



# NEWBORN REFERRAL (NOT AN APPLICATION FOR MEDI-CAL)

(PLEASE USE INK AND PRESS FIRMLY.)



The Newborn Referral Form is used to assist a Medi-Cal eligible mom to report the birth of her child(ren) to Medi-Cal. By completing the information on this form, you help the county confirm the eligibility of the newborn. Mail or fax this form to the county. County information is located on the back of this form. Any changes to the household must be reported to the county, so, turn in this information quickly. The mother may also report the birth by phone to her eligibility worker. If you are acting on behalf of the mother and are not a spouse, relative, or guardian, then your signature and identifying information is required in Section C. If entering through Gateway Program enter the BIC number assigned to the infant (**optional**).

**SECTION A** *The mother's Medi-Cal card can be used during the birth month and the month following for services and billing for the newborn.*

Mother's name (first, MI, last)		Mother's date of birth	BIC or Medi-Cal ID number or SSN
Mailing address (number and street) or location			County
City	State	ZIP code	Telephone number (       )

**SECTION B** *Reminder: A child born to a mother with restricted benefits is eligible for full-scope benefits.*

Newborn name (first, MI, last)	Date of birth (month/day/year)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Optional—Gateway ID number
Newborn 2 name (first, MI, last)	Date of birth (month/day/year)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Optional—Gateway ID number
Newborn 3 name (first, MI, last)	Date of birth (month/day/year)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Optional—Gateway ID number

Where born (hospital name, clinic name, etc.)

Address (number and street, if available)	City	State	ZIP code
---	------	-------	----------

Will baby and mother live in the same household?       Yes       No

If no, has the mother given up rights to the newborn child?       Yes       No

If yes, date child(ren) given up: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

***This form does not start Medi-Cal, CalWORKs, or Food Stamp benefits. If you currently get these benefits, you must contact your eligibility worker to continue getting these benefits.***

*I hereby authorize release of this information to the County Department of Social Services/county welfare department.*

Date of request	Parent/Relative/Guardian (of the infant) signature  <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------	---

**SECTION C** *(Fill in this section if form was completed by person other than parent, relative, or guardian.)*

Completed by (PLEASE PRINT)	Title
Medi-Cal ID number (If Medi-Cal provider/hospital/clinic/group, etc.)	Telephone number (       )

*I certify to the best of my knowledge that the information above is verified and accurate.*

Signature (person other than parent, relative, or guardian)  <input checked="" type="checkbox"/>	Date completed
--	----------------

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



# FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE RECIÉN NACIDOS DHCS

## (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 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
Nombre del recién nacido #4	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Opcional—Número de Gateway
Nombre del recién nacido #5	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
--	---------------	---------------

**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/paciente/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
National Provider Identifier (NPI) Number (if Medi-Cal provider/hospital/clinic/group, etc.) / Número de Medi-Cal (si es completado por el proveedor de Medi-Cal/hospital/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.

Distribution:     County     Hospital/Clinic/Nurse-Midwife/CAA/AR     Parent/Relative/Guardian