



## HEALTH INSURANCE INTEREST/REFERRAL FORM

### Information for client interested or being referred:

Referral Date: \_\_\_\_\_

Referral submitted by **(Person & Agency)**:  
\_\_\_\_\_

Name of referred client: \_\_\_\_\_

Preferred Language: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City/Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

### I would like more information regarding the following program:

**(Please check all that applies)**

Covered California    Medicare    Private    Medi-Cal    Other

Additional Information:

**When complete:**

**By fax:** (213) 433-6111

**Email:** Cassandra Almanza at [kassandra@calchi.org](mailto:kassandra@calchi.org)

**(for information call 213-433-6111)**



## FORMULARIO DE INTERÉS/ REFERENCIA PARA SEGURO MÉDICO

### Información del cliente interesado/a o quien ha sido referido:

Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_

Referencia sometida por **(Persona y Agencia)**:  
\_\_\_\_\_

Nombre del cliente referido: \_\_\_\_\_

Idioma de su preferencia: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Me gustaría obtener más información sobre el siguiente programa:

**(Por favor marque todo lo que corresponda)**

Cubierto California  Medicare  Privado  Medi-Cal  Otro

Información Adicional:

**Cuando esté completo:**

Por Fax a: (213) 433-6111

Correo electrónico: Kassandra Almanza [kassandra@calchi.org](mailto:kassandra@calchi.org)

**(Para mayor información llame al: 213-433-6111)**