

Children's Health Initiative of San Luis Obispo County

REFERENCIA Y PERMISO PARA DAR INFORMACIÓN PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD PARA PROGRAMAS DE COBERTURA DE SALUD: MEDI-CAL, HEALTHY FAMILIES, Y HEALTHY KIDS*

Idioma Primario: _____

Proporcione por favor la información siguiente:

Padre/Madre/Guardián:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social: (si tiene)
Dirección de Domicilio / ciudad / código:		Número de Teléfono:
Dirección Postal / ciudad / código:		
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social: (si tiene)
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
El doctor que visita normalmente:		

Mis niños ya tienen beneficios de Healthy Kids: Sí No

Quisiera asistencia para llenar mi solicitud / reviso anual: Sí No

PROVEEDOR/AGENCIA QUE HACE ESTA REFERENCIA:

Service Provider: CHISLO - website
Address: PO Box 1737, San Luis Obispo, CA 93406
Contact Person: Ofélia Montoya
Phone: 805-540-5177

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

Doy autorización al proveedor de servicios/agencia mencionado arriba, para dar la información escrita arriba sobre mis niños y yo, al Departamento de Servicios Sociales y a Children's Health Initiative of San Luis Obispo County para comenzar determinación para cobertura de salud. Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento; a menos que se revocara mas pronto, esta autorización seguirá en efecto por 12 meses.

CHISLO esta asociado con el Departamento de Servicios Sociales (DSS) del Condado de San Luis Obispo para determinar si su niño califica para Medi-Cal, Healthy Families & Healthy Kids. Si es elegible para Medi-Cal o Healthy Families, su niño no es elegible para Healthy Kids.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha

Por favor, regrese por correo o fax esta forma completada:
The Children's Health Initiative
PO Box 1737
San Luis Obispo, CA 93406
Fax: (805) 540-5178



FRN: