

ໂຄງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງເດັກແລະການປ້ອງກັນໂຮຄຟິການ (CHDP) ໃບຮ້ອງຂໍຈົດທະບຽນລ່ວງໜ້າ

ຄຳແນະນຳໃຫ້ແກ່ພໍ່ແມ່ທີ່ຜູ້ປ່ວຍ:

- ເພື່ອເຮັດໃຫ້ໄດ້ລັບການກວດສອບສຸຂະພາບໃນມື້ນີ້ໂດຍບໍ່ໄດ້ເສັຽຄ່າ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ແຈ້ງຂໍຄວາມຕ່າງໆທີ່ຕ້ອງການໃສ່ລົງໃນຝອມນີ້. ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ທ່ານເຂົ້າໃຫ້ແມ່ນຖືກປິດເປັນຄວາມລັບ. ນີ້ແມ່ນໂຄງການແບບອາສາສັມັກ.

ຜູ້ປ່ວຍມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ນິຈັກຄົນຢູ່ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ? _____

ຄອບຄົວຂອງທ່ານສ້າງລາຍໄດ້ທັງໝົດເທົ່າໃດກ່ອນເສັຽພາສີ? \$ _____ ຫຼື \$ _____
ລາຍເດືອນ ລາຍປີ

- ທ່ານຫຼືລູກຂອງທ່ານອາດມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນພັຍສຸຂະພາບສືບຕໍ່ໄປຈາກປະກັນພັຍ Medi-Cal ຫຼື Healthy Families. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢາກຮ້ອງຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນພັຍສຸຂະພາບຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ Medi-Cal ຫຼື Healthy Families ຢູ່. ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຫາກວ່າ ທ່ານຕອບວ່າ ແມ່ນ ຕໍ່ຄຳຖາມນີ້, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບຮ້ອງຂໍໃນອີກສອງສາມວັນ. ກະຮຸນາຂຽນປະກອບໃບຮ້ອງຂໍ ແລະສົ່ງກັບຄືນໂວງ. ຖ້າຫາກວ່າ ທ່ານຕອບວ່າ ບໍ່ ຕໍ່ຄຳຖາມນີ້ (ຫລື ຖ້າຫາກວ່າ ແມ່ນ ແຕ່ວ່າທ່ານບໍ່ສົ່ງໃບຮ້ອງຂໍກັບຄືນ), ການຄຸ້ມຄອງຂອງປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງຜູ້ປ່ວຍອັນນີ້ ສຸຂະພາບທົ່ວໄປ, ແຂ້ວ, ແລະສາຍຕາ ຈະຖືກຢຸດເຊົາພາຍໃນສິ້ນເດືອນໜ້າ ເວັ້ນແຕ່ວ່າທາງພະແນກປະຊາສົ່ງເສີມເອາະຂອງເຄົາຕີ້ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນແນວອື່ນ.

ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ປ່ວຍ

ຜູ້ປ່ວຍມີບັດຢັ້ງຢືນຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກປະກັນພັຍສຸຂະພາບຂອງລັດ California (BIC) ຫຼືຈາກບັດປະກັນພັຍສຸຂະພາບ Medi-Cal ຢູ່ບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ຖ້າມີ, ເລກໃນນາມບັດຢັ້ງຢືນ BIC ນັ້ນແມ່ນຫຼັງແດ່ (ຖ້າມີ) ? _____

ຊື່ຂອງຜູ້ປ່ວຍ - ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____

ວັນເດືອນ (ເດືອນ/ວັນທີ/ປີ)	ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ເລກສັດຕິການສັງຄົມຂອງຜູ້ປ່ວຍ (SSN) (ຕາມຄວາມພໍໃຈແຈ້ງ)
---------------------------	--	---

ຖ້າຫາກທ່ານເປັນຄົນອາດທີ່ຢູ່ອາໄສ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ນີ້. ໃຫ້ເຂົ້າໄປຫາບ່ອນທີ່ວ່າໄປໃນວັກ "ທີ່ຢູ່ຂອງບ້ານ" ແລະໃຫ້ຂຽນຕື່ມໃສ່ໃນວັກທີ່ບອກ "ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ".

ທີ່ຢູ່ຂອງບ້ານ	ທ້ອງແຖວເລກທີ	ເມືອງ	ລັດ	ຊື່ບໍລິເວນ
---------------	--------------	-------	-----	------------

ປະຊາກອນອາໄສຢູ່ກຽງລັດ (ເລົ່າສີ) ໃດ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ (ຖ້າວ່າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ຂອງບ້ານ)	ທ້ອງແຖວເລກທີ	ເມືອງ	ລັດ	ຊື່ບໍລິເວນ
---	--------------	-------	-----	------------

ຊື່ແມ່ - ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____

ສຳລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າໜຶ່ງປີ, ກະຮຸນາຂຽນໃສ່ພາກສ່ວນນີ້.

ຖ້າຫາກວ່າ ອາຍຸຕໍ່າກວ່າໜຶ່ງປີ, ແອນໂອຍນີ້ໄດ້ອາໄສຢູ່ນຳແມ່ໃນລະຫວ່າງເດືອນເກີດແມ່ນບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ

ວັນເດືອນ(ເດືອນ/ວັນ/ປີ) _____ ເລກບັດ BIC ຫລື ບັດ Medi-Cal ຫລື ເລກສັດຕິການສັງຄົມຂອງແມ່ _____

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພໍ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

ຊື່ຂອງພໍ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼືເດັກຜູ້ປ່ວຍວັຍລຸ່ມທີ່ສາມາດຕັດສິນໃຈຕາມລຳດັບຕົນເອງ - ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____

ເລກໂທຣະສັບທີ່ບ້ານ ()	ເລກໂທຣະສັບທີ່ທ່າງານ ()	ເລກໂທຣະສັບສຳລອງ ()
--------------------------	----------------------------	------------------------

ທ່ານເວົ້າພາສາໃດຢູ່ບ້ານ? _____ ພາສາໃດທີ່ທ່ານອ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ? _____

ການຢັ້ງຢືນ

ຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍການກວດສອບສຸຂະພາບຈາກໂຄງການສຸຂະພາບເດັກແລະການປ້ອງກັນໂຮຄຟິການ (CHDP) ໃນມື້ນີ້ໂລດ. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຕົນໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນທຸກຢ່າງໃນຝອມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ຂຽນລົງເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງແລະຄົບຖ້ວນ.

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ຫຼືເດັກວັຍລຸ່ມທີ່ສາມາດຕັດສິນໃຈຕາມລຳດັບຕົນເອງ	ເປັນຍາດພີ່ນ້ອງຖານໃດກັບຜູ້ປ່ວຍ	ວັນທີເດືອນປີ
---	-------------------------------	--------------

ບຸກຄົນນຶ່ງນິສິດທີ່ຈະສົບທວນເບິ່ງບັນທຶກທີ່ບັນຈຸຂໍ້ມູນຂອງຕົນເອງໄດ້. ພະແນກການບໍລິການດ້ານສາທາຣະນະສຸກ ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບທີ່ຖືກຕ້ອງໃນການຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້, Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. ສຳເນົາຂອງຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກແບ່ງປັນໃຫ້ແກ່ພະແນກປະຊາສົ່ງເສີມເອາະໃນເຄົາຕີ້ຂອງທ່ານ ແລະຈະຖືກເກັບມ້ຽນໄວ້ໃນແຟມບັນທຶກສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ CHDP ຂອງລູກທ່ານ.