



## 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 circle all that applies)**

Covered California    Medicare    Private    Medi-Cal    Other

Additional Information:

**When complete:**

**Fax to: 707-226-9923 or email to: [connie@calchi.org](mailto:connie@calchi.org)**

**1261 Travis Blvd, Suite 310**

**Fairfield, CA 94533**

**(707)395-5550**



## 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 Organización)**:  
\_\_\_\_\_

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:**

**Mandar por fax al: 707-226-9923 o por correo electrónico: [connie@calchi.org](mailto:connie@calchi.org)**

**1261 Travis Blvd., Suite 310**

**Fairfield, CA 94533**

**(707) 395-5550**