



# COMPTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## Pupil Services Department

### Health Insurance Survey (2022-2023)

\_\_\_\_\_  
Student's Full Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
M/F

\_\_\_\_\_  
Race or Ethnicity

The State of California has mandated that school districts gather the insurance status of their students and families (AB 2706). This survey will be used for that purpose and to provide information and assistance to families who request it.

- Does the **student** listed above have medical insurance?  Yes  No  
 Coverage is through:  
 Covered CA Plan Name: \_\_\_\_\_ Renewal (Month/Year): \_\_\_\_\_  
 Medi-Cal Plan Name: \_\_\_\_\_ Re-Certification (Month/Year): \_\_\_\_\_  
 Employer Please circle one: HMO or PPO Renewal (Month/Year): \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_
- Does the **student** listed above have dental insurance?  Yes  No
- Is everyone in your **family** covered with some form of medical insurance?  Yes  No  
 If not, would you like assistance to obtain health insurance for them?  Yes  No
- Would you like to know about other government insurance programs?  Yes  No

**Consent Statement:** I give the Compton Unified School District and Community Health Agencies consent to contact me with additional information regarding health coverage.  Yes  No

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Name (Sign)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City

\_\_\_\_\_  
State

\_\_\_\_\_  
Zip Code

\_\_\_\_\_  
Home Telephone #

\_\_\_\_\_  
Cell Phone #

\_\_\_\_\_  
Best Time to Call

#### FOR OFFICE USE ONLY

School Site:

Entered in AERIES

Informational Flyers Given for Agency: <input type="checkbox"/> All <input type="checkbox"/> General _____ * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> On-Site <input type="checkbox"/> Mailed: / /	Referred to: _____ * <input type="checkbox"/> Date: / / <input type="checkbox"/> On-Site <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Other	Coverage Status: _____ * <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> Applied: / Received: _____ Renewal: /
---	--	--



# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COMPTON

## Departamento de Servicios Estudiantiles Encuesta de Seguro de Salud (2022-2023)

Nombre completa del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Masc./Femin. \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

El estado de California exige que los distritos escolares se reúnen el estado seguros de sus estudiantes y sus familias (AB 2706). Esta encuesta utilizaremos para eso y para proporcionar información y asistencia a las familias que lo soliciten.

1. ¿Tiene **el estudiante** mencionado seguro médico?  Sí  No

Está cubierto por:

- Covered CA      Nombre del plan: \_\_\_\_\_      Renovación (mes/año): \_\_\_\_\_
- Medi-Cal      Nombre del plan: \_\_\_\_\_      Renovación (mes/año): \_\_\_\_\_
- Empleador      Encírcula uno: HMO o PPO      Renovación (mes/año): \_\_\_\_\_
- Otro programa      \_\_\_\_\_      Fecha efectivo: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene **el estudiante** mencionado seguro dental?  Sí  No

3. ¿Es que toda **la familia** cubierto con algún tipo de seguro médico?  Sí  No  
    ¿Si no, desea asistencia para obtener seguro de salud para ellos?  Sí  No

4. ¿Te gustaría saber de otros programas gubernamentales de seguros?  Sí  No

**Declaración de consentimiento:** Doy mi consentimiento al Distrito Escolar Unificado de Compton y Agencias de Salud Comunitarias para ponerse en contacto conmigo para darme más información.  Sí  No

Nombre del padre, la madre o del Tutor legal (Letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del padre, la madre o del Tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

# de teléfono (casa) \_\_\_\_\_

# de teléfono (cellular) \_\_\_\_\_

Horario adecuado para llamar \_\_\_\_\_

### Sólo Para Uso de la Oficina

School Site: \_\_\_\_\_

\*  Entered in AERIES

Informational Flyers Given for Agency: <input type="checkbox"/> All <input type="checkbox"/> General _____ * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> On-Site <input type="checkbox"/> Mailed: / /	Referred to: _____ * <input type="checkbox"/> Date: / / <input type="checkbox"/> On-Site <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Other	Coverage Status: _____ * <input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/> Applied: / Received: _____ Renewal: /
---	--	--