



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/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
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.

Newborn Referral County Central Location Phone List

Department Name	County Number	FAX Number	Department Name	County Number	FAX number
1 Alameda Co Social Services Agency	510-259-3882	510 259-3880	30 Orange Co Social Services Agency		714-435-4625
2 Alpine Co Department of Social Services	530-694-2235	530-694-2252	31 Placer Co Health and Human Services	530-889-7617	530-889-6826
3 Amador Co Department of Social Services	209-223-6621	209-223-6208	32 Plumas Co Department of Social Services	530-283-6350	530-283-6368
4 Butte Co Department of Social Services	None	530-879-3468	33 Riverside Co DPSS/APD Section	909-358-3000	909-358-3990
5 Calaveras Co Work & Human Services Agency	209-754-6447	209-754-6543	34 Sacramento Co Dept of Human Asst/Newborn Referral	916-395-4551	916-875-3591
6 Colusa Co Department of Health & Human Services	530-458-0264	530-458-0492	35 San Benito Co Human Services Agency	831-637-5336	831-637-9754
7 Contra Costa Co Employment & Human Services	None	925-313-1758	36 San Bernardino Co DPSS	909-388-0280	909-383-9714
8 Del Norte Co Dept of Health and Social Services	707-464-3191	707-465-1783	37 San Diego Co DHHS /DSS	858-262-9881	858-514-6760
9 El Dorado Co Department of Social Services	530-642-7159	530-626-9060	38 San Francisco Co Department of Human Services	415-558-1994	415-558-1841
10 Fresno Co Human Services System	None	559-253-9250	39 San Joaquin Co Human Services Agency	209-468-1487	209-468-1985
11 Glenn Co Human Resources Agency	None	530-934-6521	40 San Luis Obispo Co Dept of Social Services	805-781-1600	805-781-1846
12 Humboldt Co Department of Social Services	707-441-2047	707-441-5600	41 San Mateo Co Human Services Agency	650-802-7570	650-595-7576
13 Imperial Co Department of Social Services	760-337-6800	760-370-0492	42 Santa Barbara Co Department of Social Services	805-681-4528	805-737-7098
14 Inyo Co Department of Social Services	760-872-1394	760-872-4950	43 Santa Clara Co Social Services Agency	1-800-753-0024	408-792-1890
15 Kern Co Department of Human Services	661-631-6046	661-631-6631	44 Santa Cruz Co Human Resources Agency	831-454-4316	831-763-8530
16 Kings Co Human Services Agency ext 2270	209-583-3241	559-584-2749	45 Shasta Co Department of Social Services	530-225-5750	530-225-5087
17 Lake Co Department of Social Services	707-995-4201	707-995-4204	46 Sierra Co Social Services	530-993-6720	530-993-6741
18 Lassen Co WORKS	530-251-8346	530-251-8370	47 Siskiyou Co Human Services	530-841-2752	530-841-2790
19 Los Angeles Co M/C Mail-In Application District	213-763-7637	213-763-8666	48 Solano Co Health & Social Services	707-553-5311	707-421-7237
20 Madera Co Department of Social Services	209-675-2403	559-675-7983	49 Sonoma Co Social Services Department	707-527-2715	707-565-5353
21 Marin Co Department of Health and Human Services	415-473-3400	415-473-3556	50 Stanislaus Co Department of Social Services	209-558-4822	209-558-2558
22 Mariposa Co Department of Human Services	209-966-3609	209-966-5943	51 Sutter Co Department of Human Services	530-822-7230	530-822-7212
23 Mendocino Co Department of Social Services	707-463-7760	707-463-5404	52 Tehema Co Department of Social Services	530-528-4081	530-527-5410
24 Merced Co Human Services Agency	209-385-3000	209-725-3583	53 Trinity Co Health and Human Services Dept	530-623-8236	530-623-1250
25 Modoc Co Department of Social Services	530-233-6501	530-233-6504	54 Tulare Co Department of Public Social Services	559-685-4825	559-685-2529
26 Mono Co Department of Social Services	760-932-7291	760-924-5431	55 Tuolumne Co Department of Social Services	209-533-5711	209-533-5714
27 Monterey Co Department of Social Services	805-755-4662	831-755-8408	56 Ventura Co Public Social Services Agency	805-652-7618	805-652-7845
28 Napa Co Health and Human Services	707-253-4697	707-253-4693	57 Yolo Co Department of Employment & Social Services	530-661-2750	530-661-2658
29 Nevada Co Adult and Family Services	530-265-7101	530-265-7062	58 Yuba Co Department of Social Services	530-749-6311	530-749-6281