

ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԵՒ ԱՆԿԱՐՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽՄԱՆ (CHDP) ԾՐԱԳԻՐ ՆԱԽԱ-ԳՐԱՆՑՄԱՆ ՁԵՒ

Ցուցմունքներ Ծնողին կամ Հիվանդին.

- Այսօրվա դրությամբ անվճար բժշկական քննություն ստանալու համար, դուք պետք է լրացնեք այս հարցաթերթիկում պահանջվող տեղեկությունները: Տրված տեղեկությունները կմնան գաղտնի: Սա կամավոր ծրագիր է:

Արդյո՞ք հիվանդը 19 տարեկանից ավելի փոքր է Այո Ոչ

Քանի՞ հոգի կան ձեր ընտանիքում _____

Որքա՞ն է ձեր ընտանիքի եկամուտը նախքան տուրքերի վճարումը \$ _____ կամ \$ _____
Ամսական Տարեկան

- Դուք կամ ձեր երեխան կարող եք իրավունք ունենալ շարունակական առողջապահական ապահովագրական վճարումներից Medi-Cal-ի կամ Healthy Families-ի միջոցով:

Ես ցանկանում եմ դիմել շարունակական ապահովագրության համար Medi-Cal-ի կամ Healthy Families-ի միջոցով: Այո Ոչ

Եթե դուք *այո* պատասխանեք այս հարցումին, հառաջիկա օրերին Ձեզ կողարկվի դիմումագիր: Խնդրում ենք վերադարձնեք դա անհապաղ: Եթե դուք *ոչ* պատասխանեք այս հարցումին (կամ եթե դուք *այո* պատասխանեք բայց դիմումագիրը չվերադարձնեք), հիվանդի առողջապահական, ատամնաբուժական, եւ տեսողության ապահովագրական իրավասության նպաստները կդադարեցվեն հաջորդող ամսվա վերջում, բացի այն պարագայում երբ Ընկերային Ծառայությունների Բաժինը (Department of Social Services) ձեզ այլ կերպ կտեղեկացնի:

Տեղեկություններ Հիվանդի Մասին

Արդյո՞ք Հիվանդը ունի Կալիֆորնիա Նահանգի Նպաստների Ինքնության Տոն (BIC) կամ Medi-Cal-ի Տոն Այո Ոչ
 Եթե այո, ապա ինչ է (BIC) Տոնի ինքնությունը հաստատող համարը (եթե առկա է) _____

Հիվանդի Ազգանուն Անուն Միջին անուն

Ծննդյան տարեթիվ (ամիս/օր/տարի)	Մեռի պատկանելիություն <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	Հիվանդի սոցիալ ապահովագրության համար (SSN) (<i>ոչ պարտադիր</i>)
--------------------------------	--	---

Եթե դուք անտուն եք, նշեք այստեղ: Գրանցեք ընդհանուր բնակավայրը «Տան հասցեն» բաժնում եւ ամբողջացրեք «փոստային հասցեն» բաժինը:

Տան հասցե	Նարկարաժնի Վանար	Քաղաք	Նահանգ	Զիպ Կոդ
-----------	------------------	-------	--------	---------

Բնակավայրի Շրջանը (County)

Փոստային հասցեն (Եթե տարբեր է տան հասցեյից)	Նարկարաժնի Վանար	Քաղաք	Նահանգ	Զիպ Կոդ
---	------------------	-------	--------	---------

Մոր Ազգանուն Անուն Միջին անուն

Մեկ տարեկանից փոքր հիվանդների համար, կինդրվի լրացնել այս բաժինը:

Եթե մեկ տարեկանից փոքր է, արդյո՞ք նորածինը ծնված ամսում ապրում էր մոր հետ: Այո Ոչ

Մոր ծննդյան թվականը (ամիս/օր/տարի)	Մոր BIC-ի կամ Medi-Cal-ի տոմսի համար կամ սոցիալ ապահովագրության համար
------------------------------------	---

Ծնողի/Օրինական Խնամակալի Տեղեկություն

Ծնողի/Օրինական խնամակալի կամ խնամքից անկախացած անչափահասի – Ազգանուն Անուն Միջին անուն

Տան հեռախոսահամար ()	Աշխատավայրի հեռախոսահամար ()	Տեղեկություն թողնելու հեռախոսահամար ()
--------------------------	----------------------------------	--

Ի՞նչ լեզվով եք դուք խոսում տանը Ո՞ր լեզվով եք դուք լավագույնս կարդում

Հաստատում

Ես պահանջում եմ CHDP առողջապահական բժշկական քննություն այսօր: Ես հաստատում եմ որ կարդացել եմ ու հասկանում եմ այս ձեռը: Ես հայտարարում եմ որ իմ կողմից ներկայացված տեղեկությունները ստույգ են, ճիշտ եւ ամբողջական:

Ծնողի/Օրինական խնամակալի կամ խնամքից անկախացած անչափահասի ստորագրություն	Հիվանդի հետ կապ	Թվական
--	-----------------	--------

Որեւէ անհատ իրավունք ունի վերանայելու իր անձնական արձանագրությունների ցուցակը: Այս տեղեկությունը պահպանող պատասխանատու պաշտոնական մարմինը Առողջապահական Ծառայությունների Գրասենյակն է, Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Այս տեղեկության պատճենը կարող է տրամադրվել ձեր բնակած շրջանի Ընկերային Ծառայությունների Բաժնին եւ կցվի ձեր երեխայի բժշկական արձանագրությունների ցուցակում ձեր երեխայի CHDP մատուցողի կողմից: