CHDP ELIGIBILITY INFORMATION

DO NOT GIVE TO MEDI-CAL PATIENTS.

A separate form must be completed for each patient for each visit.

Patient's Name		Birthdate	
Address	ZIP Code	Age (years)	(months)

Infants, children, and youth may be eligible for a state-paid health examination. The information you give below will determine if a health examination can be given at no charge to you. This information is only needed if you want to apply for a state-paid CHDP health examination. The information you give is confidential. **This is a voluntary program.** (Title 17, California Code of Regulations, Sections 6802 and 6832).

	YES	NO
1. Is the Patient:		
a. Less than 19 years of age?	❒	❒
b. On Medi-Cal now?*	❒	❒
c. In a Prepaid Health Plan (for example, Kaiser-Permanente)?	❒	❒

2. How many people are in your family? _____

3. How much money does your family make before taxes? $ _____ (Monthly) or $_____ (Yearly)

4. Major source of family income:

❒ a. Professional/Technical Employment
❒ b. Labor/Production Employment
❒ c. Agriculture Employment
❒ d. Services/Sales Employment
❒ e. Unemployment
❒ f. Retirement
❒ g. Disability
❒ h. Public Assistance
❒ i. Other Income
❒ j. None

NOTE: IF YOUR CHILD IS LESS THAN THIRTEEN (13) MONTHS OF AGE AND BORN IN THE UNITED STATES, YOU SHOULD APPLY TO YOUR LOCAL WELFARE DEPARTMENT FOR A MEDI-CAL CARD TO PAY FOR ALL YOUR CHILD'S HEALTH CARE INCLUDING SICK CARE.

I certify under penalty of law that the above information is correct.

Signature of Parent/Guardian or Emancipated Minor	Date

Relationship to Patient

An individual has a right to review records containing his/her personal information. The official responsible for keeping this information is the Chief of the Children's Medical Services (CMS) Branch, Department of Health Services, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320, (916) 327-1400. A copy of this information will also be kept with your child's medical record.

* Patients eligible only for emergency and pregnancy services with their Medi-Cal card should check the "NO" box for Medi-Cal eligibility.

INFORMACION PARA ELEGIBILIDAD EN CHDP

NO ENTREGARLO A LOS PACIENTES QUE RECIBEN MEDI-CAL.

Debe completar un formulario por separado para cada paciente en cada visita.

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
Dirección	Zona Postal	Edad (años)	(meses)

Es posible que bebés, niños y adolescentes puedan ser elegibles para recibir un examen de salud pagado por el estado. La información que nos dé más abajo, determinará si le podrán proporcionar un examen de salud gratuito. Esta información es necesaria solamente si Ud. desea solicitar un examen de salud CHDP pagado por el estado. La información que nos proporcione es confidencial. **Este es un programa voluntario.** (Título 17, Código de Regulaciones de California, Secciones 6802 y 6832).

	YES	NO
1. El Paciente:		
a. ¿Es menor de 19 años?	❒	❒
b. ¿Está en Medi-Cal ahora?*	❒	❒
c. ¿Está en un Plan de Salud Pagado por Adelantado (por ejemplo, Kaiser-Permanente)?	❒	❒

2. ¿Cuántos son los miembros en su familia? _____
3. ¿Cuánto dinero gana su familia antes de considerar los impuestos? $ _____ (Mensual) or $_____ (Anual)

4. Mayor fuente de ingreso de la familia:

❒ a. Empleo Profesional/Técnico
❒ b. Empleo en Labor/Producción
❒ c. Trabajo en Agricultura
❒ d. Empleo en Mantenimiento/Ventas
❒ e. Sin trabajo
❒ f. Jubilación
❒ g. Incapacidad
❒ h. Ayuda Pública
❒ i. Otro ingreso
❒ j. Ninguno

NOTA: SI SU HIJO(A) ES MENOR DE TRECE (13) MESES Y HA NACIDO EN LOS ESTADOS UNIDOS, UD. DEBE SOLICITAR UNA TARJETA DE MEDI-CAL EN SU DEPARTAMENTO LOCAL DE BIENESTAR PARA PAGAR POR EL CUIDADO DE SALUD DE SU HIJO(A) INCLUYENDO CUIDADO CUANDO ESTE ENFERMO(A).

Certifico bajo pena de la ley que la información anterior es correcta.

Firma del Padre/Madre/Guardián o del Menor ya Emancipado	Fecha
Parentesco con el Paciente	

Una persona tiene el derecho de revisar los archivos que contienen su información personal. El funcionario responsable para guardar esta información es el Jefe de la Oficina del Servicios Medicos de Niños (CMS), Departamento de Servicios de Salud, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320, (916) 327-1400. Una copia de esta información será también guardada con el historial médico del niño(a).

* Los pacientes elegibles sólo para recibir con su tarjeta de Medi-Cal los servicios de emergencia y embarazo deben marcar el casillero "NO" para elegibilidad de Medi-Cal.