



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE RECIÉN NACIDOS **DHCS**

(NO ES UNA SOLICITUD PARA RECIBIR MEDI-CAL)



(Por favor use una pluma e imprima firmemente)

Este Formulario De Información De Recién Naci dos es para asistirle a la madre elegible para Medi-Cal reportar el nacimiento de su bebé(s) a Medi-Cal. Completando la información en este formulario, usted ayuda al condado a confirmar la elegibilidad del recién nacido. Envíe por correo o fax este formulario al condado. La información del condado se encuentra al reverso de este formulario. Cualquier cambio en el hogar tiene que ser reportado al condado, por eso, envíe esta información lo más pronto posible. La madre también puede reportar el nacimiento por teléfono a su trabajador de elegibilidad. Si usted está actuando en representación de la madre y no es esposo, familiar o tutor, entonces su firma e información de identificación son requeridas en la Sección C. Si está entrando por medio del Programa Gateway escriba el número del BIC asignado al bebé. **(Opcional)**

SECCIÓN A *La tarjeta de Medi-Cal de la madre se puede usar durante el mes de nacimiento del bebé y el mes siguiente para servicios y cobros del recién nacido.*

Nombre de la madre (nombre, inicial de en medio, apellido)		Fecha de nacimiento de la madre	BIC o N. del Seguro Social
Dirección postal (número y calle) o ubicación			Condado
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

SECCIÓN B *Recordatorio: Un bebé nacido a una madre con beneficios limitados es elegible para beneficios completos.*

Nombre del recién nacido	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Opcional—Número de Gateway
Nombre del recién nacido #2	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Opcional—Número de Gateway
Nombre del recién nacido #3	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Opcional—Número de Gateway
Nombre del recién nacido #4	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Opcional—Número de Gateway
Nombre del recién nacido #5	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Opcional—Número de Gateway

Lugar de nacimiento (nombre del hospital, nombre de la clínica, casa, etc.)

Dirección (número y calle, si es disponible)	Ciudad Estado	Código postal
--	---------------	---------------

Este formulario no inicia los beneficios de Medi-Cal, CalWORKs o Estampillas de Comida. Si usted ahora está recibiendo estos beneficios, tiene que llamar a su trabajador de elegibilidad para que continúe recibiendo estos beneficios.

Autorizo la entrega de esta información al Condado del Departamento de Servicios Sociales/condado del departamento de bienestar.

Fecha de petición	Firma del padre/madre/paciente/tutor del niño <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------	--

SECTION C *(Fill in this section if form was completed by person other than parent, relative, or guardian.)*

SECCIÓN C *(Llene esta sección si este formulario fue completado por otra persona además de un padre, familiar o tutor.)*

Completed by (Please print) / Completado por (Por favor escriba en letra de molde)	título / Título
National Provider Identifier (NPI) Number (if Medi-Cal provider/hospital/clinic/group, etc.) / Número de Medi-Cal (si es completado por el proveedor de Medi-Cal/hospital/grupo, etc)	Telephone number / Número de teléfono

I certify to the best of my knowledge that the information above is verified and accurate.

Certifico al mejor de me conocimiento que la información arriba es verificada y exacta.

Signature (person other than parent, relative, or guardian) / Firma (otra persona que no sea un padre, familiar o tutor) <input checked="" type="checkbox"/>	Date completed / Fecha en que se completó este formulario
---	---

For provider billing inquiries concerning or how to bill for infants, call the EDS Billing Hotline at 1-800-541-5555.

Distribution: Distribution: Copy 1&RS\ 1—County —County Copy 2&RS\ —Ho—Hospital/Clinic/Nurse-Mspital/Clinic/Nurse-Mididwife/

CAA/ARwife/CAA/AR Copy 3 &RS\ —Parent/Relative/Guardia—Parent/Relative/Guardiann

Newborn Referral

County Central Location Phone List

No.	Department Name	County Number	FAX Number	No.	Department Name	County Number	FAX Number
1	Alameda Co Social Services Agency	510-259-3809	510 259-3880	30	Orange Co Social Services Agency	800-281-9799	714-645-3482
2	Alpine County Health & Human Services	530-694-2235	530-694-2252	31	Placer Co Health and Human Services	916-784-6000	916-784-6100
3	Amador Co Department of Social Services	209-223-6550	209-257-0242	32	Plumas Co Department of Social Services	530-283-6350	530-283-6368
4	Butte Co Department of Social Services	None	530-879-3468	33	Riverside Co DPSS/APD Section	951-358-6508	951-358-3990
5	Calaveras Health and Human Services Agency	209-754-6447	209-754-9049	34	Sacramento Co Dept of Human Asst/Newborn Referral	916-875-2222	916-854-9225
6	Colusa Co Department of Health & Human Services	530-458-0250	530-458-0492	35	San Benito Co Human Services Agency	831-637-5336	831-637-9754
7	Contra Costa Co Employment & Human Services	1-866-663-3225	925-608-4918	36	San Bernardino Co DPSS	909-383-9700	909-792-7396
8	Del Norte Co Dept of Health and Social Services	707-464-3191	707-465-1783	37	San Diego Co HHSA	866-262-9881	858-467-9088
9	El Dorado Co Health and Human Services Agency	530-642-7300	530-626-7734	38	San Francisco Co Dept of Human Services	855-355-5757	415-355-2432
10	Fresno Co Human Services System	559-600-1377	559-600-0901	39	San Joaquin Co Human Services Agency	209-468-1000	209-932-2662
11	Glenn County Health & Human Services Agency	530-934-1415	530-934-6521	40	San Luis Obispo Co Dept of Social Services	805-781-1600	805-781-1846
12	Humboldt Co Department of Social Services	877-410-8809	707-269-3598	41	San Mateo Co Human Services Agency	650-802-7570	650-631-5806
13	Imperial Co Department of Social Services	760-337-6800	760-370-0492	42	Santa Barbara Co Department of Social Services	805-346-7388	805-287-3892
14	Inyo Co Department of Social Services	760-872-1394	760-872-4950	43	Santa Clara Co Social Services Agency	800-753-0024	408-792-1890
15	Kern Co Department of Human Services	877-440-8812	661-633-7498	44	Santa Cruz Co Human Resources Agency	831-454-4316	831-763-8530
16	Kings Co Human Services Agency	559-582-3241 ext 4280	559-584-2749	45	Shasta Co Department of Social Services	1-877-652-0731	530-225-5288
17	Lake Co Department of Social Services	707-995-4200	707-995-4204	46	Sierra Co Social Services	530-993-6720	530-993-6741
18	Lassen Co WORKS	530-251-8152	530-251-8149	47	Siskiyou Co Human Services	530-841-2700	530-841-2791
19	Los Angeles Co M/C Mail-In Application District	213-765-6752	213-763-8666	48	Solano Co Health & Social Services	800-400-6001	707-864-3108
20	Madera Co Department of Social Services	209-675-2403	559-675-7983	49	Sonoma Co Social Services Department	1-877-699-6868	707-565-5353
21	Marin Co Department of Health and Human Services	415-473-3400	415-473-3556	50	Stanislaus Co Department of Social Services	877-652-0734	209-558-2189
22	Mariposa Co Department of Human Services	209-966-2000	209-966-8251	51	Sutter Co Department of Human Services	530-822-4411	530-822-7212
23	Mendocino Co Health and Human Services Agency	707-463-7700	707-463-7859	52	Tehema Co Department of Social Services	530-528-4081	530-527-5410
24	Merced County Human Services Agency	209-385-3000	209-354-2505	53	Trinity Co Health and Human Services Dept	530-623-1265	530-623-1250
25	Modoc Co Department of Social Services	530-233-6501	530-233-6504	54	Tulare Co Department of Public Social Services	559-685-4825	559-685-3545
26	Mono Co Department of Social Services	760-932-7291	760-924-5431	55	Tuolumne Co Department of Social Services	209-533-5711	209-533-5714
27	Monterey Co Department of Social Services	877-410-8823	855-370-6005	56	Ventura County Human Services Agency	888-472-4463	805-477-5387
28	Napa Co Health and Human Services	707-253-4511	707-253-6095	57	Yolo County Health & Human Services Agency	530-661-2750	530-661-2658
29	Nevada County Health & Human Services	530-265-1634	530-265-9860	58	Yuba Co. Department of Health & Human Services	1-877-652-0739	530-749-6797