HEALTHY FAMILIES | MEDI-CAL FOR FAMILIES

For Your Family's Health

ຂ່າວດີກ່ຽວກັບການປະກັນສຸຂະພາບ !

ດຽວນີ້ມີເດັກແລະຊາວໜຸ່ມຫລາຍຂຶ້ນທີ່ມີສິດເຂົ້າໂຄງການປະກັນພັຍສຸຂະພາບ
ດ້ານພະຍາບານ, ການຮັກສາແຂ້ວແລະການຮັກສາສາຍຕາ
ແບບບໍ່ເກັບຄ່າ ແລະແບບຈ່າຍຄ່າຕ່ຳ !

ຖ້າສົນໃຈ, ກະຣຸນາຂຽນປະກອບແບບຟອມນີ້
ແລ້ວສົ່ງຄືນໄປທີ່ໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານ
ຫລືໂທຫາ **1-888-747-1222** (ບໍ່ເກັບຄ່າ)
ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກທາງໂທລະສັບ.

ເດັກທີ່ມີສຸຂະພາບ
ຂອງແຮງມັກເປັນ
ນັກຮຽນດີ !

❑ ແມ່ນແລ້ວ, ກະຣຸນາສົ່ງລາຍລະອຽດແລະໃບສະມັກປະກັນສຸຂະພາບໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າເປັນພາສາ:

❑ English
❑ Español
❑ Հայերեն
❑ Việt Ngữ
❑ 한국어
❑ ລາວ
❑ Hmoob
❑ Русский язык
❑ فارسی
❑ 中文
❑ ខ្មែរ

( )
ເລກໂທຣະສັບພ້ອມທັງເລກເຂດຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ

ຊື່ເດັກ

ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ

ເລກເຮືອນ/ຕູ້ປ.ນ.

ເລກຊົນ

ຄົວນ້ຳ

ເມືອງ

ຊື່ໂຮງຮຽນ

ໃຫ້ສົ່ງແບບຟອມສະບັບນີ້ຄືນໄປໂຮງຮຽນຂອງລູກທ່ານ
ຫລືໂທຫາຕາມເລກໂທຟຣີ **1-888-747-1222** (ບໍ່ເກັບຄ່າ)
ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການສະໝັກທາງໂທລະສັບ.

ຄຳແນະນຳ: ການຮັກສາເຊື່ອງສ່ວນຕົວຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງໄວ້ເປັນຄວາມລັບ ກົດໝາຍໄດ້ບັງຄັບພວກເຮົາໃຫ້ບອກທ່ານว່າພວກເຮົາຈະເຮັດແນວໃດກັບ ລາຍລະອຽດສ່ວນຕົວຂໍ້ໃດທີ່ທ່ານຕັດສິນໃຈສົ່ງມາໃຫ້ພວກເຮົາໃນແບບ ຟອມສະບັບນີ້. Healthy Families ຫລື (Department of Health Services) ຈະສົ່ງລາຍລະອຽດໄປໃຫ້ທ່ານ, ຫລືຖ້າທ່ານ ຕ້ອງການໃຫ້ຄົນມາຕິດຕໍ່ທ່ານ, ຈະໃຊ້ຜູ້ແທນໄປຕິດຕໍ່ທ່ານກ່ຽວ ກັບປະກັນພັຍສຸຂະພາບສຳລັບລູກຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ລາຍລະອຽດນີ້. ລາຍລະອຽດດັ່ງກ່າວຈະບໍ່ໃຊ້ໃນທາງອື່ນເລີຍ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ ກ່ຽວກັບແບບຟອມສະບັບນີ້, ກະຣຸນາໂທຫາຕາມເລກໂທ 1-888-747-1222 (ບໍ່ເກັບຄ່າ).

SCHOOL STAFF
Please forward this form to your School Food Services Director or District Health Staff.

SCHOOL FOOD SERVICES DIRECTOR OR DISTRICT HEALTH STAFF

Please mail this form to:
Attn: HF/MCF Outreach Materials for Schools
P.O. Box 15409
Sacramento, CA 95851

www.healthyfamilies.ca.gov