

## فرم سالانه تعیین صلاحیت مجدد MEDI-CAL

برای حفظ Medi-Cal خود، باید این فرم را پر کنید و آنرا به کانتی ارسال نمایید!

شماره پرونده (اختیاری)		شماره بیمه اجتماعی یا سوشیال سکوریته (اختیاری)	
نام کامل خود را با حروف کتابی بزرگ بنویسید (اگر نقل مکان نکرده اید، برجسب آدرس را، در صورتی که فراهم شده، در اینجا قرار دهید)		تاریخ تولد (اختیاری) (ماه/روز/سال)	
آدرس کنونی، خیابان، شماره آپارتمان <input type="checkbox"/> (آدرس کنونی، خیابان، شماره آپارتمان)		شهر/ایالت	کد پستی
آدرس پستی (در صورتی که از آدرس فوق متفاوت باشد)		شهر/ایالت	کد پستی

پاسخ های خود را با خودکار و با حروف کتابی بزرگ بنویسید. بررسی و اطمینان حاصل کنید که فرم را امضاء کرده و تاریخ زده اید. برای ارسال آن از پاکت تمبردار ضمیمه شده استفاده نمایید. اگر نیاز به فضای بیشتری داشته باشید، یک برگ جداگانه به این فرم ضمیمه کنید. اگر سؤالی دارید، یا برای پر کردن این فرم نیاز به کمک دارید، با مددکاران از طریق شماره تلفن مندرج در اعلامیه سالانه تعیین صلاحیت مجدد (Annual Redetermination Notice) تماس بگیرید.

### بخش 1. درآمد

(a) 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 سود سهام دریافت می کنید؟

بله  خیر

اگر پاسختان بله است، قسمت ذیل را پر و منبع هر درآمد را روی خط جداگانه ای درج کنید.

آخرین رسیده های حقوقتان که درآمد را قبل از مالیات یا کسورات نشان می دهد، نامه های مربوط به مزایا یا مبالغ اهداء شده، چک های دریافت شده یا اظهارنامه امضاء شده از سوی کارفرما، یا رسید اظهارنامه مالیاتی فدرال سال گذشته را ضمیمه کنید. در صورتی که درآمدتان از طریق شغل آزاد کسب می شود، یک کپی از آخرین اظهارنامه مالیاتی، یا اظهارنامه سود و زیان خود را ارسال نمایید.

نام شخصی که درآمد دارد (نام و نام خانوادگی را ذکر کنید)	منبع درآمد	مبلغ درآمد (قبل از کسورات)	چند وقت یکبار پرداخت می شود (هفتگی، ماهانه، دو مرتبه در ماه)	ساعات کار (در هفته یا در ماه)

(b) آیا شما یا عضو دیگری از خانواده که نزد شما زندگی می کند اجاره، آب و برق، غذا، یا پوشاک را به صورت کاملاً رایگان دریافت می کنید؟

بله  خیر

اگر بلی، چه کسی؟

چه مواردی رایگان بودند؟

بله  خیر

(c) آیا اجاره، آب و برق، غذا یا پوشاک رایگان در مقابل انجام کار دریافت شده بود؟

**بخش 2. هزینه ها و کسورات**

آیا برای شما و یا عضوی از خانواده تان، مبلغی برای مراقبت از کودک یا سالمند، حق بیمه بهداشتی یا Medicare، نفقه کودک مقرر شده از سوی دادگاه، نفقه و یا هزینه های تحصیلی پرداخت می کنید؟

بله  خیر

اگر بلی، قسمت ذیل را پر کنید و هر یک از هزینه ها یا کسورات را روی خط جداگانه ای بنویسید.

مدارک اثبات کننده هزینه ها/کسورات را ضمیمه کنید.

نام شخصی که هزینه ها/کسورات متحمل شده است (نام و نام خانوادگی را ذکر کنید)	نوع هزینه ها یا کسورات	مبلغ پرداخت	پرداخت شده به	چند وقت یکبار پرداخت می شود (هفتگی، ماهانه، دو مرتبه در ماه)

**بخش 3. سایر بیمه های بهداشتی**

(a) آیا طی 12 ماه گذشته برای شما یا شخصی در خانواده تان تغییری ایجاد شده، یا پوشش جدید بهداشتی-درمانی، دندانپزشکی، چشم پزشکی، Medicare یا بیمه داشته اید؟

بله  خیر

اگر بلی، چه کسی این بیمه/پوشش را دارد؟ \_\_\_\_\_

چه نوع پوشش/بیمه ای دارد؟ \_\_\_\_\_

(b) آیا هیچ یک از اعضاء خانواده که با شما زندگی می کنند خدمات مربوط به دیالیز کلیه دریافت می کنند؟

بله  خیر

اگر بلی، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

(c) آیا هیچ یک از اعضاء خانواده که با شما زندگی می کنند طی 2 سال گذشته پیوند عضو داشته اند؟

بله  خیر

اگر بلی، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

**بخش 4. وضعیت زندگی**

(a) آیا طی 12 ماه گذشته کسی به خانوار شما اضافه شده، و یا از خانه شما رفته است، یا برای زندگی با شخص دیگری نقل مکان کرده، ازدواج کرده و یا بچه دار شده است؟ (مثال: اضافه شدن یا از خانه رفتن نوزاد، کودک، یا فرد بالغ، یا بازگشت والدین به منزل).

بله  خیر

اگر بلی، قسمت ذیل را پر کنید:

نام (نام و نام خانوادگی را ذکر کنید)	نسبت او با شما	چه چیزی تغییر کرده است؟	تاریخ تغییر

(b) آیا شخصی در خانوار شما نیاز به Medi-Cal دارد و در حال حاضر آن را دریافت نمی کند؟

بله  خیر

اگر بلی، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

(c) اگر به تازگی نوزادی در خانه سکونت گزیده، محل تولد نوزاد کجا است؟ \_\_\_\_\_

شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کشور \_\_\_\_\_

**بخش 4. وضعیت زندگی** ادامه

(d) آیا فردی در خانه تان در یک مرکز پرستاری یا سازمان بهداشتی مراقبت های بستری دریافت کرده است؟  
 بله  خیر  
 اگر بلی، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

(e) آیا شخصی در خانه باردار است؟  
 بله  خیر  
 اگر بلی، چه کسی؟ \_\_\_\_\_  
 تعداد نوزادانی که انتظار تولدشان را دارید \_\_\_\_\_ تاریخ زایمان: \_\_\_\_\_

**بخش 5. اموال غیر منقول و شخصی**

(a) کل مبلغ پول نقد و چک های واریز نشده ای که هر یک از اعضای خانواده در دست دارند را درج نمایید \$ \_\_\_\_\_

(b) آیا فردی حساب جاری یا سپرده، بیمه عمر، بیمه مراقبت های دراز مدت، وسیله نقلیه، حکم یا دستور پرداخت از سوی دادگاه، سهام، اوراق قرضه، حساب بانکشستگی، سپرده امانی که در آن پول یا ملک به نفع یکی از اعضای خانواده در خانوار نگهداری می شود، مستغلات، وسیله نقلیه کاری، حسابها یا اموال تجاری، سفته، وام مسکن، سند استیفای دین از ملک رهنی، وسائل نقلیه تفریحی، وجوه سپرده یا ذخیره برای کفن و دفن، حسابهای مقرری سالانه، جواهرات (شامل دارایی منقول به ارث رسیده، یا جواهرات ازدواج نیست)، یا حق و حقوق مربوط به بهره داری نفت یا مواد معدنی دارد؟

بله  خیر

(c) آیا شما یا عضوی از خانواده تان در خانوار، طی 12 ماه گذشته، پول یا ملکی را به کسی داده اید، یا یکی از اقلام فهرست شده در این بخش به عنوان ضمانت در مقابل هزینه های پزشکی خرج یا استفاده شده است؟

بله  خیر

توجه: اگر به سوالات (b) یا (c) پاسخ مثبت دادید، باید فرم مکمل مربوط به اموال را پر کنید، و این فرم را به کانتی ارسال نمایید و مدارکی دال بر اثبات آن ارائه دهید

**بخش 6. تغییر در وضعیت مهاجرت یا تابعیت**

آیا طی 12 ماه گذشته، تغییری در وضعیت مهاجرت یا تابعیت برای فردی در خانه شما که خدمات Medi-Cal دریافت می کند ایجاد شده است؟ (در صورتی که در وضعیت مهاجرت تان تغییری ایجاد شده باشد، ممکن است صلاحیت دریافت مزایای کامل Medi-Cal را داشته باشید.)

بله  خیر

اگر بلی، نام (های) افراد را در ذیل درج کنید و مدارکی دال بر وضعیت جدید ارسال نمایید.

تغییر وضعیت (مدارک اثبات کننده وضعیت کنونی را ارسال نمایید)	نام شخص (نام و نام خانوادگی را ذکر کنید)

**بخش 7. نابینایی/ از کار افتادگی/ ناتوانی**

(a) آیا شما یا عضوی از خانواده تان که نزد شما زندگی می کند دچار وضعیتی جسمی یا روحی است که باعث شود کار کردن، رسیدگی به نیازهای شخصی، یا مراقبت از فرزندان تان برای شما دشوار باشد؟  
 بله  خیر  
 اگر بلی، چه کسی؟ \_\_\_\_\_

(b) آیا این وضعیت جسمی، روحی یا بهداشتی در اثر صدمه یا تصادف ایجاد شده است؟  
 بله  خیر  
 اگر بلی، توضیح دهید \_\_\_\_\_

**بخش 8. سایر اطلاعات برنامه بهداشتی و ارجاع ها**

- (a) در صورتی که فرزندان بیمه Medi-Cal با پرداخت سهم هزینه دارد، و مایل نیستید که اطلاعات مربوط به فرزندان با برنامه کم هزینه Healthy Families Program در میان گذاشته شود، این مربع را تیک بزنید.
- (b) آیا مایلید اطلاعات مربوط به برنامه بهداشتی بدون هزینه، برای کودکان زیر 21 سال (*Child Health and Disability Prevention Program* که همچنین موسوم به *CHDP* است) را دریافت نمایید؟  بله  خیر
- (c) آیا می خواهید اطلاعات مربوط به برنامه مکمل غذایی بدون هزینه برای زنان باردار، یا زنان شیرده و کودکان زیر 5 سال (*Women, Infants, and Children Program* که همچنین موسوم به *WIC* است) را دریافت کنید؟  بله  خیر
- (d) آیا می خواهید اطلاعات مربوط به *Personal Care Services Program*، که یک برنامه مراقبت در منزل برای افراد نابینا، یا از کار افتاده (که همچنین موسوم به *In-Home Supportive Services*) است را دریافت کنید؟  بله  خیر

**بخش 9. امضاء و تأیید**

شخصی که این فرم را تکمیل می کند باید آن را بخواند و قسمت ذیل را امضاء نماید.

- ◀ من یک نسخه از اطلاعات مهم برای افرادی که فرم *Medi-Cal* (MC 219) درخواست می کنند را دریافت کرده و آن را خوانده ام.
- ◀ من از تمامی مسئولیت هایی که در این فرم MC 219 شرح داده شده است آگاه هستم، آنها را درک کرده ام، با آنها موافقم و آنها را اجرا خواهم کرد.
- ◀ من گواهی می دهم که تمامی درآمد، اموال، و/یا تغییراتی که ممکن است در صلاحیت دریافت *Medi-Cal* من تأثیر داشته باشند را ظرف ده روز از تاریخ وقوع تغییر اطلاع دهم.
- ◀ من متوجه هستم که تمامی اظهارات، شامل اطلاعات مربوط به مزایا و درآمد، که در این فرم درج شده است، ممکن است مورد تحقیق و بازبینی قرار گیرد.
- ◀ من تحت قانون مجازات گواهی دروغ، و تحت قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام می کنم که تمامی اطلاعات فراهم شده در این فرم صحیح و درست است.

	امضاء
تاریخ	
شماره تلفن یا پیامگیر در روز	شماره تلفن منزل <input type="checkbox"/> (اگر شماره جدید است اینجا را تیک بزنید)

امضاء شاهد، (در صورتیکه با علامت گذاری امضاء شده باشد)، مترجم شفاهی یا شخصی که کمک ارائه داده است

**فقط برای استفاده از سوی کانتی —**

Referrals		Follow-up Forms		
<input type="checkbox"/> HF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> MC 13	<input type="checkbox"/> MC 210 PS	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> CHDP	<input type="checkbox"/> PCSP		<input type="checkbox"/> DDSD Packet	