



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:

Fax to: 408-663-6882 or email to Connie Ruiz: connie@calchi.org

1550 The Alameda, Suite 305

San Jose, CA 95126

408-663-6882



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:

Enviar Fax al: 408-663-6882 o por correo electrónico a Connie Ruiz: Connie@calchi.org

1550 The Alameda, Suite 305

San Jose, CA 95126

408-663-6882