CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE TRẺ EM VÀ PHÒNG NGỪA KHUYẾT TẬT (CHDP) ĐƠN TRƯỚC KHI GIA NHẬP

Chỉ Dẫn cho Cha Mẹ hoặc Bệnh Nhân:

- Muốn được khám sức khỏe hôm nay miễn phí, quý vị phải cung cấp các chi tiết cần thiết trong mẫu đơn này. Chi tiết do quý vị cung cấp sẽ được giữ kín. Đây là một chương trình tự nguyện.

  Bệnh nhân có dưới 19 tuổi hay không? ☐ Có ☐ Không

  Gia đình quý vị có bao nhiêu người? _____

  Lợi tức của gia đình quý vị trước khi trừ thuế là bao nhiêu? $_____ Hàng Tháng Hoặc $_____ Hàng Năm

- Quý vị hoặc con quý vị có thể hội đủ điều kiện được tiếp tục bảo hiểm chăm sóc sức khỏe qua Medi-Cal hoặc Healthy Families.

  Tôi muốn xin được tiếp tục bảo hiểm qua Medi-Cal hoặc Healthy Families. ☐ Có ☐ Không

  Nếu quý vị trả lời *có* cho câu hỏi này, quý vị sẽ được gửi đơn xin trong vài ngày tới. Xin gửi lại đơn ngay. Nếu quý vị trả lời *không* cho câu hỏi này (hoặc nếu quý vị trả lời *có* nhưng không gửi lại đơn xin), bảo hiểm về các quyền lợi sức khỏe, nha khoa, và thị lực của bệnh nhân sẽ bị ngưng vào cuối tháng tới trừ phi Sở Dịch Vụ Xã Hội (Department of Social Services) quận thông báo khác cho quý vị.

Chi Tiết Bệnh Nhân

Bệnh nhân có Thẻ Căn Cước Quyền Lợi Tiểu Bang California (BIC) hay thẻ Medi-Cal hay không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, số căn cước trên thẻ BIC là gì (nếu có số này)? _____

Tên bệnh nhân —Họ	Tên	Tên Lót

Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Phái tính ☐ Nam ☐ Nữ	Số an sinh xã hội của bệnh nhân (SSN) ***(nhiệm ý)***

☐ Nếu quý vị vô gia cư, đánh dấu vào đây. Ghi địa điểm tổng quát trong phần "Địa chỉ nhà" và điền phần "Địa chỉ gửi thư".

Địa chỉ nhà	Số Apartment	Thành phố	Tiểu bang	Số ZIP

Quận cư trú

Địa chỉ gửi thư (nếu khác địa chỉ nhà)	Số Apartment	Thành phố	Tiểu bang	Số ZIP

Tên mẹ —Họ	Tên	Tên Lót

Đối với bệnh nhân dưới một tuổi, xin điền đoạn này.

Nếu dưới một tuổi, trẻ có sống với người mẹ trong tháng sinh hay không? ☐ Có ☐ Không

Ngày sinh của người mẹ (tháng/ngày/năm)	Số thẻ BIC hoặc Medi-Cal hoặc số an sinh xã hội của người mẹ

Chi Tiết Cha Mẹ/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Tên cha mẹ/người giám hộ hợp pháp hoặc bệnh nhân vị thành niên sống độc lập không thuộc trách nhiệm của cha mẹ —Ho	Tên	Tên Lót

Số điện thoại nhà	Số điện thoại sở	Số điện thoại nhắn tin
( )	( )	( )

Quý vị nói ngôn ngữ gì ở nhà?	Quý vị đọc ngôn ngữ nào thành thạo nhất?

Chứng Nhận

Tôi xin khám sức khỏe CHDP ngày hôm nay. Tôi chứng nhận rằng tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn này. Tôi tuyên khai rằng các chi tiết tôi cung cấp là sự thật, đúng, và đầy đủ.

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ hợp pháp hoặc bệnh nhân vị thành niên sống độc lập không thuộc trách nhiệm của cha mẹ	Quan hệ với bệnh nhân	Ngày

Mỗi người có quyền xem hồ sơ ghi chi tiết cá nhân của họ. Viên chức có trách nhiệm lưu chi tiết này là Department of Health Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Chi tiết này có thể được tiết lộ cho Sở Dịch Vụ Xã Hội tại quận cư ngụ của quý vị và sẽ được nơi phục vụ CHDP của con quý vị lưu trong hồ sơ y khoa của trẻ.