

## Заявление на предварительную регистрацию в Программе оздоровления детей и профилактики инвалидности (CHDP) (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

### Указания для родителя или пациента:

- Чтобы бесплатно пройти медицинское обследование сегодня, Вам следует заполнить данную форму. Предоставляемая Вами информация является конфиденциальной. Участие в данной программе является добровольным.

Пациент моложе 19 лет?  Да  Нет

Сколько человек в Вашей семье? \_\_\_\_\_

Укажите доход Вашей семьи до вычета налогов. \$ \_\_\_\_\_ или \$ \_\_\_\_\_  
в месяц в год

- Возможно, Вы или Ваш ребенок имеете право на непрерывное медицинское обслуживание по программе Medi-Cal или на участие в программах содействия в уплате страховых взносов в рамках Covered California.

Я хочу подать заявление на непрерывное медицинское обслуживание по программе Medi-Cal или на участие в программе содействия в уплате страховых взносов в рамках Covered California.  Да  Нет

Если Ваш ответ «да», то через несколько дней Вы получите по почте бланк заявления. Просим Вас заполнить его и отправить нам как можно скорее. Если Ваш ответ «нет» (или если Вы ответили «да», но не отправили заявление), покрытие расходов на медицинское, стоматологическое, а также офтальмологическое обслуживание пациента будет прекращено в конце следующего месяца, если окружной Department of Social Services не уведомит Вас об обратном.

### Информация о пациенте

Есть ли у пациента карточка State of California Benefits Identification Card (BIC) или карточка Medi-Cal?  Да  Нет

Если да, укажите идентификационный номер, указанный на карточке BIC (если применимо). \_\_\_\_\_

Полное имя пациента — Фамилия		Имя		Инициал второго имени	
Дата рождения (месяц/день/год)		Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский		Номер социального обеспечения пациента (SSN) <i>(не обязательно)</i>	
<input type="checkbox"/> Если Вы бездомный (бездомная), поставьте отметку здесь. Укажите свое примерное местонахождение в разделе «Домашний адрес» и заполните раздел «Почтовый адрес».					
Домашний адрес		Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
Страна проживания					
Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)		Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс
Полное имя матери — Фамилия		Имя		Инициал второго имени	

### Если пациент младше одного года, заполните данный раздел.

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

### Информация о родителе/законном опекуне

Полное имя родителя/законного опекуна или эмансипированного несовершеннолетнего пациента		Имя		Инициал второго имени	
Домашний телефон ( )		Рабочий телефон ( )		Телефон для сообщений ( )	
На каком языке Вы говорите дома?			На каком языке Вы читаете лучше всего?		

### Подтверждение

Прошу провести медицинское обследование CHDP. Настоящим я подтверждаю прочтение и понимание информации, изложенной в настоящей форме. Я заявляю, что предоставленные мною сведения являются верными, точными и полными.

Подпись родителя/опекуна или эмансипированного несовершеннолетнего		Кем Вы приходите пациенту		Дата	
--	--	---------------------------	--	------	--

Лицо вправе ознакомиться с документами, содержащими его персональные данные. Официальным учреждением, несущим ответственность за хранение такой информации, является Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Копия данной информации может быть передана окружному Department of Social Services того округа, в котором Вы проживаете, и будет храниться вместе с медицинскими данными Вашего ребенка у поставщика услуг программы CHDP Вашего ребенка.