



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE RECIÉN NACIDOS (NO ES UNA SOLICITUD PARA RECIBIR MEDI-CAL)

(Por favor use una pluma e imprima firmemente)



Este Formulario De Información De Recién Nacidos es para asistirle a la madre elegible para Medi-Cal reportar el nacimiento de su bebé(s) a Medi-Cal. Completando la información en este formulario, usted ayuda al condado a confirmar la elegibilidad del recién nacido. Envíe por correo o fax este formulario al condado. La información del condado se encuentra al reverso de este formulario. Cualquier cambio en el hogar tiene que ser reportado al condado, por eso, envíe esta información lo más pronto posible. La madre también puede reportar el nacimiento por teléfono a su trabajador de elegibilidad. Si usted está actuando en representación de la madre y no es esposo, familiar o tutor, entonces su firma e información de identificación son requeridas en la Sección C. Si está entrando por medio del Programa Gateway escriba el número del BIC asignado al bebé. **(Opcional)**

SECCIÓN A *La tarjeta de Medi-Cal de la madre se puede usar durante el mes de nacimiento del bebé y el mes siguiente para servicios y cobros del recién nacido.*

| | | | |
|--|--------|---------------------------------|---|
| Nombre de la madre (nombre, inicial de en medio, apellido) | | Fecha de nacimiento de la madre | BIC o Identificación de Medi-Cal o N. del Seguro Social |
| Dirección postal (número y calle) o ubicación | | | Condado |
| Ciudad | Estado | Código postal | Número de teléfono () |

SECCIÓN B *Recordatorio: Un bebé nacido a una madre con beneficios limitados es elegible para beneficios completos.*

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------|
| Nombre del recién nacido | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña | Opcional—Número de Gateway |
| Nombre del recién nacido #2 | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña | Opcional—Número de Gateway |
| Nombre del recién nacido #3 | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña | Opcional—Número de Gateway |

Lugar de nacimiento (nombre del hospital, nombre de la clínica, casa, etc.)

| | | | |
|--|--------|--------|---------------|
| Dirección (número y calle, si es disponible) | Ciudad | Estado | Código postal |
|--|--------|--------|---------------|

¿El bebé y la madre vivirán en el mismo hogar? Sí No
 Si su respuesta es no, ¿Ha renunciado la madre a sus derechos sobre el recién nacido? Sí No
 Si es así, de la fecha de renuncia: ____ / ____ / ____

Este formulario no inicia los beneficios de Medi-Cal, CalWORKs o Estampillas de Comida. Si usted ahora está recibiendo estos beneficios, tiene que llamar a su trabajador de elegibilidad para que continúe recibiendo estos beneficios.

Autorizo la entrega de esta información al Condado del Departamento de Servicios Sociales/condado del departamento de bienestar.

| | |
|-------------------|--|
| Fecha de petición | Firma del padre/madre/pariente/tutor del niño <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------------|--|

SECTION C *(Fill in this section if form was completed by person other than parent, relative, or guardian.)*
SECCIÓN C *(Llene esta sección si este formulario fue completado por otra persona además de un padre, familiar o tutor.)*

| | |
|---|---|
| Completed by (Please print) / Completado por (Por favor escriba en letra de molde) | Title / Título |
| Medi-Cal number (if Medi-Cal provider/hospital/clinic/group, etc.) / Número de Medi-Cal (si es completado por el proveedor de Medi-Cal/hospital/clínica/grupo, etc) | Telephone number / Número de teléfono () |

I certify to the best of my knowledge that the information above is verified and accurate.
 Certifico al mejor de me conocimiento que la información arriba es verificada y exacta.

| | |
|---|---|
| Signature (person other than parent, relative, or guardian) / Firma (otra persona que no sea un padre, familiar o tutor) <input checked="" type="checkbox"/> | Date completed / Fecha en que se completó este formulario |
|---|---|

For provider billing inquiries concerning or how to bill for infants, call the EDS Billing Hotline at 1-800-541-5555.