



Forma—SAS Base de Datos

Información Del Solicitante	
Nombre:	_____
CIN (Si Aplica):	_____
Fecha de Nacimiento:	_____
Ciudad de Nacimiento:	_____
Primer Nombre de Su Mamá:	_____

Información Adicional Del Solicitante	
Apellido:	_____
Inicial del Segundo Nombre:	_____
Correo Electrónico:	_____
Dirección:	_____
Apt. #:	_____
Ciudad:	_____
Código Postal:	_____
No. de Teléfono:	_____
Idioma:	_____
Etnicidad:	_____
¿Está Embarazada?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Información Del Beneficiario	
Nombre:	_____
Apellido:	_____
Fecha de Nacimiento:	_____
Sexo:	_____
Parentesco Con El Solicitante:	_____

FAX

TO:

Rodrigo Vazquez

FROM:

COMPANY:

Community Health Initiative of Kern County

DATE:

FAX NUMBER:

818-409-5392

SENDER'S FAX:

PHONE NUMBER:

661-632-5743

SENDER'S PHONE:

RE:

Successful Application Stipend Program

NO. OF PAGES INCLUDING COVER:

DOCUMENTS BEING FAXED:

- SAS confirmation page
- SAS consent form
- Other

CONFIDENTIALITY NOTICE: This facsimile message is CONFIDENTIAL and may be of a nature that is LEGALLY PRIVILEGED. The information contained in this facsimile message is intended only for the use of the recipient named above. If the reader of this message is not the intended recipient or an agent responsible for delivering it to the intended recipient, you have received this document in error. Any further review, dissemination, distribution, or copying of this message is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please notify us immediately by telephone. If you are a regular recipient of confidential or privileged facsimiles from us and you intend to change your facsimile number, it is your responsibility to alert us before the change. Thank you.

Successful Application Stipend (SAS)
Verificación de Aplicación para Medi-Cal/Covered California o Asistencia para Renovación
Permiso de Compartir Información

Nombre de Caso: _____ SS#: _____ Fecha: _____

Nombre de Trabajadora: _____ No. de Caso: _____ Telefono: _____

Permiso de Compartir Información:

MEDI-CAL

Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos de compartir información sobre mi aplicación o renovación de elegibilidad de Medi-Cal con los Hospitales Mercy, con el Consejero de Matriculación Certificado (CEC, por sus siglas in Ingles), la Organización de Matriculación Certificada (CEE, por sus siglas en Ingles) identificada, y el Departamento de Salud Pública del Condado de Kern. Esta autorización se terminara en un año. Yo certifico que obtuve ayuda completando esta aplicación/renovación por el Consejero (CEC) indicado. Esta ayuda del CEC fue dispuesta gratuitamente.

COVERED CALIFORNIA

Yo autorizo al Consejero de Matriculación Certificado (CEC, por sus siglas in Ingles) y a la Organización de Matriculación Certificada (CEE, por sus siglas en Ingles) identificada de compartir información sobre mi aplicación o renovación de elegibilidad de Covered California con los Hospitales Mercy y el Departamento de Salud Pública del Condado de Kern. Esta autorización se terminara en un año. Yo certifico que obtuve ayuda completando esta aplicación/renovación por el CEC indicado. Esta ayuda del CEC fue dispuesta gratuitamente.

Nombre (Letra de Molde): _____ Fecha de Nac.: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Certified Enrollment Counselor Information:

(Reimbursement is subject to budget appropriations. Reimbursement will not be issued unless this section is completely filled out at the time this form is submitted.)

CEC#: _____	CEE# _____	Site: _____
CEC's Signature: _____		Phone#: _____
Email Address: _____		Fax#: _____