

**ФОРМА ИНФОРМАЦИОННОГО  
СОГЛАСИЯ MEDI-CAL ДЛЯ  
ПЕРЕДАЧИ В HEALTHY FAMILIES**

Обратный адрес округа

Medi-Cal Recipient Address

Дата извещения: \_\_\_\_\_  
 Номер дела: \_\_\_\_\_  
 Имя работника: \_\_\_\_\_  
 Номер работника: \_\_\_\_\_  
 Номер телефона работника: \_\_\_\_\_  
 Рабочие часы: \_\_\_\_\_  
 Извещение для: \_\_\_\_\_

**Ваш ребенок/дети, упомянутые выше, могут иметь право на недорогую медицинскую страховку по Программе Здоровые Семьи (Healthy Families Program) (HFP). Они будут получать льготы от Medi-Cal без доли оплаты в течение одного календарного месяца для того, чтобы дать Вам время на подачу заявления на предоставление льгот HFP. Если Вы дадите согласие, Medi-Cal направит информацию из Вашего дела в HFP и у Вас не будет необходимости подавать новое заявление в HFP.**

Льготы HFP включают:

- Выбор медицинских, стоматологических и офтальмологических страховых планов.
- Низкие ежемесячные страховые взносы: от \$4 на одного ребенка до максимального взноса в \$45 на всю семью.
- Отсутствие со-оплаты за профилактические услуги (такие как иммунизация).
- Со-оплату в размере \$5 за другие посещения медицинского учреждения, а также лекарства, выписанные по рецепту врача.

Если Вы дадите согласие на передачу информации из Вашего дела программы Medi-Cal в HFP, HFP будет рассматривать информацию из Вашего дела в качестве заявления на предоставление льгот о HFP. Если Вы дадите согласие, Вам не нужно будет подавать новое заявление на участие в HFP. После чего представитель HFP свяжется с Вами для получения дополнительной информации необходимой для зачисления Вашего ребенка/детей в программу по предоставлению льгот.

Если Вы желаете дать согласие на передачу Вашей информации в HFP, Вы должны отметить квадратик перед предложением "Я даю согласие на передачу информации из моего дела программы Medi-Cal в HFP". Вам необходимо подписать и поставить дату на данной форме, после чего отправить ее по адресу округа, указанному выше. Вы также можете связаться с работником Medi-Cal, который ведет Ваше дело, и сообщить ему, что Вы желаете дать согласие на передачу информации.

Если Вы не желаете давать согласие, НЕ возвращайте данную форму. Если Вы не возвращаете данную форму, Вы НЕ даете своего согласия. В этом случае информация из Вашего дела в Medi-Cal не будет передана в HFP, и Ваш ребенок/дети не будут иметь медицинской страховки HFP, если Вы не подадите заявления на предоставление льгот.

**Вы можете запросить копию заявления на участие в программе HFP/Medi-Cal, позвонив по телефону 1(800) 880-5305.**

**Я даю согласие на передачу информации из моего дела программы Medi-Cal в HFP.**

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

(Верните данную форму или сообщите о Вашем решении по телефону в течение пяти дней.)

**Если у Вас возникли вопросы, или Вам нужна дополнительная информация, пожалуйста, свяжитесь с работником Medi-Cal, имя которого указано в правом верхнем углу данного извещения. Для получения дополнительной информации о HFP, пожалуйста, позвоните по телефону 1 (800) 880-5305.**