فرم توسط شخص دیگری غیر از والدین، خویشاوند یا سرپرست تکمیل شده باشد، این بخش را پر کنید.)

تکمیل شده توسط (لطفاً چاپ کنید)		نهاد/عنوان
شماره شناسایی ملی ارائه دهنده (NPI) (اگر ارائه دهنده/بیمارستان/کلینیک/گروه و غیره Medi-Cal باشد.)	شماره تلفن	آدرس ایمیل
من تا آنجاییکه که می‌دانم تأیید می‌کنم که اطلاعات بالا موثق و دقیق است.		
امضای (شخصی غیر از والدین، خویشاوند یا سرپرست)		تاریخ تکمیل

برای سؤال در مورد صورتحساب ارائه دهنده یا نگرانی در مورد نحوه صورتحساب برای نوزادان، با Telephone Service Center به شماره 1-800-541-5555 تماس بگیرید.

برای یافتن معلومات تماس دفتر Medi-Cal شهرستان خود، زیر را اسکن کنید:



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