

درخواست اطلاعات (REQUEST FOR INFORMATION) از سوی MEDI-CAL

تاریخ اطلاعیه:
شماره پرونده:
نام مددکار:
شماره شناسایی مددکار:
شماره فکس مددکار:
شماره تلفن مددکار:
ساعات اداری:
اطلاعیه برای:

توجه: لطفاً اول این صفحه را بخوانید

برای تکمیل بررسی صلاحیت برخورداری شما از Medi-Cal به اطلاعات بیشتری از سوی شما نیاز داریم. قبل از درخواست اطلاعات مکمل، به تمامی مدارک و سایر اطلاعاتی که در دسترس داشتیم نگاه کردیم. جستجوی ما تمامی اطلاعات مورد نیاز ما را ارائه نداد. ما کماکان نیاز به اطلاعاتی داریم که در صفحات ذیل، مربع در کنار آنها تیک زده شده است.

ما باید این اطلاعات را تا تاریخ در یافت نماییم، در غیر اینصورت شما ممکن است مزایای Medi-Cal خود را از دست بدهید!

- از این فرم برای کمک به گردآوری مدارک یا اطلاعات مورد نیاز استفاده کنید.
- ملزم نیستید که این فرم را به ما بازگردانید.
- می توانید از طریق پست، فکس، تلفن، به صورت حضوری، یا آنلاین، اطلاعات مورد نیاز را به ما ارسال نمایید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه ارسال اطلاعات تان به صورت آنلاین، با کانتی خود تماس بگیرید.
- یک پاکت تمبردار با آدرس درج شده برای ارسال مدارک یا اطلاعات مورد درخواست برای شما ضمیمه شده است.
- لطفاً شماره پرونده که در بالای صفحه درج شده است را روی تمامی مدارکی که به ما ارسال می کنید بنویسید.
- اگر سؤالی دارید، به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، یا نمی توانید اطلاعات مورد درخواست را فراهم کنید، لطفاً با ما از طریق شماره تلفنی که در بالای صفحه درج شده است تماس بگیرید.

مهم! لطفاً تمامی صفحات این فرم را بخوانید

به ما کمک کنید تا بتوانیم با شما در تماس باشیم!

اگر آدرس یا شماره تلفن شما تغییر کرد، لطفاً با مددکار مسئول تعیین صلاحیت تان تماس بگیرید.
(اطلاعات تماس مددکار در بالای این صفحه درج شده است)

درخواست اطلاعات (REQUEST FOR INFORMATION) از سوی MEDI-CAL

یادداشت: ما فقط به اطلاعاتی نیاز داریم که مربع در کنار آن تیک زده شده باشد.

درآمد

اطلاعات شما به ما کمک خواهد کرد تا تصمیم بگیریم که آیا برای Medi-Cal کم هزینه یا رایگان، یا کمک از طرف Covered California، که بیمه تبادل مزایای بهداشتی ایالت است، صلاحیت دارید.

یک کپی از آخرین فیش حقوق یا بیانیه کارفرمای شما در مورد کارتان، (مبلغی که قبل از پرداخت مالیات دریافت می کنید، چند وقت یکبار به شما پرداخت می شود، تعداد ساعات کاری شما در هر یک از مشاغل) (در صورتیکه بیش از یک شغل داشته باشید) برای:

اگر فیش حقوق دریافت نمی کنید و نمی توانید از طرف کارفرما(ها)ی خود بیانیه ای دریافت کنید، می توانید یکی از موارد ذیل را انجام دهید:

• آخرین کپی اظهارنامه مالیاتی خود را به ما ارسال کنید برای:

• برای تکمیل یک بیانیه تحت سوگند و مشمول مجازات در مقابل شهادت دروغ، که توسط شما تاریخ زده شده است، در مورد مبلغی که قبل از پرداخت مالیات دریافت می کنید، چند وقت یکبار به شما پرداخت می شود، و ساعات کاری تان، با مددکاران تماس بگیرید.

اگر شغل آزاد دارید، یک کپی از Schedule C از آخرین اظهارنامه مالیاتی، یا یک بیانیه سود و زیان برای سه ماه گذشته برای:

مدارک اثبات کننده مزایای بیکاری یا از کار افتادگی – یک کپی از فیش مزایای پرداخت شده یا نامه ای که در آن مبلغی که قبل از کسورات دریافت می کنید درج شده باشد برای:

مدارک اثبات کننده سرباز سابق (کمک و مراقبت، از کار افتادگی یا بازنشستگی) - یک کپی از فیش مزایای پرداخت شده یا نامه اعطاء برای:

مدارک اثبات مزایای دریافت شده از طرف سوشیال سکوریتی یا بیمه اجتماعی – یک نسخه از فیش مزایای پرداخت شده یا اعطاء شده برای:

مدارک اثبات بازنشستگی یا حقوق بازنشستگی دریافت شده – یک کپی از مزایا یا ته چک برای:

اطلاعات در مورد وضعیت پر کردن اظهارنامه مالیاتی شما و/یا وضعیت نحوه ضبط اظهارنامه مالیاتی سایر اعضای خانواده برای:

فرم ضمیمه شده به نام "درخواست برای اطلاعات مالیاتی خانواده (Request for Tax Household Information) (RFTHI)" را تکمیل کنید برای:

غیره:

کسورات

یک کپی از چک ها یا رسیدهای مربوط به مراقبت از کودک، حمایت از کودک، نفقه، یا بیمه بهداشتی پرداخت شده برای:

غیره:

اطلاعات در مورد فرد (افرادی) که تقاضای Medi-Cal می کنند

یک کپی از گواهینامه رانندگی California یا کارت ID عکس دار شما برای:

شماره سوشیال سکوریتی یا بیمه اجتماعی برای:

یک کپی از مدارک مهاجرتی یا کارت (از دو طرف کارت ها یا مدارک کپی بگیرید) برای:

اگر شما مهاجر هستید و شماره سوشیال سکوریتی یا بیمه اجتماعی ندارید که به ما ارائه دهید، کماکان می توانید برای برخورداری از خدمات اورژانسی و مربوط به بارداری صلاحیت داشته باشید. لطفاً برای اعلام هر گونه تغییر در وضعیت مهاجرت/تابعیت خود و یا اگر شماره سوشیال سکوریتی یا مدارک مهاجرتی ندارید با مددکاران تماس بگیرید، تا ما بتوانیم بررسی خود را به اتمام برسانیم.

جوان رضاعی سابق

یک کپی از هر گونه مدرک برای:

مراقبت رضاعی قرار داشتید. ما این اطلاعات را درخواست می کنیم زیرا نتوانستیم مدارک اثبات کننده ای دال بر اینکه شما در 18 همین سال تولدتان یا بیشتر، در مراقبت رضاعی قرار داشتید را دریافت نماییم.

اطلاعات مورد بررسی ما نشان می دهد:

محل سکونت

تأیید آدرس کنونی (رسید اجاره، صورتحساب آب و برق، و غیره)

املاک شخصی یا واقعی

یک کپی از مدارک ثبت یا مالکیت های اتومبیل (در صورتیکه بیش از یک اتومبیل داشته باشید) برای:

یک کپی از آخرین صورتحساب بانکی (حساب جاری، حساب سپرده، و غیره) برای:

یک کپی از بیمه نامه، سهام، اوراق قرضه، صورتحساب حساب بازنشستگی برای:

مدارک مربوط به هر گونه ملک دیگر در آمریکا یا خارج از آمریکا (United States) (خانه ها، به غیر از آنکه در آن زندگی می کنید، زمین، و غیره) برای:

مدارک تأیید کننده برای نشان دادن اینکه ملکی را فروخته، تبادل یا اهداء کرده اید یا حسابی را بسته اید برای:

از کار افتادگی / معلولیت

نامه ارسال شده از طرف اداره سوشیال سکوریتی برای قبول از کار افتادگی برای:

سایر مدارک اثبات کننده دال بر اینکه شما دارای از کار افتادگی جسمی، روانی، یا روحی هستید که 12 ماه یا بیشتر طول خواهد کشید برای:

اگر معتقدید که شما یا هر یک از اعضاء خانواده تان که Medi-Cal دریافت می کند از کار افتاده است، لطفاً با مددکاران تماس بگیرید.

سایر اطلاعات مورد نیاز ما: