

MEDI-CAL 授權書

「

」

」

「

」

」

」

通知日期： _____

案例號碼： _____

工作人員姓名： _____

工作人員號碼： _____

工作人員電話號碼： _____

辦公時間： _____

通知事項： _____

以上所列的您的子女可能符合 _____ 免費或低價的健康保險；這項計劃為不符合全套
(Insert name of program)

Medi-Cal 或 Healthy Families 福利資格的兒童提供健康護理。如果您授權給我們，我們將代您的子女申請本計劃。

如果您同意我們代您的子女提交 **Medi-Cal** 申請書至上述計劃辦公室，他們將審查這些資訊以確定您的子女是否符合資格。如果您同意，您不必填寫新的申請書申請上述計劃。一位計劃代表將會與您聯繫，讓您知道子女參保需要哪些其他資訊。

重要說明：如果您願意授權提交您子女的資訊，您必須勾選顯示以下內容的方框，在本同意書上簽名並註明日期，然後寄回上面的縣地址。您也可致電您的 **Medi-Cal** 工作人員，告知您願意授權。

如果您不願意授權，請不要寄回本授權書。如果您沒有寄回本授權書，則並未表示同意。您的子女的 **Medi-Cal** 申請書將不會寄出，而且除非您提出申請，否則您的子女不能透過其他的縣立計劃享有健康保險。

我同意將子女的 **Medi-Cal** 申請書轉交給 _____。
(Insert name of program)

簽名： _____ 日期： _____ 電話： _____
(按上面所列地址或電話號碼，在五日內把本同意書交給您的工作人員)

如果您有任何疑問或是需要其他資訊，請聯繫本通知右上角所列的 **Medi-Cal** 工作人員。如果您想取得關於 _____ 的其他資訊，請致電 _____。
(Insert program phone number) (Insert name of program)