

تقاضانامه از پیش ثبت نام کردن در برنامه بهداشت و جلوگیری از ناتوانی کودک (CHDP)

دستورالعمل به والدین یا بیمار:

- برای آنکه آزمایشات پزشکی لازم خود را همین امروز بدون پرداخت هیچگونه وجهی دریافت کنید، شما باید اطلاعات خواسته شده در این فرم را پر کنید. اطلاعاتی را که شما در اختیار ما می گذارید محرمانه خواهند ماند. این برنامه یک برنامه داوطلبانه است.

آیا سن بیمار کمتر از 19 سال است؟ بلی نه

چند نفر در خانواده شما هستند؟ _____

خانواده شما قبل از پرداخت مالیات چقدر درآمد دارد؟ \$ _____ ماهانه یا \$ _____ سالانه

- شما یا فرزندتان ممکن است واجد شرایط پوشش درمانی مداوم زیر برنامه مدیکل Medi-Cal یا Healthy Families باشید.

من میخواهم پوشش مداوم زیر برنامه مدیکل Medi-Cal یا Healthy Families تقاضا کنم. بلی نه

اگر جواب شما به این سؤال بله بوده است، فرم تقاضانامه چند روز دیگر برای شما پست خواهد شد. لطفاً آن را بلافاصله پر کرده و پس بفرستید. اگر به این سؤال جواب نه داده اید (یا جواب بله داده اید و فرم تقاضانامه را پس نفرستاده اید)، پوشش درمانی بیمار برای مزایای سلامتی، دندان و بینائی تا آخر ماه دیگر قطع خواهد شد مگر آنکه دفتر خدمات اجتماعی ناحیه به شما غیر از آن اطلاع دهد.

اطلاعات بیمار

آیا بیمار کارت شناسائی استفاده از مزایای ایالت کالیفرنیا (BIC) یا کارت مدیکل Medi-Cal دارد؟ بلی نه
اگر بله، شماره روی کارت شناسائی BIC (اگر در دسترس هست) چیست؟ _____

اسم بیمار - فامیل	اسم کوچک	اسم وسط
تاریخ تولد (ماه / روز / سال)	جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	شماره سوشال سکيوریتی بیمار (SSN) (اختیاری است)
<input type="checkbox"/> اگر بی خانمان هستید، این جا را علامت بگذارید. در بخش «آدرس منزل» محلی را که اغلب در آنجا هستید ذکر کنید و بخش «آدرس پستی» را پر کنید.		
آدرس منزل	شماره آپارتمان	شهر
کشور محل اقامت	ایالت	کد پستی
آدرس پستی (اگر غیر از آدرس منزل است)	شماره آپارتمان	شهر
اسم مادر - فامیل	اسم کوچک	اسم وسط

برای بیماران زیر يك سال، لطفاً این بخش را پر کنید.

اگر کودک زیر یک سال می باشد، آیا کودک در ماه تولد خود با مادرش زندگی می کرده است؟ بلی نه

تاریخ تولد مادر (ماه \ روز \ سال) _____ شماره کارت مدیکل Medi-Cal یا BIC یا سوشال سکيوریتی مادر _____

اطلاعات والدین/ قیم قانونی

نام والدین / قیم قانونی یا کودک بالغ شده - فامیل	اسم کوچک	اسم وسط
شماره تلفن منزل	شماره تلفن محل کار	شماره تلفن پیغام گیرنده
()	()	()
در منزل به چه زبانی صحبت می کنید؟	به چه زبانی بهتر می خوانید؟	

گواهینامه

امروز من درخواست یک آزمایش پزشکی CHDP می کنم. من گواهی می دهم که این فرم را خوانده ام و آن را فهمیده ام. من اعلان می کنم که اطلاعاتی که فراهم کرده ام صحیح، درست و کامل هستند.

امضاء والدین / قیم یا کودک بالغ شده _____ رابطه با بیمار _____ تاریخ _____

هر شخص حق دارد مدارکی را که شامل اطلاعات شخصی اوست مرور کند. مسئول رسمی نگهداری این اطلاعات سازمان خدمات بهداشتی، Department of Health Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. دفتر خدمات اجتماعی منطقه ای که در آن زندگی می کنید به یک نسخه از این اطلاعات دسترسی داشته و آن در پرونده پزشکی فرزندتان بوسیله فراهم کننده CHDP نگاه داشته خواهد شد.