

MEDI-CAL-ի համաձայնագիր

Դ

Դ

Լ

Լ

Դ

Դ

Լ

Լ

Տեղեկագրի ամսաթիվը. _____

Գործի համարը. _____

Աշխատակցի անուն ազգանունը. _____

Աշխատակցի համարը. _____

Աշխատակցի հեռախոսի համարը. _____

Գրասենյակի աշխատանքային ժամերը. _____

Տեղեկանքը տրվում է. _____

Վերևում նշված Ձեր երեխան կարող է իրավասու լինել անվճար կամ ցածր արժեքով առողջապահական ապահովագրության _____ ծրագրին, որն ապահովում է առողջապահական խնամք

(Insert name of program)

այն երեխաների համար, ովքեր իրավասու չեն լիարժեք Medi-Cal-ի կամ Healthy Families ծրագրին: Ձեր համաձայնությամբ՝ մենք Ձեր երեխայի դիմումը կուղարկենք այդ ծրագրին:

Եթե համաձայն եք, որ մենք Ձեր երեխայի Medi-Cal-ի դիմումն ուղարկենք վերոհիշյալ ծրագրին, ապա նրանք կվերանայեն Ձեր երեխայի տվյալները՝ նրա իրավասությունը որոշելու նպատակով: Եթե մեզ համաձայնություն տաք, ապա Դուք կարիք չէք ունենա նոր դիմումնաձև լրացնելու՝ վերոհիշյալ ծրագրին դիմելու համար, և ծրագրի ներկայացուցիչը Ձեզ հետ կապի մեջ կմտնի, եթե որևէ հավելյալ տեղեկության կարիք լինի՝ Ձեր երեխային ծրագրում ընդգրկելու համար:

ԿԱՐԿՈՒՄ Է. Եթե ցանկանում եք համաձայնություն տալ, որ մենք ուղարկենք Ձեր երեխայի տվյալները, ապա նշեք ստորեվ վանդակում, ստորագրեք դիմումնաձևը և նշեք ամսաթիվը, ապա այն ուղարկեք մարզի (county) վերևում նշված հասցեով: Դուք կարող եք նաև հեռաձայնել Medi-Cal-ի Ձեր աշխատակցին և նրան հայտնել, որ ցանկանում եք համաձայնություն տալ:

Եթե չեք ցանկանում համաձայնություն տալ, ապա ՄԻ ուղարկեք այս դիմումնաձևը: Եթե դիմումնաձևը չուղարկեք, նշանակում է, որ համաձայնություն ՉԵՔ տալիս: Ձեր երեխայի Medi-Cal-ի դիմումնաձևը չի ուղարկվի և Ձեր երեխան չի ստանա առողջապահական ապահովագրություն մարզի (county) այլ ծրագրերի միջոցով, մինչև որ Դուք չդիմեք:

Ես համաձայնություն եմ տալիս իմ երեխայի Medi-Cal-ի դիմումնաձևն ուղարկել _____ ծրագրին: (Insert name of program)

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____ Հեռախոսի համար. _____
(Հինգ օրվա ընթացքում Ձեր աշխատակցին ուղարկեք այս դիմումնաձևը կամ Ձեր պատասխանը հայտնեք հեռախոսով՝ օգտագործելով վերևում նշված հասցեն կամ հեռախոսի համարը)

Եթե որևէ հարց կամ հավելյալ տեղեկության կարիք ունեք, խնդրում ենք հաղորդակցվել Medi-Cal-ի Ձեր աշխատակցի հետ, որի անունը նշված է այս տեղեկագրի վերևի աջ անկյունում: _____ ծրագրի վերաբերյալ

(Insert program phone number)

լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք հեռաձայնել _____ հեռախոսահամարով: (Insert name of program)