

## Phiếu Đăng Ký Trước Children's Presumptive Eligibility

### Hướng Dẫn dành cho Cha Mẹ hoặc Người Nộp Đơn:

Để được khám sức khỏe miễn phí hôm nay, bạn cần cung cấp thông tin theo yêu cầu trên biểu mẫu này. Thông tin do bạn cung cấp sẽ được bảo mật. Đây là chương trình tự nguyện.

Có bao nhiêu người trong gia đình của trẻ? \_\_\_\_\_

- Gia đình được hiểu là những thành viên ruột thịt sống cùng nhà với trẻ. Vui lòng bao gồm trẻ, cha mẹ trẻ, anh chị em ruột của trẻ và người phối ngẫu của trẻ. Nếu một thành viên trong gia đình đang mang thai, vui lòng tính cả số em bé dự kiến sinh. Không bao gồm các họ hàng hoặc bạn bè khác, ngay cả khi họ sống cùng trẻ.

Tổng thu nhập trước thuế của gia đình bạn là bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_ Hoặc \$ \_\_\_\_\_  
Theo Tháng Theo Năm

Bạn hoặc con của bạn có thể đủ điều kiện được tiếp tục hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe thông qua Medi-Cal hoặc các chương trình trợ cấp bảo hiểm thuộc Covered California.

Tôi muốn đăng ký để tiếp tục duy trì bảo hiểm thông qua Medi-Cal hoặc các chương trình trợ cấp bảo hiểm thuộc Covered California. Có  Không

- Nếu bạn chọn *có* cho câu hỏi này, một đơn đăng ký sẽ được gửi qua thư cho bạn trong vài ngày. Vui lòng điền đầy đủ thông tin và gửi lại càng sớm càng tốt.
- Nếu bạn chọn *không* cho câu hỏi này (hoặc nếu bạn chọn *có* nhưng không gửi lại đơn đăng ký), bảo hiểm của nộp đơn đối với các quyền lợi về sức khỏe, răng miệng và thị lực sẽ chấm dứt vào cuối tháng tới trừ khi có thông báo khác từ Department of Social Services của quận.

**Lưu ý:** Các đơn đăng ký Medi-Cal có thể được nộp online, qua thư, qua điện thoại hoặc trực tiếp. Những người nộp đơn có thể ký vào đơn đăng ký qua điện thoại bằng cách sử dụng chữ ký điện thoại bằng cách gọi đến văn phòng Medi-Cal của quận của Medi-Cal.

- Thông tin liên lạc của các quận có thể được tìm thấy tại: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- Thông tin về các cách thức để nộp đơn có thể được tìm thấy tại: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- Kết quả của đơn đăng ký Children's Presumptive Eligibility (CPE) không tác động đến bạn hoặc khả năng đăng ký tham gia Medi-Cal của gia đình bạn. Bạn có thể đăng ký tham gia Medi-Cal bất cứ lúc nào.

---

### Thông tin của nộp đơn

Người nộp đơn có State of California Benefits Identification Card (BIC) hoặc thẻ Medi-Cal không?

Có  Không

Nếu có, mã số nhận dạng trên thẻ BIC là gì (nếu có sẵn)? \_\_\_\_\_

**Phiếu Đăng Ký Trước Children's Presumptive Eligibility**

|                          |   |     |   |  |
|--------------------------|---|-----|---|--|
| Tên của Người Nộp Đơn—Họ |   | Tên | Chữ Đầu Tên Lót   |  |
| Ngày Sinh (MM/DD/YYYY)   | Giới Tính<br><input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ |     | Số An Sinh Xã Hội của Người Nộp Đơn (SSN) <b>(không bắt buộc)</b> |  |

Nếu bạn là người vô gia cư, hãy đánh dấu vào đây

|             |           |           |           |        |
|-------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| Địa chỉ nhà | Số căn hộ | Thành Phố | Tiểu Bang | Mã ZIP |
|-------------|-----------|-----------|-----------|--------|

Quận Cư Trú Đang sống tại California?  Có  Không

|                                       |           |           |           |        |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| Địa chỉ gửi thư (nếu là địa chỉ khác) | Số căn hộ | Thành Phố | Tiểu Bang | Mã ZIP |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------|

Tên Mẹ—Họ Tên Chữ Cái Đầu Tên Lót

**Đối Với Những Người Nộp Đơn Dưới Một Tuổi, Vui lòng Điền Vào Phần Đây.**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Ngày Sinh của Mẹ (MM/DD/YYYY) | BIC hoặc Số Thẻ Medi-Cal hoặc SSN của Mẹ |
|-------------------------------|--|

**Thông Tin Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp**

Tên của phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc bệnh nhân là trẻ vị thành niên được giải phóng—  
Họ Tên Chữ Cái Đầu Tên Lót

|                   |                         |                        |
|-------------------|-------------------------|------------------------|
| Số điện thoại nhà | Số điện thoại công việc | Số điện thoại nhắn tin |
|-------------------|-------------------------|------------------------|

Bạn nói ngôn ngữ nào ở nhà? Bạn đọc ngôn ngữ nào giỏi nhất?

**Xác thực**

Hôm nay, tôi yêu cầu Children's Presumptive Eligibility. Tôi xác thực rằng tôi đã đọc và hiểu biểu mẫu này. Tôi tuyên bố thông tin tôi cung cấp là đúng, chính xác và hoàn chỉnh.

|   |                               |      |
|---|-------------------------------|------|
| Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ hoặc Trẻ Vị Thành Niên Được Giải Phóng | Mối Quan Hệ với Người Nộp Đơn | Ngày |
|---|-------------------------------|------|

Một cá nhân có quyền được xem xét các hồ sơ chứa thông tin cá nhân của mình. Cơ quan chính thức chịu trách nhiệm lưu giữ thông tin này là Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Một bản sao của thông tin này có thể được chia sẻ với Department of Social Services của quận tại quận bạn lưu trú và sẽ được lưu giữ cùng với hồ sơ y tế của con bạn bởi nhà cung cấp CPE của con bạn.