

## 아동 보건 및 장애 예방 (CHDP) 프로그램 등록전 신청서

### 부모 또는 환자에 대한 지시사항:

- 오늘 무료로 건강 검진을 받으려면 이 양식에서 요구하는 정보를 제공하셔야 합니다. 귀하께서 제공하시는 정보는 비밀로 지켜집니다. 이 무료 검진은 자발적인 프로그램입니다.

환자가 19세 미만입니까?  예  아니오

귀하의 가족은 식구가 몇 명입니까? \_\_\_\_\_

귀하 가족의 세금 공제전 소득은 얼마나 됩니까? \$ \_\_\_\_\_ 또는 \$ \_\_\_\_\_  
월 년

- 귀하 또는 귀하의 자녀는 Medi-Cal이나 Healthy Families를 통한 지속적인 건강 관리 보험보호에 대해 자격이 있을 수 있습니다. 본인은 Medi-Cal 또는 Healthy Families를 통한 지속적인 보험보호를 신청하기 원합니다.  예  아니오

이 질문에 예라고 답변한 경우, 며칠 안에 귀하에게 신청서가 우송될 것입니다. 그 신청서를 작성하여 신속히 반송해 주십시오. 이 질문에 아니오라고 답변한 경우 (또는 예라고 답변했지만 신청서를 반송하지 않은 경우), 의료, 치과 및 안과 혜택에 대한 환자의 보험보호는 카운티의 Department of Social Services(사회봉사국)에서 귀하에게 달리 통지하지 않는 한, 다음 달 말에 끝납니다.

### 환자 정보

환자에게 State of California Benefits Identification Card (BIC, 캘리포니아 주 혜택 신분증) 또는 Medi-Cal 카드가 있습니까?  예  아니오

예라고 답변한 경우, BIC 카드의 신분증 번호는 어떻게 됩니까 (있는 경우)? \_\_\_\_\_

환자의 성 이름 중간 이름

생년월일 (월 / 일 / 년) 성별  남성  여성 환자의 소셜 시큐리티 번호 (SSN) (선택사항)

귀하께서 무숙자인 경우, 여기에 표시하십시오. “집 주소” 항에 대략적인 위치를 기입하고 “우송 주소” 항은 완전하게 작성하십시오.

집 주소 아파트 번호 시 주 우편번호

거주 카운티

우송 주소 (집 주소와 다른 경우) 아파트 번호 시 주 우편번호

어머니의 이름—성 이름 중간 이름

### 한 살 미만인 환자의 경우, 이 난을 작성하십시오.

한 살 미만인 경우, 해당 유아는 출생한 달에 어머니와 함께 살았습니까?  예  아니오

어머니의 생년월일 (월 / 일 / 년) 어머니의 BIC 또는 Medi-Cal 카드 번호 또는 소셜 시큐리티 번호

### 부모/법적 보호자 정보

부모/법적 보호자 또는 부권에서 해방된 미성년 환자의 이름—성 이름 중간 이름

집 전화번호 직장 전화번호 메시지용 전화번호

( ) ( ) ( )

귀하는 집에서 어떤 언어를 사용하십니까? 귀하가 읽기에 가장 편한 언어는?

### 증명

본인은 오늘 CHDP 건강 검진을 받을 수 있도록 요청합니다. 본인은 이 양식을 읽고 이해하였음을 증명합니다. 본인은 제가 제공한 정보가 진실되고 정확하며 완전함을 선언합니다.

부모/보호자 또는 부권에서 해방된 미성년자의 서명 환자와의 관계 날짜

개인은 자신의 개인 정보가 포함된 기록을 검토할 권리가 있습니다. 이러한 정보를 보관할 책임이 있는 곳은 Department of Health Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413입니다. 이 정보의 사본은 귀하가 거주하는 카운티 Department of Social Services와 공유될 수 있으며 자녀의 의료 기록과 함께 자녀의 CHDP 제공자에 의해 보관될 것입니다.