



## ОПРОСНЫЙ ЛИСТ О МЕДИЦИНСКОМ ПОКРЫТИИ

### Информация о клиенте:

Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_ Родной язык: \_\_\_\_\_

1. Сколько детей нуждается в медицинской страховке? Кол-во детей: \_\_\_\_\_ возраст: \_\_\_\_\_  
2. Кто-нибудь из детей имеет медицинское покрытие?  да  нет

Если да, то пожалуйста, укажите тип страхования и количество детей включенных в страховку:

- Healthy Families \_\_\_\_\_  Частная страховка \_\_\_\_\_  Рабочая страховка \_\_\_\_\_  
(купленная клиентом) (через работодателя)  
 Бесплатный Medi-Cal \_\_\_\_\_  Share-of-cost Medi-Cal \_\_\_\_\_  Ограниченный Medi-Cal \_\_\_\_\_  
(только в случае неотложной помощи)

Выбранный медицинский план: \_\_\_\_\_  
(Если кто-нибудь из детей имеет Medi-Cal или Healthy Families)

3. Кто-нибудь беременный? да нет  
4. Число родителей в доме: \_\_\_\_\_  
5. Месячный доход семьи (включая налоги): \$ \_\_\_\_\_

Примечание:

---

---

---

Предоставляя эту информацию, Вы даете разрешение нашему сотруднику из программы Cover the Kids связаться с Вами.

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

### ИНФОРМАЦИЯ ПОСТУПИЛА ОТ:

Организация: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

TO REFER FAMILY: FAX FORM TO **916-808-6155**  
or call **916-808-3838** or Toll-free at **1-866-850-4321**  
(Russian)