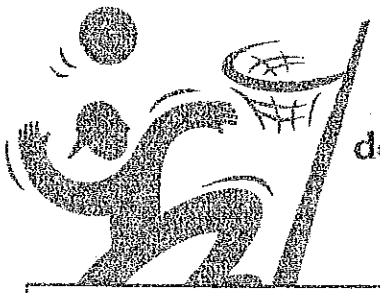
HEALTHY FAMILIES MEDI-CAL FOR

For Your Family's Health

¡BUENAS NOTICIAS ACERCA DE SU COBERTURA MÉDICA!

Ahora, más niños y adolescentes reúnen los requisitos para los programas de cobertura médica, dental y de la vista de bajo costo!



¿Quiere más información?
Si así es, llene este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo o llame al 1-888-747-1222 (gratis) si quiere solicitar por teléfono.

☐ Sí, por favor envíenme la información y una solicitud de cobertura médica en:

☐ English ☐ 繁體中文 ☐ Հայերեն ☐ ᠮᠣᠩᠭᠣᠯ ☐ Hmoob
☐ Español ☐ 한국어: ☐ Tiếng Việt ☐ فارسی ☐ Русский

CÓDIGO DE ÁREA y TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR: ( )

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR NOMBRE DEL NIÑO

DIRECCIÓN/P.O. BOX

CIUDAD CÓDIGO POSTAL CONDADO

NOMBRE DE LA ESCUELA

PADRES/TUTORES

Devuelvan este formulario a la escuela de su hijo o llamen 1-888-747-1222 (toll free) si necesitan información o quieren que alguien se comunique con ustedes.

Aviso de privacidad para los padres o tutores

La ley nos exige que le digamos qué haremos con toda la información personal que usted nos envíe en este formulario. Healthy Families o el Departamento de servicios de salud le enviará información o si quiere que se comuniquen con usted, uno de sus representantes lo llamará para hablar acerca de la cobertura médica. Esta información no se usará para ningún otro fin. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor llame a 1-888-747-1222 (gratis).

SCHOOL FOOD SERVICES DIRECTOR OR DISTRICT HEALTH STAFF
Please mail this form to:
HF/MCF Outreach Materials for Schools
P.O. Box 15409
Sacramento, California 95851

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