

## رضایت نامه MEDI-CAL

┌

┐

└

┘

┌

┐

└

┘

تاریخ اطلاعیه:

شماره پرونده:

نام ورکر:

شماره ورکر:

شماره تلفن ورکر:

ساعات کار:

اطلاعیه برای:

فرزند شما که نامش در بالا ذکر شده ممکن است برای پوشش بیمه بهداشتی رایگان یا کم هزینه که از طریق

(Insert name of program)

تامین میشود واجد شرایط باشد؛ برنامه ای که مراقبت های بهداشتی را برای کودکانی که برای **Medi-Cal** کامل یا برنامه **Healthy Families** واجد شرایط نیستند تامین می کند. اگر شما رضایت خود را به ما اعلام کنید، ما تقاضانامه فرزند شما را برای این برنامه خواهیم فرستاد.

اگر رضایت دهید که ما تقاضانامه **Medi-Cal** فرزند شما را برای برنامه ذکر شده در بالا بفرستیم، آنها این اطلاعات را مرور می کنند تا دریابند آیا فرزند شما واجد شرایط هست یا خیر. اگر رضایت دهید، مجبور نخواهید بود برای دادن تقاضا جهت برنامه ذکر شده در بالا یک تقاضانامه جدید پر کنید و یک نماینده برنامه با شما تماس خواهد گرفت تا به شما بگوید برای ثبت نام کودکان چه اطلاعات اضافی دیگری مورد نیاز است.

**مهم چنانچه مایل باشید رضایت دهید که اطلاعات فرزند شما فرستاده شود، شما باید خانه زیر را علامت بزنید و به آدرس کانتی در بالا بفرستید.** شما همچنین می توانید با ورکر **Medi-Cal** خود تماس بگیرید و به او بگویید که می خواهید رضایت خود را اعلام کنید.

اگر مایل نباشید رضایت دهید، این فرم را برنگردانید. اگر این فرم را برنگردانید، رضایتی حاصل نشده است. تقاضانامه **Medi-Cal** فرزند شما فرستاده نخواهد شد و فرزند شما از طریق برنامه های دیگر کانتی پوشش بیمه بهداشتی دریافت نخواهد کرد مگر آنکه شما تقاضا دهید.

من رضایت می دهم فرم تقاضانامه **Medi-Cal** فرزند من برای \_\_\_\_\_ فرستاده شود.

(Insert name of program)

امضا: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ شماره تلفن: \_\_\_\_\_

(در عرض پنج روز این فرم را برای ورکر خود به آدرس ذکر شده در بالا برگردانید یا با شماره تلفن بالا با او در باره تماس بگیرید)

اگر هر گونه سوالی دارید یا به اطلاعات اضافی نیاز دارید، لطفا با ورکر **Medi-Cal** خود که نامش در گوشه سمت راست بالای این اطلاعیه ذکر شده تماس بگیرید. اگر در باره \_\_\_\_\_ اطلاعات بیشتری می خواهید لطفا با

(Insert program phone number)

تماس بگیرید.

شماره تلفن \_\_\_\_\_

(Insert name of program)