

아동 건강 및 장애 예방 (CHDP) 프로그램 예비등록 신청 (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

부모 또는 환자를 위한 일러두기:

- 비용 부담 없이 건강검진을 받기 위해서는 이 양식에 요구되는 정보를 제공하셔야 합니다. 귀하가 제공하시는 정보는 비밀이 보장됩니다. 이것은 임의 프로그램입니다.

환자가 19세 미만입니까? 네 아니요

귀하의 가족은 몇 분입니까? _____

귀하 가족의 세전 수입은 얼마입니까? \$ _____ 또는 \$ _____

- 귀하 또는 귀하의 자녀는 Medi-Cal 또는 Covered California 하에서의 고급 지원 프로그램을 통하여 계속 건강보험을 받을 자격이 될 수도 있습니다.

본인은 Medi-Cal 또는 Covered California 하에서의 고급 지원 프로그램을 통하여 계속 보험을 신청하고자 네 아니요 합니다.

이 질문에 대한 답이 '네'였다면, 며칠 내에 귀하에게 신청서를 우송해 드립니다. 신청서를 즉시 제출하십시오. 이 질문에 대한 답이 '아니요'였다면(또는 '네'라고 답했지만 신청서를 제출하지 않은 경우), 카운티 Department of Social Services가 귀하에게 달리 통지하지 않는 한 일반의료, 치과, 안과 혜택에 대한 환자의 보험이 다음 달 말에 중단됩니다.

환자의 정보

환자가 State of California Benefits Identification Card (BIC) 또는 Medi-Cal 카드를 가지고 있습니까? 네 아니요

그러실 경우, BIC 카드의 식별 번호가 무엇입니까(가능할 경우)? _____

환자의 성명—성(Last) 이름(First) 중간 이니셜

출생일 (월/일/연)	성별 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	환자의 사회보장번호 (SSN) (선택적)
-------------	---	------------------------

홈리스인 경우 여기에 체크 표시하십시오. “집 주소”란에 일반적인 위치를 입력하고 “우편 주소”란을 작성하십시오.

집 주소	아파트 동호수	시	주	ZIP 코드
------	---------	---	---	--------

거주 카운티

우편주소 (집 주소와 다를 경우)	아파트 동호수	시	주	ZIP 코드
--------------------	---------	---	---	--------

어머니의 성명—성(Last) 이름(First) 중간 이니셜

1세 미만 환자의 경우 이 작성란에 기재하십시오.

어머니의 출생일 (월/일/연)	어머니의 BIC 카드 번호 또는 Medi-Cal 카드 번호, 또는 사회보장번호
------------------	---

부모/법적 보호자 정보

부모/법적 보호자, 또는 비전통적인 소수집단 환자의 성명—성(Last) 이름(First) 중간 이니셜 (Middle Initial)

집 전화번호 ()	업무용 전화번호 ()	메시지용 전화번호 ()
------------	--------------	---------------

집에서 어떤 언어를 사용하십니까? _____ 귀하는 어떤 언어를 가장 잘 읽으실 수 있습니까? _____

확인서

본인은 오늘 CHDP 건강검진을 요청하고 있습니다. 본인은 이 양식을 읽었으며 그것을 이해하고 있음을 확인합니다. 본인은, 본인이 제공한 정보가 진실하며, 정확하고 완전하다는 것을 확인합니다.

부모/보호자 또는 비전통적 소수집단 부모의 서명	환자와의 관계	일자
----------------------------	---------	----

개인에게는 자신의 개인 정보를 담고 있는 기록을 검토할 권리가 있습니다. 정보를 보관할 책임이 있는 공식 당사자는 Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413입니다. 이 정보의 사본은 귀하가 거주하는 카운티의 카운티 Department of Social Services와 공유할 수 있으며, 귀하 자녀의 CHDP 제공자가 귀하 자녀의 의료기록과 함께 보관하게 됩니다.