

**MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION (طلب حصول على معلومات)**

تاريخ الإعلان:  
رقم الحالة:  
اسم العامل:  
رقم هوية العامل:  
رقم الفاكس الخاص بالموظف:  
رقم هاتف العامل:  
ساعات العمل:  
إشعار لـ:

**تنبيه: اقرأ هذه الصفحة أولاً**

نحن بحاجة إلى معلومات إضافية لإكمال مراجعتنا فيما يتعلق بأهليتك لبرنامج Medi-Cal. ولقد بحثنا في سجلاتنا وجميع المعلومات الأخرى المتاحة لنا قبل أن نطلب منك توفير معلومات إضافية. ولم نحصل على المعلومات الضرورية اللازمة بعد البحث. فنحن مازلنا بحاجة إلى المعلومات في الأماكن التي يوجد بها مربع تم وضع علامة عليه في الصفحات التالية.

**يجب أن نتلقى هذه المعلومات بتاريخ أو قد تخسر الإعانات المقدمة من Medi-Cal!**

- استخدم هذه الاستمارة لتساعدك على جمع الأوراق أو المعلومات اللازمة.
- يمكنك الاحتفاظ بهذه الاستمارة.
- يمكنك تقديم معلومات لنا عبر البريد أو عن طريق الفاكس أو الهاتف أو بنفسك أو عبر الإنترنت. يرجى الاتصال بالشخص المختص في مقاطعتك لمعرفة كيفية تقديم المعلومات الخاصة بك عبر الإنترنت.
- يوجد ظرف مرفق يحمل عنوانك مدفوع مسبقاً لتضع فيه الأوراق أو المعلومات المطلوبة وترسلها.
- يرجى كتابة رقم الحالة المدرج أعلى الصفحة على أية أوراق ترسلها لنا.
- يرجى الاتصال بنا في حال كان لديك أي استفسارات أو كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو كنت لا تستطيع تقديم المعلومات المطلوبة على رقم الهاتف المدرج أعلى هذه الصفحة.

**هام! يرجى قراءة جميع صفحات هذه الاستمارة**

**ساعدنا على التواصل معك!**

يرجى الاتصال بموظف الأهلية إذا كنت ترغب بتغيير العنوان أو رقم الهاتف.  
(توجد معلومات الاتصال بالموظف في أول هذه الصفحة)

## MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION (طلب الحصول على معلومات)

ملاحظة: نحن بحاجة فقط إلى المعلومات التي يوجد بجانبها مربع تم وضع علامة عليه.

### الدخل

- تساعدنا المعلومات المتعلقة بالدخل على تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لتلقي رعاية مجانية أو منخفضة التكلفة من Medi-Cal أو مساعدة من Covered California، برنامج تبادل إعانات الرعاية الصحية المقدمة من الولاية.
- نسخة من أحدث كعب أو بيان للراتب من صاحب العمل عن عملك (يبيّن مرتبك قبل خصم الضرائب ووتيرة تقاضي راتبك عادة وعدد ساعات عملك) لكل عمل من أعمالك (إذا كنت تشغل أكثر من وظيفة) :-
- إذا لم يكن لديك كعب راتب ولا تستطيع الحصول على بيان من صاحب/أصحاب العمل، يمكنك القيام بأحد الإجراءات التالية:
- يمكنك إرسال نسخة من أحدث إقرار ضريبي إلى:
  - اتصل بموظف الأهلية لإتمام بيان مشفوع باليمين موقع تحت عقوبة الحنث باليمين ومؤرخ من جانبك فيما يتعلق بالمبلغ الذي تتقاضاه قبل خصم الضرائب ووتيرة تقاضي ذلك الراتب عادة وعدد ساعات العمل.
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، يتعين عليك إرسال نسخة من Schedule C لأحدث إقرار ضريبي أو بيان للأرباح والخسائر عن الأشهر الثلاثة الأخيرة :-
- دليل على عدم العمل أو الحصول على إعانات إعاقة نسخة من كعوب الإعانات المدفوعة أو خطاب يوضح ما كسبته قبل الخصومات :-
- دليل الحصول على إعانات المحاربين القدامى (المساعدة والرعاية أو العجز أو التقاعد) - نسخة من كعوب الإعانات المدفوعة أو خطاب ترسية :-
- دليل تلقي إعانات الضمان الاجتماعي - نسخة من كعوب الإعانات المدفوعة أو خطاب ترسية :-
- دليل على تلقي دخل المعاشات أو التقاعد نسخة من كعوب الشيكات أو الإعانات :-
- معلومات عن وضع الإقرار الضريبي و/أو وضع الإقرار الضريبي لأفراد العائلة الآخرين :-
- أكمل الإستمارة المرفقة بعنوان Request for Tax Household Information (RFTHI) (طلب للحصول على معلومات بخصوص ضرائب العائلة) :-
- أخرى:

### الخصومات

- نسخة من الشيكات أو الإيصالات الخاصة برعاية الطفل أو دعم الطفل أو النفقة أو التأمين الصحي المدفوع :-
- أخرى:

## معلومات عن الشخص/الأشخاص الذين يطالبون بإعانة Medi-Cal

نسخة من رخصة قيادة California أو ID مصحوب بصورة لـ:

رقم الضمان الاجتماعي لـ:

نسخة من بطاقة أو وثائق الهجرة (يرجى إرسال نسخة من وجهي البطاقات أو الوثائق) لـ:

في حال كنت مهاجرًا وليس لديك رقم تأمين اجتماعي أو وثائق هجرة لتقدمها لنا، فربما تكون مؤهلاً لتلقي الخدمات المتعلقة بالحمل والطوارئ. يرجى الاتصال بموظف الأهلية في منطقتك لتبلغنا بأي تغييرات في وضعك من حيث الهجرة/المواطنة أو إن لم يكن لديك رقم تأمين اجتماعي أو وثائق هجرة حتى تتمكن من إنهاء مراجعتنا.

### شباب دور الرعاية سابقاً

نسخة من أي وثيقة لـ:

توضح أنك كنت في دار رعاية حتى بلغت من العمر 18 سنة. نحن نطالبك بهذه المعلومات لأننا لم نتمكن من الحصول على ما يثبت أنك كنت في دار للرعاية عندما كنت تبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر.

المعلومات التي تحققنا منها توضح:

### الإقامة

إثبات عنوانك الحالي (إيصال الإيجار، فاتورة المرافق العامة، إلخ).

### الممتلكات العقارية أو الشخصية

نسخة من جميع شهادات تسجيل أو ملكيات المركبات (إذا كان لديك أكثر من مركبة) لـ:

نسخة من أحدث كشف حساب بنكي (التدقيقات وحسابات التوفير، إلخ) لـ:

نسخة من بوليصة التأمين على الحياة والأسهم والسندات وكشف خاص بحساب التقاعد لـ:

المستندات الخاصة بأي ملكيات أخرى داخل أو خارج الولايات المتحدة United States (منازل أخرى غير المنزل الذي تعيش فيه، أرض، إلخ) لـ:

ما يثبت أنك قد قمت ببيع أو تداول أو نقل الملكية أو غلق حساب لـ:

### الإعاقة/العجز

خطاب ترسية الضمان الاجتماعي الخاص بالأعاقة لـ:

إثبات آخر أنك تعاني من إعاقة جسدية أو عقلية أو نفسية ستستمر لمدة 12 شهراً أو أكثر لـ:

إذا كنت تعتقد أنك أو أحد أفراد عائلتك يتلقى خدمات من برنامج Medi-Cal يعاني من إعاقة، فيرجى الاتصال بموظف الأهلية في منطقتك.

معلومات أخرى ضرورية: