

## تقرير الحالة ببرنامج MEDI-CAL

**تنبيه:** يُحتم عليك قانون الولاية إكمال تقرير حالة في منتصف السنة

يتعين إرجاع هذه الاستمارة بحلول \_\_\_\_\_ للاستمرار في برنامج MEDI-CAL.  
يرجى الطباعة واستخدام الحبر.

تاريخ الإخطار:	_____
رقم الحالة:	_____
اسم العامل:	_____
رقم العامل:	_____
رقم هاتف العامل:	_____
ساعات العمل:	_____

لا تقم بملء هذه الاستمارة إذا كان الأشخاص الوحيدون بأسرتك الذين يتلقون إعانات برنامج Medi-Cal يبلغون من العمر 65 عاماً فما أكثر، أو من المكفوفين أو من الأطفال دون سن 21 عاماً أو ممن يتلقون إعانات برنامج CalWORKs أو امرأة أُخبرت بلافعل موظف Medi-Cal عن حملها أو شخصاً أخطر ذلك الموظف بإعاقة.

لمواصلته الاشتراك في برنامج Medi-Cal، يتحتم عليك ملء هذه الاستمارة إذا أنت والدا يتلقى إعانات Medi-Cal. أخبرنا عن التغييرات التي تعرضت لها خلال الـ 6 أشهر الماضية. إذا أنت بحاجة للمساعدة في ملء هذه الاستمارة، اتصل بالموظف الخاص بك. تم توضيح اسم الموظف ورقم هاتفه أعلاه.

القسم 1: إذا لم يكن هناك أي تغييرات خلال الـ 6 أشهر الأخيرة تريد إخطارنا بها:

- راجع العناصر المداورة في القسم 2 (انتقل إلى الجانب الخلفي).
- إذا لم يكن هناك تغييرات تريد الإبلاغ عنها، فحدد هذا المربع  لا توجد تغييرات
- لا تقم بملء القسم 2.
- انتقل إلى القسم 3 على الجانب الخلفي. يتعين توقيع هذه الاستمارة وتاريخها.
- أرجع الاستمارة المستوفاة إلى المقاطعة بحلول التاريخ الموضح أعلى هذه الصفحة.
- استخدم الطرف المرفق الموضح عليه العنوان مسبقاً. لا يلزم استخدام طوابع.

إذا آذت هناك تغييرات خلال الـ 6 أشهر الأخيرة تريد إخطارنا بها:

- انتقل إلى الجانب الخلفي. قم بملء القسم 2.
- انتقل إلى القسم 3. يتعين توقيع هذه الاستمارة وتاريخها.
- أرجع الاستمارة المستوفاة إلى المقاطعة بحلول التاريخ الموضح أعلى هذه الصفحة.
- لا تُرسل أية مستندات.
- استخدم الطرف المرفق الموضح عليه العنوان مسبقاً. لا يلزم استخدام طوابع.

تذآر: يتعين التوقيع على ظهر هذه الاستمارة

◀ انتقل إلى الجانب الخلفي

## لا تُرسل أية مستندات مع هذه الاستمارة

## القسم 2: حدد "نعم" لجميع التغييرات خلال الـ 6 أشهر الأخيرة وقم بالتوضيح

 نعم

## تغييرات في الدخل

هل حصلت أنت أو أحد أفراد أسرتك بلامنزل على مال أكثر أو أقل من وظيفة أو إعانة طفل أو نفقة أو ضمان اجتماعي أو إعانات قدامى المحاربين أو إعانات البطالة أو الإعاقة أو التقاعد أو الهدايا أو الفوائد أو الأرباح؟  
الرجاء التوضيح:

 نعم

## التغييرات في النفقات المدفوعة

هل قمت أنت أو أحد أفراد أسرتك بتغيير المبلغ المدفوع لرعاية طفل أو شخص بلاغ أو تأمين صحي أو دعم طفل بموجب قرار من المحكمة أو نفقة أو نفقات تعليمية؟ الرجاء التوضيح:

 نعم

## التغييرات في الوضع المعيشي

هل انتقل أي شخص إلى منزلك أو خارجه أو انتقل مع شخص آخر أو تزوج أو أنجب؟ الرجاء التوضيح:

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل يريدون الاشتراك في برنامج Medi-Cal؟ [ ] نعم [ ] لا

 نعم

## تغييرات أخرى

هل تغير مقدار ملكية شخص ما بمنزلك (على سبيل المثال المال في الحسابات البنكية أو المركبات أو العقارات أو غيرها) أ حلاة الهجرة الخاصة به أو إعانات تأمين صحي أخرى؟ الرجاء التوضيح:

 نعم

## المعاق

هل أصبح أي شخص في منزلك يعاني من إعاقة عقلية أو بدنية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

 نعم

## الذاهل

هل أصبحت أي امرأة بمنزلك حاملاً؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟  
ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟  
ما عدد الأطفال المتوقعين؟

## القسم 3: التوقيع والتوثيق

أنفهم أنه بتعيين على إخطار المقاطعة بجميع التغييرات في الدخل والممتلكات و/أو التغييرات الأخرى. أقر تحت عقوبة الحنث بلايمين بأن جميع المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة ودقيقة.

التوقيع: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_ ( ) التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_ ( ) التاريخ: \_\_\_\_\_

(إذا وقع الشخص بعلامة)

توقيع الشخص \_\_\_\_\_ العلاقة بلامستفيد \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
نائب عن المستفيد: