

طلب الالتحاق المسبق ببرنامج صحة الأطفال والوقاية من الإعاقة (CHDP) (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

إرشادات لولي الأمر أو المريض:

● من أجل الحصول على فحص طبي اليوم بدون رسوم، يجب عليك تقديم المعلومات المطلوبة على هذه الاستمارة. علماً بأن المعلومات التي تقدمها سرية. وهذا البرنامج اختياري.

هل عُمر المريض أقل من 19 سنة؟
 نعم لا

كم عدد الأشخاص في أسرتك؟

ما مقدار المال الذي تكسبه أسرتك قبل الضرائب؟

\$ _____ أو \$ _____
شهرياً سنوياً

● قد تكون أنت أو طفلك مؤهلاً لتغطية الرعاية الصحية المستمرة من خلال برنامج Medi-Cal أو برامج المساعدات المتميزة بموجب Covered California.

أود التقدم بطلب لاستمرار التغطية من خلال برنامج Medi-Cal أو برامج المساعدات المتميزة بموجب Covered California. نعم لا

إذا كانت إجابتك نعم على هذا السؤال، سيتم إرسال طلب إليك بالبريد خلال أيام قليلة. يرجى إرجاع الطلب على الفور. إذا كانت إجابتك لا على هذا السؤال (أو إذا كانت إجابتك

نعم لكنك لم تُرَجِّع الطلب)، فسوف تتوقف تغطية المريض فيما يتعلق بمزايا الصحة والأسنان والنظر في نهاية الشهر التالي ما لم تخطر ببالك Department of Social Services في المقاطعة بغير ذلك.

معلومات المريض

هل لدى المريض State of California Benefits Identification Card (BIC) أو بطاقة Medi-Cal؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو رقم التعريف على بطاقة BIC (إذا كان متاحاً)؟ _____

اسم المريض - الأخير

الأول

الحرف الأول من الاسم الأوسط

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)

الجنس

ذكر

أنثى

رقم الضمان الاجتماعي للمريض (SSN) (اختياري)

إذا كنت بدون مأوى، قم بالتأشير هنا. أدخل المكان العام في قسم "عنوان المنزل" وأكمل قسم "عنوان المراسلات البريدية".

عنوان المنزل

رقم الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

مقاطعة الإقامة

عنوان المراسلات البريدية (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)

رقم الشقة

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

اسم الأم - الأخير

الأول

الحرف الأول من الاسم الأوسط

بالنسبة للمرضى دون عمر سنة واحدة، يرجى إكمال هذا القسم.

تاريخ ميلاد الأم (شهر/يوم/سنة)

رقم بطاقة BIC أو Medi-Cal الخاص بالأم أو رقم الضمان الاجتماعي

معلومات ولي الأمر/الوصي القانوني

اسم المريض/الوصي القانوني أو المريض القاصر المحرر - الأخير

الأول

الحرف الأول من الاسم الأوسط

رقم هاتف المنزل

رقم هاتف العمل

رقم هاتف الرسائل

() () ()

() () ()

() () ()

ما هي اللغة التي تتحدثها في المنزل؟

ما هي اللغة التي تقرأها كأفضل ما يكون؟

إقرار

أطلب فحص CHDP طبي اليوم. وأقر بأنني قد قرأت هذه الاستمارة وأتفهمها. وأقر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة ومستوفاة.

توقيع ولي الأمر/الوصي أو القاصر المحرر

العلاقة بالمريض

التاريخ

للفرد الحق في الاطلاع على السجلات التي تتضمن معلوماته الشخصية. والكيان الرسمي المسؤول عن حفظ هذه المعلومات هو Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. يجوز مشاركة نسخة من هذه المعلومات مع Department of Social Services في المقاطعة التي تقيم بها وسوف يتم حفظها ضمن سجل طفلك الطبي عن طريق مزود خدمات CHDP لطفلك