

فرم رضایت برای انتقال اطلاعات از
HEALTHY FAMILIES به MEDI-CAL

نشانی برگشت بخشداری

Medi-Cal Recipient Address

شماره اطلاعیه: _____
شماره پرونده: _____
اسم مأمور رسیدگی: _____
شماره مأمور رسیدگی: _____
شماره تلفن مأمور رسیدگی: _____
ساعات اداری: _____
اطلاعیه برای: _____

فرزند (فرزندان) شما که در بالا ذکر شدند ممکن است برای پوشش درمانی کم هزینه از طریق **Healthy Families Program** (برنامه خانواده های سالم) (HFP) واجد شرایط باشند. برای اینکه وقت کافی داشته باشید تا برای HFP درخواست کنید، **Medi-Cal** بدون سهمیه هزینه را برای یک ماه تقویمی دریافت خواهند کرد. اگر رضایت بدهید، اطلاعات در مورد پرونده شما را برای HFP ارسال خواهیم کرد و لازم نخواهد بود که درخواست نامه جدیدی را به HFP تسلیم کنید.

مزایای HFP شامل موارد زیر می شوند:

- گزینش برنامه های درمانی، دندانپزشکی و چشم پزشکی.
- حق بیمه ماهانه پایین، از \$4 برای هر کودک در ماه تا حداکثر \$45 برای هر خانواده در ماه.
- پرداخت مشترک برای خدمات پیشگیری (از قبیل مایه کوبی) وجود ندارد.
- \$5 پرداخت مشترک برای ویزیت های دیگر در مطب و نسخه ها.

اگر رضایت بدهید که پرونده شما را برای HFP ارسال کنیم، HFP اطلاعات **Medi-Cal** شما را به عنوان درخواست برای HFP خواهد پذیرفت. اگر رضایت بدهید، لازم نخواهد بود که یک درخواست نامه جدید HFP را پر کنید. HFP سپس با شما تماس گرفته تا به شما اطلاع دهد که به چه اطلاعات دیگری برای ثبت نام فرزند (فرزندان) شما نیاز خواهد بود.

اگر مایلید که برای ارسال اطلاعات خود به HFP رضایت دهید، بایستی مربعی که نشان می دهد «اینجانب رضایت می دهم که اطلاعات پرونده **Medi-Cal** من برای HFP ارسال شود» را علامت بزنید. بایستی این فرم را امضاء کرده و تاریخ بگذارید و به نشانی بخشداری که در فوق ذکر شد ارسال کنید. همچنین میتوانید با مأمور رسیدگی به **Medi-Cal** خود تماس گرفته تا به وی بگویید که مایلید رضایت دهید.

اگر تمایلی به رضایت دادن ندارید، این فرم را برنگردانید. اگر این فرم را برنگردانید، رضایتی داده نمی شود. اطلاعات پرونده **Medi-Cal** شما برای HFP ارسال نشده و فرزند (فرزندان) شما تحت پوشش مراقبت درمانی HFP قرار نخواهند گرفت، مگر اینکه درخواست کنید.

می توانید با تماس گرفتن با شماره (800) 880-5305 1 برای یک درخواست نامه HFP/Medi-Cal تقاضا کنید.

□ اینجانب رضایت می دهم که اطلاعات پرونده **Medi-Cal** من برای HFP ارسال شود.

امضاء: _____ تاریخ: _____ تلفن: _____
(این فرم را در ظرف پنج روز ارسال کنید و یا با تلفن پاسخ دهید.)

اگر سوالی دارید و یا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با مأمور رسیدگی به **Medi-Cal** خود که در گوشه بالا سمت راست این اطلاعیه ذکر شده تماس بگیرید. اگر در مورد HFP به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با شماره (800) 880-5305 1 تماس بگیرید.