

兒童健康與殘障預防計劃 (CHDP) 預先登記申請表

家長或病人須知：

- 欲今天接受免費健康檢查，您必須填寫本表格。我們會對您提供的資訊保密。此計劃為自願參加計劃。

病人是否不足 19 歲？ 是 否

您家中有幾口人？ _____

您的家庭稅前收入是多少？ \$ _____ 每月 或 \$ _____ 每年

- 您本人或您的子女可能有資格繼續享受透過加州醫療保健計劃 (Medi-Cal) 或健康家庭計劃 (Healthy Families) 提供的健康護理福利。

我希望申請繼續享受透過 Medi-Cal 或 Healthy Families 計劃提供的福利。 是 否

如果您對這個問題回答「是」，幾天後您會收到一份申請表。請及時將填妥的表格寄回。如果您對這個問題回答「否」（或者回答「是」但未將填妥的申請表寄回），除非郡社會服務部 (Department of Social Services) 另行通知您，病人的健康、牙科及眼科福利將於下個月月底終止。

病人資訊

病人是否有加州福利身份卡 (BIC) 或 Medi-Cal 計劃卡？ 有 無

如果有，BIC 卡上的身份號碼 (如有) 是什麼？ _____

病人姓名——姓 _____ 名 _____ 中間名 _____

出生日期 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	病人的社會安全號碼 (SSN) (選擇填寫項目)
--------------	---	--------------------------

如果您無家可歸，請標選該方框。在「家庭住址」一欄填寫大致地點，並填寫「郵寄地址」一欄。

家庭住址	公寓號碼	城市	州	郵遞區號
------	------	----	---	------

居住郡 _____

郵寄地址 (如果與家庭住址不同)	公寓號碼	城市	州	郵遞區號
------------------	------	----	---	------

母親姓名——姓 _____ 名 _____ 中間名 _____

請為年齡不滿一歲的病人填寫本欄。

如果病人年齡不滿一歲，嬰兒在出生當月是否與母親住在一起？ 有 無

母親的出生日期 (月/日/年)	母親的 BIC 或 Medi-Cal 卡號或社會安全號碼
-----------------	------------------------------

家長 / 法定監護人資訊

家長 / 法定監護人或獨立未成年病人姓名——姓 _____ 名 _____ 中間名 _____

住宅電話號碼 ()	工作電話號碼 ()	留言電話號碼 ()
---------------	---------------	---------------

您在家中講何種語言？	最便於閱讀的語言是什麼？
------------	--------------

保證

本人申請今天進行 CHDP 健康檢查。本人證實本人已經閱讀並理解本表格。本人保證本人提供的資訊真實、準確、完整。

家長 / 監護人或獨立未成年病人簽名	與病人關係	日期
--------------------	-------	----

每一個人都有權查閱包含其個人資訊的記錄。本資訊由健康服務部負責保存，該部門的地址是：Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413。本資訊的副本將與您的子女的醫療記錄一起保存。將本資訊的一份副本可能會送給您所在郡的郡社會服務部，並由您的子女的 CHDP 服務提供者將副本保存在您的子女的醫療記錄中。