

**MEDI-CAL 과 HEALTHY FAMILIES 를
연결시키는 데에 대한 동의서**

지역 발신인 주소

Medi-Cal Recipient Address

통지일: _____
 사례번호: _____
 직원 이름: _____
 직원 번호: _____
 직원 전화번호: _____
 업무시간: _____
 통지사향: _____

위에 등록된 귀 자녀는 **Healthy Families Program (HFP)**을 통해서 저렴한 비용으로 건강을 보호할 수 있습니다. **HFP** 지원에 걸리는 한달 동안 어떠한 비용도 **Medi-Cal** 에 분담할 필요가 없습니다. 동의서를 제출하시면, 귀하 관련 파일 정보를 **HFP** 에 등록하는 절차를 진행할 것입니다. 그러면, **HFP** 에 따로 신청서를 제출할 필요가 없습니다.

HFP 가 제공해드리는 혜택은 다음과 같습니다.

- 건강, 치과 및 안과 보험 계획 선택
- 자녀당 4 달러에서 가족당 최대 45 달러로 저렴한 월 보험료
- 예방주사와 같은 예방용 서비스는 사용자 부담이 전혀 없습니다.
- 기타 사무실 방문 및 처방에 대해서는 5 달러의 사용자 부담이 있습니다.

귀하의 관련 파일 정보를 **HFP** 로 보내는 것에 동의하신다면, **HFP** 는 당신의 **Medi-Cal** 정보를 지원 신청서로 받아들일 것입니다. 동의하신다면, 새로 **HFP** 신청서를 작성할 필요가 없습니다. **HFP** 는 당신의 자녀를 등록하는 데 어떤 정보가 필요한지 계속해서 알려드릴 것입니다.

귀하의 관련 파일 정보를 **HFP** 에 등록하는 것에 동의하신다면, “본인의 **Medi-Cal** 사례 정보를 **HFP** 에 등록하는 것에 동의합니다.” 박스란에 체크하십시오. 양식에 서명을 하고 날짜를 기재한 다음에, 위에 나와 있는 주소로 반송하여 주시기 바랍니다. 또한 동의하신다는 것을 **Medi-Cal** 의 직원에게 직접 전화로 알려주셔도 됩니다.

동의하지 않는다면 이 양식을 반송하지 않으시면 됩니다. 이 양식을 반송하지 않는 것은 동의하지 않음을 뜻합니다. 신청하지 않는다면 당신의 **Medi-Cal** 사례 파일 정보는 **HFP** 에 등록되지 않을 것이며, 귀 자녀는 **HFP** 의료 보험 혜택을 받지 못할 것입니다.

HFP/Medi-Cal 신청서는 1 (800) 880-5305 로 전화해서 받으실 수 있습니다.

본인의 **Medi-Cal** 사례 정보를 **HFP** 에 등록하는 것에 동의합니다.

서명: _____ 날짜: _____ 전화: _____

(이 양식을 반송하거나 5 일 내로 동의 의사를 전화로 알려주십시오.)

더 자세한 내용이나 필요한 것들을 알고 싶으시면 통지서 우측 상단에 있는 번호로 **Medi-Cal** 직원에게 문의하십시오. **HFP** 에 대한 추가 정보를 원하시면 1 (800) 880-5305 로 전화 주십시오.