



CHIPRA Teen Leader Project Contact Log



Instructions:

Teen Leaders will work with adult family members and trusted friends to share information about California's health insurance program, who is eligible, and how their families can enroll into quality health insurance. Adult family members will initial inside the boxes after each activity is completed. Teen Leader must sign where indicated.

Student Print Name: _____ **Student Signature:** _____ **Date:** _____

Trusted Adult Relationship to Teen Leader (Check One):	Activities Completed:	Adult Initial
Relative <input type="checkbox"/>	Student asked me "Are you aware of the Medi-Cal changes?"	_____
Friend <input type="checkbox"/>	Student talked about the importance of health insurance	_____
Neighbor <input type="checkbox"/>	Student shared CHAMP flyers and information card	_____
Other: _____	If you have any questions, please write them here:	_____

Request for information (Optional, Filled by Trusted Adult)

I want to be contacted by LAUSD CHAMP to receive more information about health insurance coverage and enrollment assistance. I understand this form is not a health insurance application and all of my information will remain confidential.

Print Name: _____

Phone: _____

Email: _____



CHIPRA Teen Leader Project Contact Log



Instructions:

Teen Leaders will work with adult family members and trusted friends to share information about California's health insurance program, who is eligible, and how their families can enroll into quality health insurance. Adult family members will initial inside the boxes after each activity is completed. Teen Leader must sign where indicated.

Student Print Name: _____ **Student Signature:** _____ **Date:** _____

Trusted Adult Relationship to Teen Leader: (Check One)	Activities Completed:	Adult Initial
Relative <input type="checkbox"/>	Student asked me "Are you aware of the Medi-Cal changes?"	_____
Friend <input type="checkbox"/>	Student talked about the importance of health insurance	_____
Neighbor <input type="checkbox"/>	Student shared CHAMP flyers and information card	_____
Other: _____	If you have any questions, please write them here:	_____

Request for information (Optional, Filled by Trusted Adult)

I want to be contacted by LAUSD CHAMP to receive more information about health insurance coverage and enrollment assistance. I understand this form is not a health insurance application and all of my information will remain confidential.

Print Name: _____

Phone: _____

Email: _____



CHIPRA Teen Leader Project Diario del Proyecto de Lideres Adolescentes



Instrucciones:

Los Lideres Adolescentes trabajaran con miembros de la familia y amistades de confianza que sean adultos para compartir información acerca del programa de cobertura de salud del estado de California, quien es elegible, y como sus familias se pueden inscribir en un programa de cobertura de salud de calidad. Miembros de la familia que sean adultos escribirán sus iniciales dentro de cada cuadro en cuanto terminen cada actividad, y el Líder Adolescente firmara donde se le indica.

Nombre del estudiante:	Firma	Fecha
-------------------------------	--------------	--------------

Relación del Adulto al Líder Adolescente (Marque Una):	Actividades Completadas:	Iniciales del Adulto
Familiar <input type="checkbox"/>	Estudiante me pregunto: Esta usted enterado del Medi-Cal?	
Amistad <input type="checkbox"/>	Estudiante me habló del seguro de salud	
Vecino <input type="checkbox"/>	Estudiante distribuyo información sobre el programa CHAMP	
Otra:	Escribe tus preguntas aquí:	

Tarjeta de Consentimiento (Opcional, llenado por un adulto confiado)
 ¡Sí! Autorizo a LAUSD a comunicarse conmigo para que me proporcionen asistencia en llenar la solicitud de seguro GRATUITO o a bajo costo para mi hijo/a y/o familia. Entiendo que este formulario no es una solicitud de seguro médico y que toda la información permanecerá en forma confidencial.

Nombre: _____

Numero de teléfono : _____ **Correo electrónico:** _____



CHIPRA Teen Leader Project Diario del Proyecto de Lideres Adolescentes



Instrucciones:

Los Lideres Adolescentes trabajaran con miembros de la familia y amistades de confianza que sean adultos para compartir información acerca del programa de cobertura de salud del estado de California, quien es elegible, y como sus familias se pueden inscribir en un programa de cobertura de salud de calidad. Miembros de la familia que sean adultos escribirán sus iniciales dentro de cada cuadro en cuanto terminen cada actividad, y el Líder Adolescente firmara donde se le indica.

Nombre del estudiante:	Firma	Fecha
-------------------------------	--------------	--------------

Relación del Adulto al Líder Adolescente (Marque Una):	Actividades Completadas:	Iniciales del Adulto
Familiar <input type="checkbox"/>	Estudiante me pregunto: Esta usted enterado del Medi-Cal?	
Amistad <input type="checkbox"/>	Estudiante me habló del seguro de salud	
Vecino <input type="checkbox"/>	Estudiante distribuyo información sobre el programa CHAMP	
Otra:	Escribe tus preguntas aquí:	

Tarjeta de Consentimiento (Opcional, llenado por un adulto confiado)
 ¡Sí! Autorizo a LAUSD a comunicarse conmigo para que me proporcionen asistencia en llenar la solicitud de seguro GRATUITO o a bajo costo para mi hijo/a y/o familia. Entiendo que este formulario no es una solicitud de seguro médico y que toda la información permanecerá en forma confidencial.

Nombre: _____

Numero de teléfono : _____ **Correo electrónico:** _____