

Mga Bagong Silang Na Referral

Ang Form sa Mga Bagong Silang na Referral ay ginagamit upang tulungan ang isang magulang na elihible sa Medi-Cal na iulat ang kapanganakan ng kanilang (mga) anak sa Medi-Cal. Sa pamamagitan ng pagkumpleto ng impormasyon sa form na ito, tinutulungan mo ang lalawigan na kumpirmahin ang pagiging elihible ng mga bagong silang na anak upang ang bagong silang ay makapagsimulang makatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal. Ipadala sa koreo o i-fax ang form na ito sa lalawigan. Ang impormasyon ng lalawigan ay matatagpuan sa likod ng form na ito. Ang anumang mga pagbabago sa sambahayan ay dapat iulat sa lalawigan; mangyaring ibigay agad ang impormasyong ito. Maaari ring iulat ng magulang ang kapanganakan sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono sa kanilang manggagawa sa elihibilidad. Kung umaaksyon ka sa ngalan ng magulang, at hindi asawa, kamag-anak, o tagapag-alaga, kinakailangan ang iyong lagda at impormasyon sa pagkilala sa Section C. Kung naaangkop, ilagay ang numero ng Kard ng Identipikasyon ng mga Benepisyo (BIC) na nakatalaga sa sanggol (*opsyonal*).

SECTION A *Ang kard sa Medi-Cal ng magulang ay maaaring gamitin sa buwan ng kapanganakan at sa buwan kasunod para sa mga serbisyo at biling para sa bagong silang na anak.*

Pangalan ng magulang (una, MI, apelyido)		Petsa ng kapanganakan ng magulang		BIC o SSN	
Address ng koreo (numero at kalye) o lokasyon				Lalawigan	
Lungsod	Estado	ZIP Code	Numero ng telepono	Email address	

Paalala sa SECTION B: *Ang isang batang isinilang mula sa isang magulang na may mga pinaghihigpitang benepisyo ay elihible para sa buong-saklaw na mga benepisyo.*

Pangalan ng bagong silang na anak (una, MI, apelyido)	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	<i>Opsyonal</i> — numero ng BIC
Pangalan ng bagong silang 2 (una, MI, apelyido)	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	<i>Opsyonal</i> — numero ng BIC
Pangalan ng bagong silang 3 (una, MI, apelyido)	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	<i>Opsyonal</i> — numero ng BIC
Pangalan ng bagong silang 4 (una, MI, apelyido)	Petsa ng Kapanganakan (buwan/araw/taon)	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	<i>Opsyonal</i> — numero ng BIC
Pangalan ng bagong silang 5 (una, MI, apelyido)	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	<i>Opsyonal</i> — numero ng BIC

Saan isinilang (pangalan ng ospital, pangalan ng klinika, atbp.)

Address (numero at kalye, kung available)	Lungsod	Estado	ZIP code
---	---------	--------	----------

Sa pamamagitan nito ay pinahihintulutan ko ang pagpapalabas ng impormasyong ito sa Department of Social Services/departamento ng kapakanan ng lalawigan.

Petsa ng paghiling	Lagda ng Magulang/Kamag-anak/Tagapag-alaga (ng sanggol) <input type="checkbox"/>
--------------------	---

SECTION C *(Punan ang seksyong ito kung ang form ay kumpleto ng isang tao maliban sa magulang, kamag-anak, o tagapag-alaga.)*

Kinumpleto ni (MANGYARING ISULAT SA PRINT)	Ahensya/Titulo	
Numero ng Nasyonal na Identifier ng Provider (NPI) (Kung provider/ospital/klinika/grupo, atbp.) ng Medi-Cal	Numero ng telepono	Email address

Sinesertipikahan ko sa abot ng aking kaalaman na ang impormasyon sa itaas ay beripikado at tumpak.

Lagda (tao maliban sa magulang, kamag-anak, o tagapag-alaga) <input type="checkbox"/>	Petsa ng pagkumpleto
--	----------------------

Para sa mga katanungan sa billing ng provider o mga alalahanin kung paano ang pag-bill para sa mga sanggol, tawagan ang Telephone Service Center sa 1-800-541-5555.

I-scan ang nasa ibaba upang mahanap ang impormasyon sa pakikipag-ugnay sa tanggapan ng Medi-Cal ng iyong lalawigan:



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