

أفراد العائلة الإضافيون الذين يطالبون بإعانة Medi-Cal

County Use Only Case name: Case # Worker # Date:	علاقة مُقدم الطلب/الوكيل بالطفل (الأطفال)		① اسم مُقدم الطلب/الوكيل (الاسم الأول والأوسط والأخير)	
Linkage	هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تاريخ الولادة المتوقع: _____ عدد الأطفال _____		الجنس	الاسم على شهادة الميلاد
SSN	هل تم طلب إعانة Medi-Cal <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فالرجاء ذكر رقم بطاقة تحديد الإعانات لو كانت لديك.		تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
PREG	هل أنت مواطن أمريكي أو حامل للجنسية الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بلا، فاذكر تاريخ الوصول إلى الولايات المتحدة.		السنة	الاسم على شهادة الميلاد
ID	الحالة الاجتماعية (حدد إجابة واحدة): <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل		الشهر	رقم الضمان الاجتماعي
Other	هل يعاني هذا الشخص من إعاقة بدنية أو عقلية أو عاطفية أو تطويرية؟ <input type="checkbox"/> نعم. تاريخ بدء الإعاقة: _____ <input type="checkbox"/> لا			

Linkage	العلاقة بمقدم الطلب/الوكيل		② اسم الزوج/الوالد الآخر (الاسم الأول والأوسط والأخير)	
SSN	هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تاريخ الولادة المتوقع: _____ عدد الأطفال _____		الجنس	الاسم على شهادة الميلاد
PREG	هل تم طلب إعانة Medi-Cal <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فالرجاء ذكر رقم بطاقة تحديد الإعانات لو كانت لديك.		تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
ID	هل أنت مواطن أمريكي أو حامل للجنسية الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بلا، فاذكر تاريخ الوصول إلى الولايات المتحدة.		السنة	الاسم على شهادة الميلاد
Other	الحالة الاجتماعية (حدد إجابة واحدة): <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> منفصل		الشهر	رقم الضمان الاجتماعي
	هل يعاني هذا الشخص من إعاقة بدنية أو عقلية أو عاطفية أو تطويرية؟ <input type="checkbox"/> نعم. تاريخ بدء الإعاقة: _____ <input type="checkbox"/> لا			

Linkage	العلاقة بمقدم الطلب/الوكيل		③ اسم الطفل: (الاسم الأول والأوسط والأخير) أو "لم يولد بعد"	
SSN	هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تاريخ الولادة المتوقع: _____ عدد الأطفال _____		الجنس	الاسم على شهادة الميلاد
PREG	هل تم طلب إعانة Medi-Cal <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فالرجاء ذكر رقم بطاقة تحديد الإعانات لو كانت لديك.		تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي
ID	هل أنت مواطن أمريكي أو حامل للجنسية الأمريكية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بلا، فاذكر تاريخ الوصول إلى الولايات المتحدة.		السنة	الاسم على شهادة الميلاد
Medical Support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CW 2.1 Q <input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home, 18-21 tax dependent	هل الطفل ملتحق بالمدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		الاسم	الاسم على شهادة الميلاد
	هل أي من الأبوين: <input type="checkbox"/> متوفى <input type="checkbox"/> غائب <input type="checkbox"/> عاجز <input type="checkbox"/> عاطل		هل يعاني هذا الطفل من إعاقة بدنية أو عقلية أو عاطفية أو تطويرية؟ <input type="checkbox"/> نعم. تاريخ بدء الإعاقة: _____ <input type="checkbox"/> لا	

<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____	4 هل يوجد أي شخص خاضع حالياً للتأمين الصحي/تأمين الأسنان أو Medicare نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كان الأمر كذلك، فمن هو؟
<input type="checkbox"/> DHCS 6268	5 هل رفع أي شخص دعوى قضائية بسبب حادث أو إصابة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage Month 1 Month 2 Month 3	6 هل تريد أنت أو أي من أفراد العائلة Medi-Cal لتغطية النفقات الطبية في الأشهر الثلاثة الأخيرة وترغب في التقدم إلى Medi-Cal؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> اذكر الاسم (الأسماء): _____ شهر (شهور) التغطية: _____
<input type="checkbox"/> CW 5	7 هل التحقت أنت أو أي من أفراد العائلة مطلقاً بالخدمة في الجيش الأمريكي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟ الاسم (الأسماء): _____ العلاقة: _____

8 قد يشارك برنامج Medi-Cal معلوماتك ما لم تُحدد المربع أدناه:

- سوف نشارك طلب طفلك مع Healthy Families إذا لم يعد طفلك مؤهلاً للحصول على رعاية Medi-Cal مجانية في المستقبل. إذا كنت لا تريد منا مشاركة هذه المعلومات، فحدد هنا.
- سوف نشارك طلب طفلك مع Healthy Kids أو برنامج مشابه في المقاطعة إذا كان طفلك غير مؤهل للحصول على رعاية Medi-Cal كاملة. إذا كنت لا تريد منا مشاركة هذه المعلومات، فحدد هنا.

9 **دخل العائلة.** اذكر دخل كل شخص مذكور في هذا الطلب. أدرج دعم الطفل والنفقة الزوجية التي تم الحصول عليها. (استخدم سطرًا منفصلاً لكل مصدر دخل).

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	ما مقدار الدخل؟ (إجمالي الدخل)	ما مدى تكرار الحصول على الدخل؟ (أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً)	مصدر الدخل (العمل، الضمان الاجتماعي، المعاش، إلخ)	اسم الشخص مع الدخل (لا يتعين على الأطفال الملتحقين بالمدرسة ذكر دخلهم من عمل ما).
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

10 **النفقات:** اذكر النفقات الشهرية لجميع الأشخاص المذكورين أعلاه.

الرعاية النهارية للطفل أو رعاية إعالة معاق

من أجل (اسم الطفل أو الشخص المُعال): _____ العمر: _____ المبلغ المدفوع: _____

ما مدى التكرار؟ _____

من أجل (اسم الطفل أو الشخص المُعال): _____ العمر: _____ المبلغ المدفوع: _____

ما مدى التكرار؟ _____

إعالة الطفل بأمر من المحكمة

تم الدفع إلى: _____ تم الدفع بواسطة: _____ المبلغ المدفوع: _____

النفقة الزوجية بأمر من المحكمة

تم الدفع إلى: _____ تم الدفع بواسطة: _____ المبلغ المدفوع: _____

يُرجى ملاحظة أنه قد يُطلب منك تقديم معلومات إضافية عن ممتلكاتك ودخلك و/أو مواردك حسبما ينطبق.

أقر بأنني قد قرأت المعلومات الواردة أعلاه وأتفهمها. كما أقر بأن المعلومات التي ذكرتها في هذا النموذج صحيحة ودقيقة.

التوقيع _____ التاريخ: _____