



COMPTON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Pupil Services Department

Health Insurance Survey (2024-2025)

Student's Full Name

Date of Birth

M/F

Race or Ethnicity (Optional)

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.

1. Does the **student** listed above have medical insurance? ☐ Yes ☐ No

Coverage is through:

- ☐ Covered CA Renewal (Month and Year): _____ Plan Name: _____
☐ Medi-Cal Re-Certification (Month and Year): _____ Plan Name: _____
☐ Employer Please circle one: HMO or PPO Renewal (Month and Year): _____
☐ Other _____ Effective Date: _____

2. 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

3. 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: ☐ All ☐ General _____* ☐ On-Site ☐ Mailed: / /	Referred to: _____* Date: / / ☐ On-Site ☐ Email ☐ Other	Coverage Status: _____* * ☐ Applied: / Received: _____ Renewal: /
---	--	--

PSD Revised: 11/2023
AWA/dmp



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE COMPTON

Departamento de Servicios Estudiantiles

Encuesta de Seguro de Salud (2024-2025)

Nombre completa del estudiante

Fecha de Nacimiento

Masc./Femin.

Nacionalidad (Opcional)

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 Renovación (mes y año): _____ Nombre del plan: _____
☐ Medi-Cal Renovación (mes y año): _____ Nombre del plan: _____
☐ Empleador Encírcula uno: HMO o PPO Renovación (mes y año): _____
☐ Otro programa _____ Fecha efectivo: _____

2. ¿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

3. ¿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 (celular)

Horario adecuado para llamar

Sólo Para Uso de la Oficina

School Site:

* ☐ Entered in AERIES

Informational Flyers Given for Agency: ☐ All ☐ General _____* ☐ ☐ On-Site ☐ Mailed: / /	Referred to: _____* ☐ Date: / / ☐ On-Site ☐ Email ☐ Other	Coverage Status: _____* ☐ * ☐ Applied: / Received: _____ Renewal: /
--	---	---

PSD Revised: 11/2023
AWA/dmp/mz