

## تقاضانامه از پیش ثبت نام کردن در برنامه بهداشت و جلوگیری از ناتوانی کودک (CHDP)

دستورالعمل به والدین یا بیمار:

• برای آنکه آزمایش پزشکی لازم خود را همین امروز بدون پرداخت هیچگونه وجهی دریافت کنید، شما باید اطلاعا خواسته شده در این فرم را پر کنید. اطلاعاتی را که شما در اختیار ما می گذارید محرمانه خواهند ماند. این برنامه یک برنامه داوطلبانه است.

آیا سن بیمار کمتر از 19 سال است؟  بلی  نه

چند نفر در خانواده شما هستند؟ \_\_\_\_\_

خانواده شما قبل از پرداخت مالیا چقدر درآمد دارد؟ \$ \_\_\_\_\_ ماهانه یا \$ \_\_\_\_\_ سالانه

• شما یا فرزندتان ممکن است واجد شرایط پوشش درمانی مداوم زیر برنامه مدیکل Medi-Cal یا Healthy Families باشید.

من میخواهم پوشش مداوم زیر برنامه مدیکل Medi-Cal یا Healthy Families تقاضا کنم.  بلی  نه

اگر جواب شما به این سؤال بله بوده است، فرم تقاضانامه چند روز دیگر برای شما پست خواهد شد. لطفا آن را بلافاصله پر کرده و پس بفرستید. اگر به این سؤال جواب نه داده اید (یا جواب بله داده اید و فرم تقاضانامه را پس نفرستاده اید)، پوشش درمانی بیمار برای مزایای سلامتی، دندان و بینائی تا آخر ماه دیگر قطع خواهد شد مگر آنکه دفتر خدمات اجتماعی ناحیه به شما غیر از آن اطلاع دهد.

اطلاعا بیمار

آیا بیمار کار شناسائی استفاده از مزایای ایالت کالیفرنیا (BIC) یا کار مدیکل Medi-Cal دارد؟  بلی  نه  
اگر بله، شماره روی کار شناسائی BIC (اگر در دسترس هست) چیست؟ \_\_\_\_\_

اسم بیمار - فامیل اسم کوچک اسم وسط

تاریخ تولد (ماه / روز / سال) جنسیت  مذکر  مونث شماره سوشال سکيوریتی بیمار (SSN) (اختیاری است)

اگر بی خانمان هستید، این جا را علامت بگذارید. در بخش «آدرس منزل» محلی را که اغلب در آنجا هستید ذکر کنید و بخش «آدرس پستی» را پر کنید.

آدرس منزل شماره آپارتمان شهر ایالت کد پستی

کشور محل اقامت

آدرس پستی (اگر غیر از آدرس منزل است) شماره آپارتمان شهر ایالت کد پستی

اسم مادر - فامیل اسم کوچک اسم وسط

برای بیماران زیر يك سال، لطفا این بخش را پر کنید.

اگر کودک زیر یک سال می باشد، آیا کودک در ماه تولد خود با مادرش زندگی می کرده است؟  بلی  نه

تاریخ تولد مادر (ماه \ روز \ سال) شماره کار مدیکل Medi-Cal یا BIC یا سوشال سکيوریتی مادر

اطلاعا والدین/ قیم قانونی

نام والدین / قیم قانونی یا کودک بالغ شده - فامیل اسم کوچک اسم وسط

شماره تلفن منزل شماره تلفن محل کار شماره تلفن پیغام گیرنده  
( ) ( ) ( )

در منزل به چه زبانی صحبت می کنید؟ به چه زبانی بهتر می خوانید؟

گواهینامه

امروز من درخواست یک آزمایش پزشکی CHDP می کنم. من گواهی می دهم که این فرم را خوانده ام و آن را فهمیده ام. من اعلان می کنم که اطلاعاتی که فراهم کرده ام صحیح، درست و کامل هستند.

امضاء والدین / قیم یا کودک بالغ شده رابطه با بیمار تاریخ

هر شخص حق دارد مدارکی را که شامل اطلاعا شخصی اوست مرور کند. مسئول رسمی نگهداری این اطلاعا سازمان خدمات بهداشتی، Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. دفتر خدمات اجتماعی منطقه ای که در آن زندگی می کنید به یک نسخه از این اطلاعا دسترسی داشته و آن در پرونده پزشکی فرزندتان بوسیله فراهم کننده CHDP نگاه داشته خواهد شد.