

# XÁC NHẬN THÊM VỀ CÁC DỮ KIẾN CHO BẢO HIỂM MEDI-CAL CỦA ĐƯƠNG ĐƠN

**County Use Only**

**County Number/Aid Code/Case Number**

## PHẦN I—THÔNG TIN CÁ NHÂN

1a. Tên của Đương Đơn (Tên Họ, Tên Gọi, Tên Đệm Viết Tắt)	1b. Số An Sinh Xã Hội — —	1c. Ngày Tháng Năm Sinh / /
1d. (Các) Tên khác được sử dụng (Tên Họ, Tên Gọi, Tên Đệm Viết Tắt)	1e. Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	1f. Chiều Cao Feet Inches
1g. Cân Nặng Pound		
2a. Địa Chỉ Nhà	Thành Phố	Tiểu Bang
		Số ZIP Code
2b. Địa chỉ bưu tín (nếu khác)	Thành Phố	Tiểu Bang
		Số ZIP Code

3. Số điện thoại liên lạc ban ngày ( )	Đánh dấu nếu: <input type="checkbox"/> Không Có Số Điện Thoại <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Nhắn Tin ( )	Thời gian thích hợp nhất để gọi
4a. Quý vị có nói tiếng Anh không?  <input type="checkbox"/> Có Nếu CÓ, xin tới Phần II <input type="checkbox"/> Không Nếu KHÔNG, quý vị nói bằng (những) ngôn ngữ nào:	4b. Quý vị có thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thời gian thích hợp nhất để gọi
	Nếu CÓ, tên của thông dịch viên:  Số điện thoại của thông dịch viên: ( )	

## PHẦN II—THÔNG TIN Y TẾ

**County Use Only**

5. Quý vị có xin phúc lợi Trợ Cấp An Sinh Xã Hội hoặc Tàn Tật Lợi Tức An Sinh Phụ Trợ (SSI) trong hai (2) năm vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  Nếu CÓ, xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây:	
a. Đơn xin Trợ Cấp An Sinh Xã Hội hoặc Trợ Cấp Tàn Tật SSI của quý vị: <input type="checkbox"/> Có Được Chấp Thuận Không? <input type="checkbox"/> Có Bị Từ Chối Không? <input type="checkbox"/> Đang Chờ Giải Quyết? <input type="checkbox"/> Đang Khiếu Nại? <input type="checkbox"/> Không Biết?	
b. Nếu trả lời là đã được chấp thuận hoặc bị từ chối, xin cho biết ngày có quyết định gần đây nhất về đơn xin phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc trợ cấp tàn tật SSI của quý vị:	
c. (Các) vấn đề sức khỏe của quý vị có nghiêm trọng hơn kể từ ngày ghi trong câu 5b ở trên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  Nếu CÓ, vấn đề sức khỏe đó là gì?	
d. Quý vị có bất kỳ vấn đề sức khỏe MỚI nào kể từ ngày ghi trong câu 5b ở trên hay không, là những căn bệnh mà quý vị KHÔNG có khi quyết định về phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc trợ cấp tàn tật SSI của quý vị được đưa ra? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  Nếu có, đó là những căn bệnh nào?	
6. Ghi tất cả các vấn đề sức khỏe (thể chất hoặc tâm thần) khiến quý vị không thể làm việc hoặc đáp ứng các nhu cầu cá nhân của mình. (Xin đính kèm thêm các tờ giấy khác, nếu cần).	

**(CÁC) VẤN ĐỀ SỨC KHỎE**

**VẤN ĐỀ ĐÓNG BẮT ĐẦU TỪ KHI NÀO  
(Tháng/Năm)**

7. Quý vị có chữa bệnh hoặc thương tích tại một y viện hay bệnh viện trong 12 tháng vừa qua không?  Có  Không

**County Use Only**

Nếu CÓ, xin vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi sau đây:

MC 220  
Signed

Tên của y viện/bệnh viện

Số hội viên hoặc bệnh nhân/y viện

Số điện thoại của y viện/bệnh viện  
( )

Tên của các bác sĩ đã tới khám

ĐỊA CHỈ của y viện/bệnh viện (số nhà, đường phố, số phòng)

Thành Phố

Tiểu Bang

Số ZIP Code

Ngày tới khám lần đầu tiên

Ngày tới khám lần cuối cùng

Ngày hẹn kế tiếp

Lý do tới khám

Quý vị có ở lại bệnh viện qua đêm không?

Có  Không

Nếu CÓ, (các) ngày nhập viện:

(các) ngày xuất viện:

Quý vị có được khám chữa bệnh tại phòng cấp cứu không?

Có  Không

Nếu CÓ, (các) ngày khám:

Ghi **TẤT CẢ** các loại thuốc nhận được:

Ghi **TẤT CẢ** các biện pháp điều trị nhận được và ngày nhận các biện pháp điều trị đó:

8. Ghi các bệnh viện hoặc y viện khác mà quý vị đã tới khám chữa bệnh trong 12 tháng vừa qua.

MC 220  
Signed

Tên của y viện/bệnh viện

Số hội viên hoặc bệnh nhân/y viện

Số điện thoại của y viện/bệnh viện  
( )

Tên của các bác sĩ đã tới khám

ĐỊA CHỈ của y viện/bệnh viện (số nhà, đường phố, số phòng)

Thành Phố

Tiểu Bang

Số ZIP Code

Ngày tới khám lần đầu tiên

Ngày tới khám lần cuối cùng

Ngày hẹn kế tiếp

Lý do tới khám

Quý vị có ở lại bệnh viện qua đêm không?

Có  Không

Nếu CÓ, (các) ngày nhập viện:

(các) ngày xuất viện:

Quý vị có được khám chữa bệnh tại phòng cấp cứu không?

Có  Không

Nếu CÓ, (các) ngày khám:

Ghi **TẤT CẢ** các loại thuốc nhận được:

Ghi **TẤT CẢ** các biện pháp điều trị nhận được và ngày nhận các biện pháp điều trị đó:

**Nếu quý vị đã tới khám chữa bệnh tại các y viện hoặc bệnh viện khác trong 12 tháng vừa qua, xin điền trang 8.**

9. Quý vị có tới khám chữa bệnh với bất kỳ bác sĩ nào bên ngoài (các) y viện hoặc bệnh viện mà quý vị đã ghi trong 12 tháng vừa qua không?  Có  Không

Nếu KHÔNG, tới số 10. Nếu CÓ, xin vui lòng trả lời đầy đủ câu hỏi sau đây, nếu quý vị đã tới khám chữa bệnh với hơn một bác sĩ, xin điền trang 8 cho tất cả các thông tin bổ sung:

Tên của (các) bác sĩ

Số hội viên hoặc bệnh nhân/y viện

Số điện thoại của bác sĩ

( )

ĐỊA CHỈ của y viện/bệnh viện (số nhà, đường phố, số phòng)

Thành Phố

Tiểu Bang

Số ZIP Code

Ngày tới khám lần đầu tiên

Ngày tới khám lần cuối cùng

Ngày hẹn kế tiếp

Lý do tới khám

Ghi **TẤT CẢ** các loại thuốc nhận được:

Ghi **TẤT CẢ** các biện pháp điều trị nhận được và ngày nhận các biện pháp điều trị đó:

10. Xin vui lòng ghi ở dưới nếu quý vị đã làm bất kỳ xét nghiệm nào sau đây trong 12 tháng vừa qua. Đừng quên đánh dấu có hoặc không bên cạnh mỗi dạng xét nghiệm. **(NEU ĐỊA CHỈ BÁC SĨ, Y VIỆN HOẶC BỆNH VIỆN ĐÃ ĐƯỢC CUNG CẤP, XIN VUI LÒNG CHỈ GHI TÊN VÀ NGÀY).**

KHÁM/XÉT NGHIỆM ĐÃ THỰC HIỆN	CÓ	KHÔNG	TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA PHÒNG MẠCH, Y VIỆN HOẶC BỆNH VIỆN NƠI TIẾN HÀNH KHÁM/XÉT NGHIỆM	NGÀY (THÁNG/NĂM)
<b>Điện Tâm Đồ (EKG)</b>			Tên	
			Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
			Thành Phố      Tiểu Bang      Số ZIP Code	
<b>Chạy Trên Máy Chạy Bộ (khám tim khi tập thể dục)</b>			Tên	
			Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
			Thành Phố      Tiểu Bang      Số ZIP Code	
<b>Chụp Quang Tuyến X Vùng Ngực</b>			Tên	
			Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
			Thành Phố      Tiểu Bang      Số ZIP Code	
<b>Khám Hô Hấp (PFT)</b>			Tên	
			Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
			Thành Phố      Tiểu Bang      Số ZIP Code	
<b>Các Xét Nghiệm Máu</b>			Tên	
			Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
			Thành Phố      Tiểu Bang      Số ZIP Code	
<b>Khám/xét nghiệm khác (Ghi rõ)</b>			Tên	
			Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
			Thành Phố      Tiểu Bang      Số ZIP Code	

**County Use Only**

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

11. Quý vị có bất kỳ buổi khám/xét nghiệm hoặc điều trị y khoa nào khác trong 12 tháng vừa qua không?  Có  Không

**County Use Only**

Nếu **KHÔNG**, xin tới số 12.  
Nếu **CÓ**, xin điền trang 8.

12. Có bất kỳ ai khác (bạn bè, người thân, nhân viên xã hội, cố vấn viên phục hồi, luật sư, chuyên gia vật lý trị liệu, v.v...) mà chúng tôi có thể liên lạc để hỏi về căn bệnh hoặc thương tích của quý vị và việc căn bệnh hoặc thương tích đó hạn chế các sinh hoạt hàng ngày của quý vị như thế nào hoặc khiến quý vị không thể làm việc được không?  Có  Không

Nếu **CÓ**, xin vui lòng ghi dưới đây:

Tên

Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)

Số điện thoại  
( )

Mối liên hệ với quý vị

Tên

Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)

Số điện thoại  
( )

Mối liên hệ với quý vị

Tên

Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)

Số điện thoại  
( )

Mối liên hệ với quý vị

13. Quý vị có thể được đề nghị tới khám thêm để giúp đánh giá (các) vấn đề sức khỏe của quý vị. (Các buổi khám/xét nghiệm này được cung cấp miễn phí cho quý vị).

Quý vị có muốn đi khám thêm nếu cần không?  Có  Không

### PHẦN III—THÔNG TIN VỀ GIAO TIẾP VÀ HỌC VẤN

14. Hãy mô tả các sinh hoạt hàng ngày của quý vị và cho chúng tôi biết căn bệnh của quý vị cản trở các sinh hoạt của quý vị như thế nào.

15. Trình bày về trình độ học vấn của quý vị.

a. Đánh dấu vào trình độ học vấn cao nhất của quý vị:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 hoặc

GED (giống như học hết lớp 12)  12+

b. Kết thúc khi nào? Tháng/Năm

c. Quý vị có học các lớp giáo dục đặc biệt không?  Có  Không

16. Quý vị có làm bất kỳ dạng công việc nào trong hơn 30 ngày trong 15 năm vừa qua không? (Bao gồm cả công việc làm ở quốc gia khác).

Có  Không

Nếu **KHÔNG**, bỏ qua Phần IV, tới Phần V, trang 7 để ký tên.

Nếu **CÓ**, trả lời Phần IV, trang 5, bắt đầu từ số 17.



**PHẦN IV—QUÁ TRÌNH LÀM VIỆC II**

*County Use Only*

17. b. Chức Vụ	Dạng Công Việc		
Khoảng Thời Gian Làm Việc (Tháng/Năm)	Số Giờ Một Tuần	Mức Lương	Theo giờ/tuần/tháng
Từ:	Tới:		

**MÔ TẢ VỀ CÔNG VIỆC** (Đây là những gì mà tôi đã làm và cách thức làm việc)

---



---

Đây là các công cụ, máy móc và phương tiện máy móc mà tôi sử dụng:

---



---

Khoảng thời gian mà tôi dành để học việc là: \_\_\_\_\_ ngày hoặc \_\_\_\_\_ tháng.

Tôi viết, diễn báo cáo hoặc thực hiện các công việc tương tự:  Có  Không

Tôi có trách nhiệm giám sát:  Có  Không

**HOẠT ĐỘNG THỂ CHẤT**

(Khoanh Tròn Một)

Tôi đi lại chừng này giờ trong một ngày làm việc bình thường:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Tôi đứng chừng này giờ trong một ngày làm việc bình thường:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Tôi ngồi chừng này giờ trong một ngày làm việc bình thường:	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Tôi leo trèo ở mức độ này trong một ngày làm việc bình thường:  Không bao giờ  Đôi khi  Thường xuyên  Liên tục

Tôi cúi người ở mức độ này trong một ngày làm việc bình thường:  Không bao giờ  Đôi khi  Thường xuyên  Liên tục

Trọng lượng nặng nhất mà tôi đã từng nâng:  10 lbs  20 lbs  50 lbs  Hơn 100 lbs

Tôi thường nâng/mang xách trong lượng tới:  10 lbs  20 lbs  50 lbs  Hơn 100 lbs

Trong số (các) vấn đề sức khỏe hiện tại, quý vị có gặp vấn đề nào khi thực hiện công việc này không?  Có  Không

Nếu KHÔNG và quý vị KHÔNG có công việc nào khác, xin tới Phần V, trang 7 để ký tên.

Nếu KHÔNG, nhưng quý vị đã có việc làm khác, hãy đề nghị nhân viên quận của quý vị cung cấp thêm trang.

Nếu CÓ, xin vui lòng điền thông tin sau đây.

Tên của (các) vấn đề sức khỏe:

Hãng sở của quý vị có các thu xếp đặc biệt (ví dụ như nghỉ giải lao nhiều hơn, phương tiện máy móc đặc biệt, thay đổi các nhiệm vụ công việc, v.v...) để quý vị có thể tiếp tục làm việc không?  Có  Không

Nếu CÓ, hãy trình bày về các thu xếp đặc biệt đã được thực hiện:

Quý vị có ngừng làm việc do (các) vấn đề về sức khỏe không?  Có  Không

Nếu CÓ, khi nào? Tháng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ Năm \_\_\_\_\_

Quý vị có làm bất kỳ công việc nào khác trong hơn 30 ngày trong vòng 15 năm qua không?  Có  Không

Nếu KHÔNG, tới PHẦN V, trang 7 để ký tên. Nếu CÓ, hãy đề nghị nhân viên quận của quý vị cung cấp thêm trang để điền.

## PHẦN V—CHỮ KÝ VÀ CHỨNG NHẬN

Theo hình phạt về tội khai man của luật pháp của Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ và Tiểu Bang California, tôi xác nhận rằng thông tin trong bản Xác Nhận Thêm về Dữ Liệu này là đúng và chính xác.

Chữ Ký của Đương Đơn  ▶	Ngày
Chữ Ký của Người Làm Chứng (Nếu đương đơn ký tên bằng cách điểm chỉ)  ▶	Ngày
Chữ ký của người giúp đương đơn điền mẫu đơn này  ▶	Ngày

Quý vị sẽ cần phải ký một bản cho phép tiết lộ thông tin cho mỗi y viện, bệnh viện và cơ sở khám/xét nghiệm mà quý vị đã liệt kê và cho mỗi bác sĩ mà quý vị đã tới khám chữa bệnh ở bên ngoài y viện hoặc bệnh viện. Nhân viên quận của quý vị sẽ cung cấp thêm cho quý vị các mẫu điền mà quý vị cần ký tên.

**(Các)câu trả lời tiếp tục cho (các)câu hỏi số 8 ở trang 2, số 9 ở trang 3 và số 10 ở trang 3. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, xin vui lòng đề nghị nhân viên quận của quý vị cung cấp thêm trang giấy để điền.**

**County Use Only**

Ghi các bệnh viện hoặc y viện khác mà quý vị đã tới khám chữa bệnh trong 12 tháng vừa qua.

MC 220  
Signed

Tên của y viện/bệnh viện			
Số hội viên hoặc bệnh nhân/y viện		Số điện thoại của y viện/bệnh viện ( )	
Tên của các bác sĩ đã tới khám			
ĐỊA CHỈ của y viện/bệnh viện (số nhà, đường phố, số phòng)		Thành Phố	Tiểu Bang Số ZIP Code
Ngày tới khám lần đầu tiên	Ngày tới khám lần cuối cùng	Ngày hẹn kế tiếp	
Lý do tới khám			
Quý vị có ở lại bệnh viện qua đêm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu CÓ, (các) ngày nhập viện:		(các) ngày xuất viện:	
Quý vị có được khám chữa bệnh tại phòng cấp cứu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu CÓ, (các) ngày khám:			
Ghi <b>TẤT CẢ</b> các loại thuốc nhận được:			
Ghi <b>TẤT CẢ</b> các biện pháp điều trị nhận được và ngày nhận các biện pháp điều trị đó:			

Ghi bất kỳ bác sĩ nào khác mà quý vị đã tới khám chữa bệnh ở bên ngoài (các) y viện hoặc bệnh viện mà quý vị đã ghi:

MC 220  
Signed

Tên của (các) bác sĩ			
Số hội viên hoặc bệnh nhân/y viện		Số điện thoại của bác sĩ ( )	
Tên của các bác sĩ đã tới khám			
ĐỊA CHỈ của y viện/bệnh viện (số nhà, đường phố, số phòng)		Thành Phố	Tiểu Bang Số ZIP Code
Ngày tới khám lần đầu tiên	Ngày tới khám lần cuối cùng	Ngày hẹn kế tiếp	
Lý do tới khám			
Ghi <b>TẤT CẢ</b> các loại thuốc nhận được:			
Ghi <b>TẤT CẢ</b> các biện pháp điều trị nhận được và ngày nhận các biện pháp điều trị đó:			

Ghi bất kỳ khám/xét nghiệm nào khác mà quý vị đã thực hiện trong 12 tháng vừa qua:

MC 220  
Signed

KHÁM/XÉT NGHIỆM ĐÃ THỰC HIỆN	TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA PHÒNG MẠCH, Y VIỆN HOẶC BỆNH VIỆN NƠI TIẾN HÀNH (CÁC) KHÁM/XÉT NGHIỆM.	NGÀY (THÁNG/NĂM)
	Tên	
	Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
	Thành Phố Tiểu Bang Số ZIP Code	
	Tên	
	Địa chỉ (số nhà, đường phố, số phòng)	
	Thành Phố Tiểu Bang Số ZIP Code	

MC 220  
Signed