

## ЗАПРОС ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ (REQUEST FOR INFORMATION) ДЛЯ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL

Дата уведомления:  
Номер дела:  
Имя сотрудника:  
ID-номер сотрудника:  
Номер факса сотрудника:  
Телефон сотрудника:  
Часы работы:  
Уведомление для:

### **ВНИМАНИЕ! СНАЧАЛА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ СТРАНИЦЕЙ**

Нам необходимо получить от Вас дополнительную информацию, чтобы завершить проверку Вашего права на участие в программе Medi-Cal. Прежде чем обращаться к Вам за информацией, мы просмотрели наши документы и все остальные имеющиеся у нас сведения. В результате этого исследования мы не получили всей необходимой информации. На следующих страницах отмечена информация, которая нам по-прежнему необходима.

**Мы должны получить данную информацию до  
Ваши льготы по программе Medi-Cal!**

**или Вы можете потерять**

- Используйте данную форму для того, чтобы собрать необходимую документацию или информацию.
- Не нужно возвращать данную форму нам.
- Для предоставления нам информации Вы можете использовать почту, факс, телефон, Интернет или прийти лично. Узнать, как подавать информацию через Интернет, можно в окружном отделе.
- Мы предоставляем Вам предварительно оплаченный конверт с указанным обратным адресом для пересылки нам запрашиваемой документации или информации.
- Просим Вас указывать номер дела, указанный вверху данной страницы, на всех направляемых нам документах.
- Если у Вас есть вопросы, Вам требуется дополнительная информация или Вы не можете предоставить запрашиваемую информацию, позвоните нам по номеру телефона, указанному вверху данной страницы.

### **ВАЖНО! ОЗНАКОМЬТЕСЬ СО ВСЕМИ СТРАНИЦАМИ ДАННОЙ ФОРМЫ**

**Помогите нам оставаться на связи!**

**Позвоните Вашему сотруднику по определению правомочия в случае изменения Вашего адреса или номера телефона.**

**(Контактная информация сотрудника приведена вверху данной страницы)**

## ЗАПРОС ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ (REQUEST FOR INFORMATION) ДЛЯ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL

**ПРИМЕЧАНИЕ. НАМ ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО ИНФОРМАЦИЯ, НАПРОТИВ КОТОРОЙ СТОИТ ПОМЕТКА.**

### Доходы

Информация о Ваших доходах поможет нам принять решение о наличии у Вас права на бесплатное или льготное страхование по программе Medi-Cal или на помощь по программе Covered California, которая является биржей медицинских льгот штата.

- Копия последней квитанции о начислении заработной платы или справки от Вашего работодателя (с указанием размера Вашей заработной платы до вычета налогов, периодичности оплаты, количества рабочих часов) для каждого из Ваших рабочих мест (если их несколько) для:

Если Вы не получаете квитанции о начислении заработной платы или не можете взять справку у Вашего работодателя (работодателей), Вы можете воспользоваться одним из следующих вариантов:

- Предоставить нам копию Вашей последней налоговой декларации для:
- Обратиться к сотруднику, чтобы под присягой заполнить заявление с указанием размера Вашей заработной платы до вычета налогов, периодичности оплаты и количества рабочих часов и поставить в нем подпись и дату под страхом наказания за предоставление заведомо ложных сведений.

- В случае самостоятельной занятости — копию Schedule C последней налоговой декларации **либо** отчета о прибыли и убытках за последние три месяца для:
- Подтверждение получения пособия по безработице или инвалидности — копии квитанций о начислении пособий или письмо с указанием Вашего заработка до вычетов для:
- Подтверждение получения пособия для ветеранов (пособия по уходу на дому, инвалидности или старости) — копии квитанций о начислении пособий или писем о назначении пособий для:
- Подтверждение получения пособия по социальному обеспечению — копии квитанций о начислении пособий или писем о назначении пособий для:
- Подтверждение получения пособия по старости или пенсии — копии квитанций или корешков чеков о начислении пособий для:
- Сведения о Вашем статусе налогоплательщика и (или) статусе налогоплательщика других членов семьи для:
- Заполните прилагаемую форму под названием «Запрос информации о доходах домохозяйства» (Request for Tax Household Information) (RFTHI) для:

Другое:

### Вычеты

- Копии чеков или квитанций на уплату пособий по уходу за ребенком, детских пособий, алиментов или медицинского страхования для:
- Другое:

## Информация о лицах, подающих запрос на участие в программе Medi-Cal

- Копия Вашего водительского удостоверения штата California или ID с фотографией для:
- Номер карты социального обеспечения для:
- Копии иммиграционных документов или карты (необходимо скопировать карты или документы с обеих сторон) для:

Если Вы являетесь иммигрантом и не имеете номера карты социального обеспечения или иммиграционных документов, которые Вы могли бы нам предоставить, возможно, Вы все равно имеете право на получение экстренных услуг или услуг, связанных с ведением беременности. Позвоните Вашему сотруднику, чтобы сообщить нам о любых изменениях в Вашем иммиграционном статусе/гражданстве или об отсутствии у Вас номера карты социального обеспечения или иммиграционных документов, чтобы мы могли завершить проверку.

## Бывший приемный ребенок

- Копии любых документов для: \_\_\_\_\_, показывающих, что Вы находились на патронажном воспитании на момент наступления Вашего 18-го дня рождения. Мы запрашиваем данную информацию, поскольку не смогли получить подтверждение того, что Вы находились на патронажном воспитании в возрасте 18 лет или старше.

Согласно имеющейся у нас информации:

## Место проживания

- Подтверждение Вашего текущего адреса (квитанция о начислении арендной платы, счет за коммунальные услуги и т. д.)

## Личное имущество или недвижимость

- Копии всех свидетельств о регистрации автотранспортных средств или паспортов транспортных средств (при наличии более одного транспортного средства) для:
- Копия последней выписки из банковского счета (чекового, сберегательного и т. д.) для:
- Копии полиса страхования жизни, выписки из счета ценных бумаг, облигаций, пенсионного счета для:
- Документы на любое другое имущество на территории США (United States) или за ее пределами (дома, кроме места проживания, земельные участки и т. д.) для:
- Подтверждение продажи, обмена или передачи имущества или закрытия счета для:

## Инвалидность/нетрудоспособность

- Письмо о назначении социального пособия по инвалидности для:
- Другое подтверждение наличия у Вас инвалидности в силу физического, психического или эмоционального нарушения, которая сохранится в течение 12 месяцев или более, для:

Если Вы считаете, что Вы или любой член Вашей семьи, получающий льготы по программе Medi-Cal, является инвалидом, обратитесь к Вашему сотруднику.

- Другая необходимая нам информация: