

Get a Free Gift Card!



¡Reciba una Tarjeta de Regalo Gratis!



Lead can hurt your child. Lead can harm a child's brain. It is vital to screen your child for lead with a blood test at least once before they turn 2 years old.

To get your \$25 gift card, you must meet these requirements:

- 1 Be a Gold Coast Health Plan (GCHP) member with full-scope Medi-Cal benefits between 0 and 2 years of age.
- 2 Get a blood lead test on or before the member's second birthday. Complete this test between **January 1, 2024**, and **December 31, 2024**.
- 3 Fill out this form and have your doctor or their staff sign or stamp it during your office visit.
- 4 Send the form to GCHP by **January 31, 2025**.

Limit one card per member per year. It may take up to 6-8 weeks after GCHP receives your completed form for you to get your gift card in the mail.

If you have any questions, call GCHP at **1-888-301-1228**, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. (except holidays). If you use a TTY, call **711**.



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

www.goldcoasthealthplan.org

El plomo puede hacer daño a su hijo. El plomo puede dañar el cerebro de los niños. Es importante hacer una evaluación de plomo a su hijo con una prueba de sangre al menos una vez antes de que cumpla los 2 años.

Para recibir su tarjeta de regalo de \$25, usted debe cumplir estos requisitos:

- 1 Ser miembro de Gold Coast Health Plan (GCHP) con beneficios de Medi-Cal de alcance completo, entre 0 y 2 años de edad.
- 2 Hacerse una prueba de plomo en sangre el día que el miembro cumple 2 años, o antes. Complete esta prueba entre el **1 de enero de 2024** y el **31 de diciembre de 2024**.
- 3 Completar este formulario y hacer que su médico o su personal lo firmen o sellen durante su visita médica.
- 4 Enviar el formulario a GCHP antes del **31 de enero de 2025**.

Límite de una sola tarjeta por miembro por año. Puede tomar hasta 6 a 8 semanas después de que GCHP reciba su formulario completo para que reciba su tarjeta de regalo por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a GCHP al **1-888-301-1228**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (excepto días festivos). Si usa un TTY, llame al **711**.

Complete your visit by December 31, 2024, and return the form to GCHP by January 31, 2025.

Haga su visita antes del 31 de diciembre de 2024, y devuelva el formulario a GCHP antes del 31 de enero de 2025.

Mail: Address envelope to:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Correo Postal: Dirija el sobre a:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Fax: Ask your doctor or their staff to fax this form on your behalf to 1-805-248-7616.

Fax: Pida a su proveedor de atención médica o su personal que envíen este formulario por fax en su nombre al 1-805-248-7616.

Email: QualityImprovement@goldchp.org

Correo electrónico: QualityImprovement@goldchp.org

Member Information | Información del Miembro

Member Name | Nombre del Miembro: _____

Medi-Cal / GCHP ID Number | Número de ID de Medi-Cal / GCHP: _____

Street Address | Dirección: _____

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

Phone Number | Número de Teléfono: _____ **Date of Birth | Fecha de Nacimiento:** _____



Please fill out | Por favor complete

Date of Blood Lead Test | Fecha de la prueba de Plomo en Sangre: _____

Clinic or Doctor's Name | Nombre del Médico o Clínica: _____

PREFERRED GIFT CARD [circle one] TARJETA DE REGALO PREFERIDA [marcar una con un círculo]:



For information about language assistance and GCHP's nondiscrimination notice, visit: www.goldcoasthealthplan.org/for-members/nondiscrimination-notice/.

Para información sobre asistencia de idiomas y el aviso de no discriminación de GCHP, visite: es.goldcoasthealthplan.org/for-members/nondiscrimination-notice/.



Gold Coast Health Plan
A Public Entity

www.goldcoasthealthplan.org