

COUNTY OF LOS ANGELES
LOS SERVICIOS DE NINOS DE CALIFORNIA
APLICACION PARA SERVICIOS
9320 Telstar Avenue, Suite 226, El Monte, CA 91731
Telephone (800) 288-4584

Esta aplicación debe ser completada por el aplicante/paciente, padres, o tutor legal. El "aplicante" se refiere al niño/a que solicita los servicios.

INFORMACION SOBRE EL APLICANTE

1. _____ 2. _____ 3. Sexo: M [] F []
Nombre del Apicante Fecha de Nacimiento
4. _____
Domicilio:
5. (_____) _____ 6. _____ - _____ - _____ 7. _____
Area Numero de Teléfono Numero de Seguro Social (opcional) CCS No.

INFORMACION SOBRE LOS PADRES / TUTOR LEGAL

8. _____ 9. _____ 10. (_____) _____
Nombres de Padres / Tutor Legal Fecha de nacimiento de la mama Numero de Teléfono
11. _____ 12. _____
¿Domicilio? ¿Cuánto tiempo en este domicilio?

13. Si no fue referido a CCS por un medico o un profesional de salud, describa los servicios que solicita de CCS.

14. INFORMACION SOBRE ASEGURANZA DE SALUD

A. Medi-Cal [] No [] Sí, Numero de Medi-Cal del aplicante _____

¿Parte de costo? [] No [] Sí, Cantidad \$ _____

B. Seguro Medico [] No [] Sí, Nombre de le Asegurancia Medica _____

(Favor de marcar una)

- [] Plan de participantes preferidos (PPO)
[] Plan de mantenimiento de Salud (HMO)
[] Plan de Médicos Mayores

15. Yo solicito los servicios de CCS y declaro que la información que he dado es verdadera y correcta. Entiendo que al completar esta forma no se asegura la aceptación del aplicante para CCS. Yo autorizo a CCS verificar mi residencia, información medica, y cualquier otra información que sea necesaria para completar el proceso de la solicitud para el CCS.

Su firma autoriza a CCS continuar con su aplicación.

Firma de la persona completando esta aplicación Relación al niño/a Fecha

Firme y regrese la forma a CCS (a la dirección localizada arriba)