

گزارش وضعیت MEDI-CAL

توجه: قوانین ایلاتی ملزم می دانند که یک گزارش وضعیت نیمه سلاه را تکمیل نمایید.

برای اینکه بتوانید MEDI-CAL تان را نگهدارید، باید این فرم را تا تاریخ _____ به ما ارسال نمایید.
لطفاً به صورت چاپ بنویسید و از جوهر استفاده نمایید

تاریخ اطلاعیه: _____
شماره پرونده: _____
نام مددکار: _____
شماره مددکار: _____
شماره تلفن کارمند: _____
۱۱ کا کا

اگر تنها اشخاصی در خانواده شما Medi-Cal دریافت می کنند که 65 سال یا بیشتر سن دارند، نابینا هستند، و یا کودک 21 سال، و یا دریافت کننده CalWORKs هستند، و یا شخصی که حاملگی و یا از کار افتادگی خود را از قبل به مددکار Medi-Cal گزارش داده اند، این فرم را پر نکنید.

جهت نگهداری Medi-Cal، اگر پدر و یا مادری هستید که Medi-Cal دریافت می کند، ملزم به پر کردن این فرم هستید. در مورد تغییراتی که طی 6 ماه گذشته داشتید، به ما اطلاع دهید. اگر برای پر کردن این فرم نیاز به کمک دارید، با مددکار تان تماس حاصل نمایید. نام و شماره تلفن مددکار شما در بالا درج شده است.

بخش 1: اگر طی 6 ماه گذشته هیچ گونه تغییری برای گزارش ندارید:

- مواردی که در بخش 2 فهرست شده اند را بررسی نمایید (به قسمت پشت صفحه مراجعه کنید).
- اگر هیچ گونه تغییری برای گزارش ندارید، این مربع را تیک بزنید بدون تغییر
- بخش 2 را پر نکنید.
- به بخش 3 در پشت صفحه مراجعه نمایید. شما باید این فرم را تاریخ زده و امضاء کنید.
- فرم تکمیل شده را تا تاریخ مندرج در بالای این صفحه، به کانتی ارسال نمایید.
- از پاکت آدرس دار ضمیمه شده استفاده نمایید. نیازی به الصاق تمبر نیست.

اگر طی 6 ماه گذشته هر گونه تغییری برای گزارش دارید:

- به قسمت پشت صفحه مراجعه کنید. بخش 2 را پر کنید.
- به بخش 3 مراجعه کنید. شما باید این فرم را تاریخ زده و امضاء کنید.
- فرم تکمیل شده را تا تاریخ مندرج در بالای این صفحه، به کانتی ارسال نمایید.
- هیچ گونه مدارکی را به همراه آن ارسال نکنید.
- از پاکت آدرس دار ضمیمه شده استفاده نمایید. نیازی به الصاق تمبر نیست.

بخاطر داشته باشید: که پشت این فرم را امضاء کنید به قسمت پشت صفحه مراجعه نمایید ◀

به همراه این فرم مدارکی را ارسال نکنید
بخش 2: برای تمامی تغییرات طی 6 ماه گذشته، "بلی" را تیک بزنید و توضیحاتی را ارائه نمایید

<input type="checkbox"/>	<p>تغییرات مربوط به درآمد آیا شما و یا عضوی از خانواده تان در ازای انجام کار، دریافت نقه کودک یا نفقه، سوشیال سکوریته، مزایای سرباز سابق، مزایای بیکاری یا از کارافتادگی، بازنشستگی، هدایا، بهره و یا سودسهم، درآمد بیشتر یا کمتری را دریافت کرده اید؟ لطفاً توضیح دهید:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>تغییرات مربوط به پرداخت مخارج آیا برای شما و یا عضوی از خانواده تان، در مبلغی که برای مراقبت از کودک، یا سلامند، بیمه بهداشتی-درمانی، نفقه کودک مقرر شده از سوی دادگاه، نفقه و یا هزینه های تحصیلی پرداخت می کردید، تغییری بوجود آمده است؟ لطفاً توضیح دهید:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>تغییرات در وضعیت زندگی آیا کسی به خانوار شما اضافه شده، و یا از خانه شما رفته است، ازدواج کرده و یا بچه دار شده است؟ لطفاً توضیح دهید:</p>
<p>اگر بلی، آیا نیاز به Medi-Cal دارد؟ [] بلی [] خیر</p>	
<input type="checkbox"/>	<p>سایر تغییرات: آیا برای شخصی در خانوار شما تغییری در میزان دارایی، (به عنوان مثال: پول در حسابهای بانکی، وسایل نقلیه، مستغلات، و غیره) وضعیت مهاجرتی و یا مزایای بیمه بهداشتی-درمانی ایجاد شده است؟ لطفاً توضیح دهید:</p>
<input type="checkbox"/>	<p>از کار افتاده آیا شخصی در خانوار شما دچار از کار افتادگی جسمی و یا روحی شده است؟ اگر بلی، چه کسی؟</p>
<input type="checkbox"/>	<p>باردار آیا شخصی در خانوار شما باردار شده است؟ مورد مورد انتظار وضع حمل کی است؟ انتظار تولد چه تعداد نوزاد را دارید؟</p>

بخش 3: امضاء و گواهی

من متوجه هستم که باید تمامی تغییرات مربوط به درآمد، اموال، و/یا سایر تغییرات را به کانتی گزارش دهم. من، تحت مجازات در مقابل گواهی دروغ، اعلام می کنم که تمامی اطلاعات مندرج در فوق درست و صحیح است.

تاریخ: _____ شماره تلفن: _____ () امضاء _____

تاریخ: _____ شماره تلفن: _____ () امضاء شاهد _____
(در صورتیکه شخص با استفاده از علامت امضاء کرده باشد)

امضاء شخص _____ به نمایندگی از طرف شخص ذینفع: _____ نسبت با شخص ذینفع: _____ تاریخ: _____