

Children's Presumptive Eligibility 사전 등록 워크시트

신청자 정보

신청자는 State of California Benefits Identification Card (BIC) 또는 Medi-Cal 카드를 보유하고 있습니까?

예 아니요

그렇다면 BIC 카드의 식별 번호는 무엇입니까 (있는 경우)? _____

신청자 이름—성

이름

중간 이름

생년월일 (MM/DD/YYYY)

성별

남성

여성

신청자의 사회보장번호 (SSN)
(선택 사항)

노숙자라면 여기에 체크하세요

주택 주소

아파트 번호

도시

주

우편번호

거주 카운티

캘리포니아에 거주하시나요? 예 아니요

우편 주소 (다른 경우)

아파트 번호

도시

주

우편번호

어머니 이름—성

이름

중간 이니셜

1 세 미만 신청자의 경우 이 섹션을 작성하십시오.

어머니의 생년월일 (MM/DD/YYYY)

어머니의 BIC 또는 Medi-Cal 카드 번호 또는 SSN

부모/법적 보호자 정보

부모/법적 보호자 또는 독립된 미성년 환자의 이름—성

이름

중간 이니셜

주택 전화번호

직장 전화번호

메시지 전화번호

Children’s Presumptive Eligibility 사전 등록 워크시트

집에서는 어떤 언어를 사용하시나요?

어떤 언어를 가장 잘 읽나요?

증명

본인은 오늘 Children’s Presumptive Eligibility 를 요청합니다. 본인은 이 양식을 읽고 이해했음을 증명합니다. 본인은 본인이 제공한 정보가 사실이고 정확하며 완전함을 선언합니다.

부모/보호자 또는 독립된 미성년자의 서명

신청자와의 관계

날짜

개인은 자신의 개인정보가 포함된 기록을 검토할 권리가 있습니다. 정보 보관을 담당하는 공식 기관은 Department of Health Care Services, MS 8100, PO Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 입니다. 이 정보의 사본은 귀하가 거주하는 카운티의 카운티 Department of Social Services 와 공유할 수 있으며 자녀의 CPE 제공자가 자녀의 의료 기록과 함께 보관합니다.