

Medi-Cal 을 신청하는 다른 가족분들의 인적사항

1 신청자/관리자의 성명(이름, 중간 이름, 성)		신청자/관리자와 아동(들)과의 관계
출생증명서상의 성명	남녀 구분 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	임신 여부? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 출산예정일: _____ 출생할 아기의 명수 _____
소셜 시큐리티 번호	생년월일 _____ 월 일 연도	Medi-Cal 을 신청하셨습니다? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 예이면, 갖고 계신 혜택식별카드(BIC) 번호를 기입하십시오:
출생지(시/주/국가)		미국 시민권자 또는 미국령 거주자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 아니오이면, 미국에 도착한 일자 _____ 월 일 연도
이 분이 신체, 정신, 감정 또는 발달장애를 갖고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예. 장애가 시작된 일자: _____ <input type="checkbox"/> 아니오		결혼상태(하나를 선택하십시오): <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 미망인 <input type="checkbox"/> 이혼하였음 <input type="checkbox"/> 별거 중임

County Use Only	
Case name:	_____
Case #	_____
Worker #	_____
Date:	_____
Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
Other	_____

2 배우자/다른 부모의 성명 (이름, 중간 이름, 성)		신청자/관리자와의 관계
출생증명서상의 성명	남녀 구분 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	임신 여부? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 출산예정일: _____ 출생할 아기의 명수 _____
소셜 시큐리티 번호	생년월일 _____ 월 일 연도	Medi-Cal 을 신청하셨습니다? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 예이면, 갖고 계신 혜택식별카드(BIC) 번호를 기입하십시오:
출생지(시/주/국가)		미국 시민권자 또는 미국령 거주자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 아니오이면, 미국에 도착한 일자 _____ 월 일 연도
이 분이 신체, 정신, 감정 또는 발달장애를 갖고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예. 장애가 시작된 일자: _____ <input type="checkbox"/> 아니오		결혼상태(하나를 선택하십시오): <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 미망인 <input type="checkbox"/> 이혼하였음 <input type="checkbox"/> 별거 중임

Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
Other	_____

3 아동의 성명: (이름, 중간 이름, 성) 또는 "미출생"		신청자/관리자와의 관계
출생증명서상의 성명	남녀 구분 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	임신 여부? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 출산예정일: _____ 출생할 아기의 명수 _____
소셜 시큐리티 번호	생년월일 _____ 월 일 연도	Medi-Cal 을 신청하셨습니다? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 예이면, 갖고 계신 혜택식별카드(BIC) 번호를 기입하십시오:
출생지(시/주/국가)		미국 시민권자 또는 미국령 거주자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 아니오이면, 미국에 도착한 일자 _____ 월 일 연도
아동이 가정에서 같이 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		아동이 학교에 다니고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
어머니의 성명:		아버지의 성명:
이 아동이 신체, 정신, 감정 또는 발달장애를 갖고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예. 장애가 시작된 일자: _____ <input type="checkbox"/> 아니오		양부모 중 한 사람이 다음에 해당: <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중 <input type="checkbox"/> 법적자격 박탈상태 <input type="checkbox"/> 실업상태

Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
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

4 현재 누군가가 건강/치과보험 또는 Medicare 의 혜택을 받고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 예이면, 누구입니까?	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____			
5 어떤 사고 또는 부상으로 인해 누군가가 소송을 제기하신 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> DHCS 6268			
6 Medi-Cal 에서 지난 3개월 간의 의료비용을 지급하기를 귀하 또는 다른 가족분이 원하시고, Medi-Cal 의 신청을 희망하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 성명(들)을 알려주십시오: _____ 비용혜택 희망 달수: _____	<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 1</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 2</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 3</td> </tr> </table>	Month 1	Month 2	Month 3
Month 1	Month 2	Month 3		
7 귀하 또는 가족 중 어느 누군가가 미국 군인으로 복무하신 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 만일 예이면 누구입니까? 성명(들): _____ 관계: _____	<input type="checkbox"/> CW 5			

8 Medi-Cal 프로그램은 귀하가 아래의 박스에 표시하지 않으시면 귀하의 정보를 공유할 수도 있습니다:

- 귀하의 자녀가 장래에 더 이상 무료 Medi-Cal 에 자격이 되지 않으면, 저희는 귀하 자녀의 신청정보를 Healthy Families 와 공유하게 될 것입니다. 만일 귀하께서 이 정보가 공유되는 것을 원하지 않으시면, 여기에 표시하십시오.
- 귀하의 자녀가 종합 Medi-Cal 프로그램에 자격이 되지 않으면, 저희는 귀하 자녀의 신청정보를 Healthy Kids 또는 유사한 카운티의 프로그램과 공유하게 될 것입니다. 만일 귀하께서 이 정보가 공유되는 것을 원하지 않으시면, 여기에 표시하십시오.

9 **가족 소득금액:** 본 신청서에 언급된 모든 사람들의 소득금액을 알려주십시오. 수령한 아동양육비와 배우자 부양비도 포함하십시오. (각 소득금액의 원천을 각각 별도의 줄에 기입하십시오.)

소득이 있는 사람의 성명 (학교에 다니는 자녀들은 일을 해서 얻은 소득을 보고하지 않아도 됩니다.)	소득의 원천 (직장, 사회보장, 연금 등.)	소득을 받는 빈도는? (매주, 2주 마다, 월간)	소득금액은? (총 소득금액)	소셜 시큐리티 번호 (선택사항)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

10 **비용들:** 위에 언급된 모든 사람들의 월간 비용들을 기록하십시오.

아동 보육 또는 장애 부양

(아동 또는 부양 받는 사람의 이름): _____ 연령: _____ 지급금액: _____

얼마나 자주? _____

(아동 또는 부양 받는 사람의 이름): _____ 연령: _____ 지급금액: _____

얼마나 자주? _____

법원이 명령한 자녀 양육비

수령인: _____ 지급인: _____ 지급금액: _____

법원이 명령한 배우자 부양비

수령인: _____ 지급인: _____ 지급금액: _____

만일 해당이 되실 경우에는, 귀하의 재산, 소득과/또는 자산들에 관한 추가적인 정보를 요구받게 되실 수도 있음을 유의하시기 바랍니다.

본인은 위의 정보를 읽고 이해하였음을 보증합니다. 본인은 또한 본인이 이 양식에 기입한 정보는 진실되며 정확한 것임을 보증합니다.

서명 _____ 일자: _____