

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВЬЯ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ (CHDP) ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Указания родителю или пациенту:

- Для того чтобы получить возможность бесплатного медицинского осмотра сегодня, вам необходимо заполнить данный бланк. Предоставляемая вами информация является конфиденциальной. Участие в данной программе является добровольным.

Является ли пациент лицом младше 19 лет? Да Нет

Укажите количество членов вашей семьи. _____

Укажите доход семьи до вычета налогов. \$ _____ или \$ _____
В месяц В год

- Вы или ваш ребенок можете иметь право на непрерывное медицинское страхование по программам Medi-Cal или Healthy Families («Здоровые семьи»).

Я хочу подать заявление о продлении периода страхования по программам Medi-Cal или Healthy Families. Да Нет

Если вы ответили «ДА» на данный вопрос, форма заявления будет выслана вам по почте через несколько дней. Пожалуйста, отправьте заполненное заявление как можно быстрее. Если на данный вопрос вы ответили «НЕТ» (или если вы ответили «ДА», но не отправили заполненное заявление), покрытие страховых услуг для пациента в области медицины, стоматологии и офтальмологии будет прекращено в конце следующего месяца, если Департамент социального обеспечения (Department of Social Services) округа не сообщит вам об обратном.

Данные пациента

Имеет ли пациент карточку-удостоверение штата Калифорния на получение льгот (Benefits Identification Card, BIC) или карточку-удостоверение участника программы Medi-Cal? Да Нет

Если да, укажите номер карточки BIC (при наличии). _____

Имя пациента — Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата рождения (месяц/день/год)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Номер карточки социального обеспечения пациента (SSN) <i>(указывать не обязательно)</i>
--------------------------------	--	---

Если вы являетесь бездомным, поставьте отметку в данном пункте. Укажите примерное место проживания в поле «Домашний адрес» и заполните поле «Почтовый адрес».

Домашний адрес	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
----------------	----------------	-------	------	-----------------

Округ проживания _____

Почтовый адрес (если не совпадает с домашним адресом)	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
---	----------------	-------	------	-----------------

Имя матери — Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Если возраст пациента менее одного года, пожалуйста, заполните данный раздел.

Если ребенку не исполнился один год, проживал ли он с матерью в течение месяца, когда он был рожден? Да Нет

Дата рождения матери (месяц/день/год)	Номер карточки BIC или Medi-Cal либо номер карточки социального обеспечения матери
---------------------------------------	--

Данные родителя/законного опекуна

Имя родителя/законного опекуна или свободного от родительской опеки ребенка, являющегося пациентом — Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Номер домашнего телефона ()	Номер рабочего телефона ()	Номер телефона для передачи сообщений ()
---------------------------------	--------------------------------	--

На каком языке вы разговариваете дома?

На каком языке вы можете читать лучше всего?

Подтверждение

Я прошу провести сегодня медицинский осмотр по программе CHDP. Я подтверждаю, что я прочитал и понял данный бланк. Я заявляю, что указанная мной информация является достоверной, точной и полной.

Подпись родителя/опекуна или свободного от родительской опеки ребенка	Родство с пациентом	Дата
---	---------------------	------

Пациент имеет право изучить документы, содержащие его/ее личную информацию. Организацией, ответственной за хранение этой информации, является Департамент здравоохранения, его адрес: Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Копия данного бланка с заполненной информацией может быть предоставлена Департаменту социального обеспечения того округа, в котором вы проживаете, и будет храниться в медицинской карте вашего ребенка у поставщика услуг по программе CHDP вашего ребенка.