

Children's Presumptive Eligibility 預註冊工作表

家長或申請人須知:

為了能夠在今天免費接受健康檢查、您必須在該表格上提供所需的資訊。您提供的資訊是保密的。這是一個自願的項目。

子女的家庭裏有多少人? _____

- 家庭指在子女家裏生活的直系親屬。請包括子女、子女的父母、子女的兄弟姐妹和子女的配偶。如果家裏有人懷孕、請包括預期嬰兒的數量。不要包括其他親戚或朋友、即使他們和子女生活在一起。

您家稅前賺多少錢? \$ _____ 或者 \$ _____
每月 每年

您或您的子女可能有資格通過 Medi-Cal 或 Covered California 下的保費援助計畫獲得持續的醫療保險。

我要通過 Medi-Cal 或 Covered California 下的保費援助計畫申請持續的保險。 是 否

- 如果您對這個問題的回答是、我們會在幾天以後給您郵寄一份申請表。請填寫並及時寄回。
- 如果您對這個問題的回答為否 (或者如果您回答是、但沒有寄回申請表)、除非縣裏的 Department of Social Services 另行通知、否則申請人的健康、牙科和視力福利的保險將在下月底停止。

注意: Medi-Cal 申請表可以通過線上、郵寄、電話或親自提交。申請人可以通過致電他們所在縣裏的 Medi-Cal 辦公室、利用電話簽名通過電話簽署申請表。

- 可以在以下網址找到縣裏的聯繫資訊:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- 有關申請方式的資訊、請訪問該網站:
<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Children's Presumptive Eligibility (CPE) 的結果不會影響您或您家人申請 Medi-Cal 的能力。您可以隨時申請 Medi-Cal。

申請人的資訊

申請人是否持有 State of California Benefits Identification Card (BIC) 或 Medi-Cal 卡?

是 否

如果是、BIC 卡上的識別號是多少 (如有)? _____

Children's Presumptive Eligibility 預註冊工作表

申請人的姓名—姓 名 中間名

出生的日期 (MM/DD/YYYY)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請人的社會保障號碼 (SSN) (可選)
--------------------	---	--------------------------

如果您無家可歸、請點擊這裡

家庭地址	公寓號	城市	州	郵政編碼
------	-----	----	---	------

居住的縣 生活在加利福尼亞州嗎? 是 否

郵寄地址 (如果不同)	公寓號	城市	州	郵政編碼
-------------	-----	----	---	------

母親的姓名—姓 名 中間名字首

一歲以下的申請人、請填寫這部分。

母親的出生日期 (MM/DD/YYYY)	母親的 BIC 或 Medi-Cal 卡號或 SSN
----------------------	----------------------------

家長/法定監護人的資訊

父母/法定監護人或脫離监护而獨立生活的未成人姓名—姓 名 中間名字首

家庭電話號碼	工作電話號碼	短信電話號碼
--------	--------	--------

您在家說哪種語言? 您讀哪種語言最好?

認證

本人今天報請 Children's Presumptive Eligibility。本人保證已閱讀並理解該表格。我聲明我所提供的資訊是真實、正確和完整的。

父母/監護人或脫離监护而獨立生活的未成人的簽名	與申請人的關係	日期
-------------------------	---------	----

個人有權查閱包含其個人資訊的記錄。負責保存資訊的官方實體是 Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413。此資訊的副本可能會與您所在縣的 Department of Social Services 分享、並由您子女的 CPE 醫療機構隨您子女的醫療記錄一起保存。