

Gold Coast Health Plan Wants to Give Your 3- to 6-Year-Old Child a **\$15.00 gift card!**

¡Gold Coast Health Plan quiere dar a su hijo de
3 a 6 años una tarjeta regalo de **\$15.00!**



Gold Coast Health Plan (GCHP) values your health. A once-a-year well-child check-up can help your child stay healthy. GCHP records show that your 3- to 6-year-old child has not had a visit with their doctor.

GCHP wants to give your child a **\$15.00 gift card** for getting a well-child check-up by December 31, 2019. A gift card can be used to purchase items such as clothes, toys or food at Target or Walmart.

To Request Your Child's Gift Card:

- 1 **Schedule and take your 3- to 6-year-old child for a well-child check-up with their doctor by December 31, 2019.**
- 2 Bring the attached form with you.
- 3 **Ask your doctor's office to sign the form.**
- 4 Mail back the signed form in the enclosed self-addressed stamped envelope.
- 5 GCHP will review and verify the information on the form. If you qualify, GCHP will send your child the gift card.¹

**ALL CHECK-UPS MUST BE COMPLETED BETWEEN
JANUARY 1, 2019 AND DECEMBER 31, 2019.**

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan
1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

Gold Coast Health Plan (GCHP) valora su salud. Un chequeo rutinario una vez al año puede ayudar a su hijo a conservar la salud. Los registros de GCHP muestran que su hijo de 3 a 6 años no ha tenido ninguna visita a su doctor.

GCHP quiere dar a su hijo una **tarjeta regalo de \$15.00** por asistir a un chequeo rutinario antes del 31 de diciembre de 2019. La tarjeta de regalo se puede utilizar para comprar artículos como ropa, juguetes o comida en Target o Walmart.

Para solicitar la tarjeta regalo de su hijo:

- 1 **Programe y lleve a sus hijos de 3 a 6 años a un chequeo rutinario con su doctor antes del 31 de diciembre de 2019.**
- 2 Lleve con usted el formulario adjunto.
- 3 **Pida en la consulta de su doctor que le firmen el formulario.**
- 4 Devuelva por correo el formulario firmado en el sobre franqueado con la dirección ya escrita que le adjuntamos.
- 5 GCHP revisará y comprobará la información en el formulario. Si usted cumple los requisitos, GCHP le enviará a su hijo la tarjeta regalo.²

**TODOS LOS CHEQUEOS DEBEN COMPLETARSE ENTRE EL
1 DE ENERO DE 2019 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.**

Si tiene algunas preguntas, llame a Gold Coast Health Plan
1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347

¹ To qualify you must be a full scope Medi-Cal member. You may not have had more than a one month break in enrollment during the year. It may take up to 4-6 weeks after we receive the completed form or proof of the exam for you to receive your child's gift card. Qualified children can receive only one gift card per year.

www.goldcoasthealthplan.org

² Para reunir los requisitos, usted debe ser miembro con cobertura completa de Medi-Cal, sin que haya habido más de una interrupción de un mes en su suscripción durante el año. Puede tomar de 4-6 semanas desde que recibamos el formulario completado o el comprobante del examen para que usted reciba la tarjeta regalo de su hijo. Los niños que califican pueden recibir solo una tarjeta de regalo por año.

WELL-CHILD FORM MUST BE COMPLETED AND RETURNED TO GCHP BY DECEMBER 31, 2019 AND SIGNED BY THE PROVIDER

- ④ Complete and mail this form back in the enclosed envelope to:
Attn: Correspondence
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Call Member Services at 1-888-301-1228/
TTY 1-888-310-7347 if you have any questions.

EL FORMULARIO PARA EXAMEN MEDICO DE RUTINA PARA NIÑOS DEBE HABERSE COMPLETADO Y REGRESADO A GCHP PARA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019 Y SER FIRMADO POR EL MÉDICO

- ④ Complete y devuelva este formulario por correo a:
Attn: Correspondence
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-301-1228/
TTY 1-888-310-7347 si tiene algunas preguntas.

Member Information | Información del Miembro

All check-ups must be completed between January 1, 2019 and December 31, 2019.
Todos los chequeos deben completarse entre el 1 de Enero de 2019 y el 31 Diciembre de 2019.

Print Member Name | Imprimir Nombre del Miembro: _____

Medi-Cal/GCHP ID No. | No. de ID de Medi-Cal/GCHP: _____

Street Address | Domicilio: _____ Apartment No. | No. de Apartamento: _____

City | Ciudad: _____ State | Estado: _____ Zip | Código Postal: _____

Phone No. | No. de Teléfono: _____ Date of Birth | Fecha de Nacimiento: _____

PREFERRED GIFT CARD [circle one] TARJETA DE REGALO PREFERRIDA [circule uno]: Target Wal-Mart

Office Use Only | Uso Solamente de Oficina

Well-Child Exam | Examen Médico De Rutina Para Niños

Goal: One time per year | Meta: Una vez al año

Print Provider Name | Imprimir Nombre del Proveedor: _____

Clinic Address | Dirección de la Clínica: _____

Provider Phone No. | No. de Teléfono del Proveedor: _____

Date of Well-Child Exam | Fecha del Examen Médico De Rutina del Niño: _____

Provider Signature or Office Stamp | Firma del Proveedor o Sello de la Oficina: _____

Date | Fecha: _____



Gold Coast
Health PlanSM
A Public Entity

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan 1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347
Si tiene preguntas, llame a Gold Coast Health Plan 1-888-301-1228/TTY 1-888-310-7347

www.goldcoasthealthplan.org

Statement of Nondiscrimination and Language Assistance | Declaración de No Discriminación y Asistencia Lingüística

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-301-7347)。