

MEDI-CAL 지위보고서

주의: 주 법은 귀하께서 연중 지위보고서를 완성하시도록 규정하고 있습니다.

귀하의 MEDI-CAL 을 유지하시려면 _____ 까지 본 양식을 회송하셔야 합니다.
 잉크펜을 사용하여 명확히 기입하십시오.

「 L	〕 통보 일자: _____ 〕 관리 번호: _____ 〕 직원 이름: _____ 〕 직원 번호: _____ 〕 직원 전화 번호: _____ 〕 근무 시간: _____
------------	---

귀하의 가족 중에서 Medi-Cal 을 수령하시는 유일한 분들이 다음에 해당되시면 본 양식을 작성하지 마십시오: 65세 또는 그 이상이신 분, 시각장애인, 21세 미만의 자녀들, CalWORKs 의 수혜자들 또는 Medi-Cal 담당직원에게 이미 임신과 장애와 관련하여 통보를 하신 분.

귀하의 Medi-Cal 을 유지하기 위해서는, 만약 귀하가 Medi-Cal 을 받으시는 부모이면, 반드시 본 양식을 작성하셔야 합니다. 지난 6개월간 귀하와 관련하여 변경된 사항을 알려주십시오. 본 양식을 작성하시는데 도움이 필요하시면 귀하의 담당직원에게 전화하십시오. 귀하의 담당직원 이름과 전화번호는 위에 명기되어 있습니다.

1항: 지난 6개월 동안 보고하실 변경사항이 없으시면: _____

- 2항의 항목들을 확인하십시오(뒷면으로 가십시오).
- 변경사항이 없으시면, 이 박스에 체크하십시오 변경사항 없음
- 2항에는 기입하지 마십시오.
- 뒷면의 3항으로 가십시오. 귀하는 본 양식에 반드시 서명하시고 일자를 기입하셔야 합니다.
- 본 페이지의 맨 위에 명기된 일자까지 완성된 본 양식을 카운티로 회송하십시오.
- 주소가 미리 인쇄된 동봉한 봉투를 사용하십시오. 우표는 붙이지 않으셔도 됩니다.

지난 6개월간 보고하실 변경사항이 있으시면

- 뒷면으로 가십시오. 2항에 기입하십시오
- 3항으로 가십시오. 귀하는 본 양식에 반드시 서명하시고 일자를 기입하셔야 합니다.
- 이 페이지의 맨 위에 명기된 일자까지 완성된 본 양식을 카운티로 회송하십시오
- 다른 서류는 보내지 마십시오.
- 주소가 미리 인쇄된 동봉한 봉투를 사용하십시오. 우표는 붙이지 않으셔도 됩니다.

잊지 마십시오: 귀하는 본 양식의 뒷면에 반드시 서명을 하셔야 합니다.

뒷면으로 가십시오 ►

본 양식과 함께 다른 서류는 보내지 마십시오

2항 : 지난 6 개월 간의 모든 변경된 사항들에 관해 “예” 에 체크하시고 설명해 주십시오.

소득액의 변경들

귀하 또는 귀하 가정의 가족 중에서, 직장, 자녀 양육비 또는 별거수당, 사회보장연금, 재향군인혜택, 실업 또는 장애혜택, 은퇴, 선물들, 이자, 배당금 등에서 수령하는 액수가 늘었거나 또는 줄어들었습니까? **설명해 주십시오:**

예

지출된 비용의 변경들

귀하 또는 귀하 가정의 가족 중에서, 자녀 또는 성인을 돌보는비용, 건강보험, 법원의 명령에 의한 자녀 양육비, 별거수당 또는 교육비용 등에 관한 지출액에 변화가 있었습니까? **설명해 주십시오:**

예

주거 상황의 변경들

귀하 가정에 누가 입주했거나 또는 나갔거나, 누구와 함께 입주했거나, 결혼했거나 또는 아기가 태어났습니까? **설명해 주십시오:**

예

만약 그렇다면, 그들도 Medi-Cal 을 원합니까? [] 예 [] 아니오

다른 변경 사항들

귀하 가족 중의 누군가가 소유한 자산금액(예를 들어; 은행의 구좌잔액, 차량, 부동산 등) , 그들의 체류신분 또는 다른 건강보험 혜택들에 어떤 변화가 있었습니까? **설명해 주십시오.**

예

장애 관련

귀하 가족 중에서 누군가가 정신 또는 육체적으로 장애를 겪게 되었습니까? 만약 그렇다면, 누구입니까?

예

임신 관련

귀하 가족 중의 누군가가 임신하게 되었습니까? 만약 그렇다면, 누구입니까?
출산예정일이 언제입니까? 몇 명의 아기가 출산될 예정입니까?

예

3항: 서명과 인증

본인은 소득액, 자산과 관련한 그리고 다른 모든 변경사항들을 카운티에 반드시 보고해야 하는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 위에 제공한 모든 정보가 진실되고 정확하며, 만약 그렇지 않을 경우에는 위증의 처벌을 받을 것임을 선서합니다.

서명_____전화:()_____일자:_____

증인의 서명_____전화:()_____일자:_____

(상기인이 마크로 서명했을 경우)

수혜자를 대신하는

사람의 서명:_____수혜자와의 관계_____일자:_____