

ຟອມໃຫ້ຄຳຢືນຍອມໃນການສົ່ງຕໍ່ຈາກ **MEDI-CAL**
ເຖິງ **HEALTHY FAMILIES**

ຊ່ອງຫວ່າງສຳລັບໃສ່ທີ່ຢູ່ສົ່ງກັບຄືນຂອງຄາວຕີ້

Medi-Cal Recipient Address

ເລກສຳນວນ: _____
ຊື່ພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ: _____
ເລກພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ: _____
ເລກໂທຣະສັບຂອງພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ: _____
ຊົ່ວໂມງຮາຊາການ: _____
ແຈ້ງການສຳລັບ: _____

ລູກຂອງທ່ານຊຶ່ງມີຊື່ຂ້າງເທິງນີ້ ອາດມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບແບບລາຄາຖືກ ຜ່ານໂຄງການ **Healthy Families Program** (ໂຄງການຄອບຄົວສຸຂະພາບສົມບູນ: **HFP**). ເຂົາເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບ **Medi-Cal** ແບບບໍ່ເສັຽຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເປັນເວລາໜຶ່ງເດືອນ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ມີເວລາຮ່ວງຂໍຮັບ **HFP**. ຖ້າວ່າ ທ່ານໃຫ້ຄຳຢືນຍອມແກ່ພວກເຮົາ, ພວກເຮົາກໍຈະສົ່ງສຳນວນຂອງທ່ານໄປທີ່ **HFP** ແລະທ່ານຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງໃໝ່ອີກກັບ **HFP**.

ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອໃນໂຄງການ **HFP** ລວມມີ:

- ຂໍ້ເລືອກສຳລັບແຜນປະກັນພ້ອມດ້ານສຸຂະພາບທົ່ວໄປ, ດ້ານແຂ້ວ ແລະສາຍຕາ.
- ຄ່າງວດປະກັນພ້ອມລາຄາຖືກຕັ້ງແຕ່ \$4 ຕໍ່ເດັກໜຶ່ງຄົນຕໍ່ເດືອນ ຈົນຮອດສູງສຸດລາຄາ \$45 ຕໍ່ຄອບຄົວຕໍ່ເດືອນ.
- ບໍ່ມີຄ່າຈ່າຍຮ່ວມສຳລັບການບໍລິການປ້ອງກັນສຸຂະພາບ (ເຊັ່ນ ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ).
- ຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ \$5 ສຳລັບການໄປຫາໝໍທີ່ຫ້ອງການທ່ານໝໍ ແລະຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ແພດ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານຍືນຍອມໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງຂໍ້ມູນສຳນວນຂອງທ່ານໄປທີ່ **HFP**, **HFP** ຈະຮັບເອົາຂໍ້ມູນ **Medi-Cal** ຂອງທ່ານ ໃນຖານະເປັນຄຳຮ້ອງຂໍຮັບ **HFP** ຂອງທ່ານ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຍືນຍອມ, ທ່ານກໍບໍ່ຕ້ອງປະກອບຄຳຮ້ອງຂໍ **HFP** ໃໝ່. ຈາກນັ້ນ ທາງ **HFP** ຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ ເພື່ອບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າ ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມອັນໃດອີກແດ່ ທີ່ຈຳເປັນໃນການລົງທະບຽນໃຫ້ລູກຂອງທ່ານ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານປາດຖະໜາໃຫ້ຄຳຢືນຍອມເພື່ອໃຫ້ສົ່ງຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໄປທີ່ **HFP**, ທ່ານຕ້ອງໝາຍໃສ່ທ້ອງສີ່ຫລ່ຽມໃນຂໍ້ທີ່ຂຽນວ່າ, “ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຄຳຢືນຍອມໃນການສົ່ງຂໍ້ມູນສຳນວນ **Medi-Cal** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປໃຫ້ແກ່ **HFP**.” ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ແລະລົງວັນທີໃນຟອມນີ້ ແລະສົ່ງກັບຄືນໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຂອງຄາວຕີ້ຂ້າງເທິງນີ້. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຣຫາ ພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ **Medi-Cal** ຂອງທ່ານ ເພື່ອບອກເພິ່ນວ່າ ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄຳຢືນຍອມ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຄຳຢືນຍອມ, ຢ່າສົ່ງຟອມນີ້ກັບຄືນ. ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ສົ່ງຟອມນີ້ກັບຄືນ, ນັ້ນກໍໝາຍຄວາມວ່າ ບໍ່ມີການໃຫ້ຄຳຢືນຍອມ. ຂໍ້ມູນສຳນວນ **Medi-Cal** ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ແກ່ **HFP** ແລະລູກຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບປະກັນພ້ອມດ້ານສຸຂະພາບຈາກ **HFP** ເວັ້ນເສັຽແຕ່ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍ.

ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຟອມຄຳຮ້ອງຂໍ **HFP/Medi-Cal** ໄດ້ ໂດຍໂທຣໂປທີ່ 1 (800) 880-5305.

ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ ຄຳຢືນຍອມໃນການສົ່ງຂໍ້ມູນສຳນວນ **Medi-Cal** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປໃຫ້ແກ່ **HFP**.

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____ ໂທຣະສັບ: _____

(ສົ່ງຟອມນີ້ກັບຄືນ ຫຼືໂທຣມາບອກພາຍໃນຫ້າວັນ.)

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼືຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ ພະນັກງານກຳກັບການຊ່ວຍເຫຼືອ **Medi-Cal** ຂອງທ່ານ ຊຶ່ງມີຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງສຸດ ທາງມຸມຂວາມືຂອງແຈ້ງການສະບັບນີ້. ກະຮຸນາໂທຣ **1 (800) 880-5305** ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບ **HFP**.