



For Your Family's Health

GOOD NEWS ABOUT HEALTH COVERAGE!

Now, more children and teens qualify for free or low-cost medical, dental and vision care coverage programs!



Interested in more information?
If so, please fill out this form and return it to your child's school or call 1-888-747-1222 (toll free) if you want to apply by phone.



Yes, please send me information and an application for health coverage in:

<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Việt Ngữ	<input type="checkbox"/> Hmoob	<input type="checkbox"/> 中文
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> 한국어	<input type="checkbox"/> Русский язык	<input type="checkbox"/> ភាសាខ្មែរ
<input type="checkbox"/> Հայերեն	<input type="checkbox"/> فارسی		

()
PARENT/GUARDIAN'S AREA CODE AND PHONE NUMBER

PARENT/GUARDIAN'S NAME

CHILD'S NAME

STREET ADDRESS/P.O. BOX

CITY

ZIP CODE

COUNTY

SCHOOL NAME

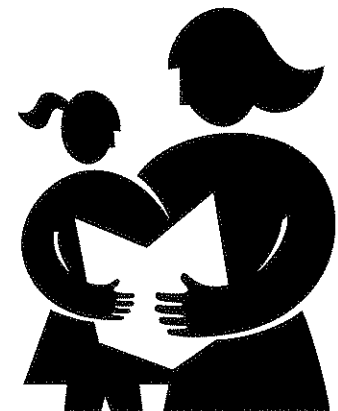
PARENTS/GUARDIANS
Return this form to your child's school or call 1-888-747-1222 (toll free) if you want to apply by phone.

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:
HF/MCF Outreach Materials for Schools
P.O. Box 15409
Sacramento, CA 95851

www.healthyfamilies.ca.gov



Parent/Guardian's Privacy Notice

The law requires us to tell you what we will do with any personal information you choose to send to us on this form. Healthy Families or the Department of Health Services will send you information, or if you want to be contacted, will have a representative use the information to contact you about health coverage. This information will not be used for any other purpose. If you have questions about this form, please call 1-888-747-1222 (toll-free).



For Your Family's Health

¡BUENAS NOTICIAS SOBRE COBERTURA DE SALUD!

¡Ahora, más niños y adolescentes pueden calificar para los programas gratis o de bajo costo, de atención médica, dental o de la vista!



Si le interesa obtener más información, llene este formulario y entrégelo a la escuela de su niño o llame al 1-888-747-1222 (gratis) o si quiere aplicar por teléfono.



Sí, por favor mándeme información y una solicitud para cobertura de salud en:

- English
- Español
- Հայերեն

- Việt Ngữ
- 한국어
- فارسی

- Hmoob
- Русский язык

- 中文
- ភាសាខ្មែរ

()
CÓDIGO DE ÁREA Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE DEL NIÑO

DIRECCIÓN/APARTADO POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

CONDADO

NOMBRE DE LA ESCUELA

PADRES/TUTORES

Regresen este formulario a la escuela de su niño o llame al 1-888-747-1222 (gratis) si desean recibir información o si quiere aplicar por teléfono.

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:
HF/MCF Outreach Materials for Schools
P.O. Box 15409
Sacramento, CA 95851

www.healthyfamilies.ca.gov



Notificación sobre privacidad para padres/tutores

La ley nos requiere decirles qué haremos con cualquier información personal que ustedes decidan enviarnos en este formulario. Healthy Families o el Departamento de Servicios de Salud les enviarán información, o si ustedes lo desean, un representante utilizará la información para comunicarse con ustedes en relación con la cobertura de salud. Esta información no se utilizará para ningún otro fin. Si tienen preguntas sobre este formulario, por favor llamen al 1-888-747-1222 (sin cargo).