

ຫຼັກຖານການຍອມຮັບເອົາເອກະສານຢັ້ງຢືນສັນຊາດ ຫຼື ຕົວບຸກຄົນ

ກົດໝາຍໃໝ່ລະບຸວ່າຜູ້ຮອງຂໍ ແລະ ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ທີ່ເປັນປະຊາຊົນ ຫຼື ມີສັນຊາດສະຫະຣັດ ຈຳຕ້ອງໄດ້ສະແດງຫຼັກຖານສັນຊາດ ແລະ ຕົວບຸກຄົນ.

ທາງຄາວທີ່ໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ກວດກາຄືນ ຫຼັກຖານສັນຊາດ ແລະ/ຫຼື ຕົວບຸກຄົນ ທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນໃຫ້ແກ່:

ຊື່ຜູ້ຮອງຂໍ ຫຼື ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ: _____
ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

<p>ຊື່ຂອງເອກະສານສະແດງສັນຊາດທີ່ທ່ານໄດ້ເຫັນ:</p> <p>▶</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ ອະນຸມັດ. ເອກະສານສະແດງສັນຊາດທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນນັ້ນແມ່ນເປັນຫຼັກຖານສະແດງສັນຊາດທີ່ຍອມຮັບໄດ້. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຍື່ນຫຼັກຖານ ສຳລັບບຸກຄົນຂ້າງເທິງອີກ. ❑ ຖືກປະຕິເສດ. ຫຼັກຖານທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນແມ່ນຍອມຮັບບໍ່ໄດ້. ທ່ານຈຳຕ້ອງຍື່ນຫຼັກຖານສະແດງສັນຊາດອື່ນ. ເອກະສານທີ່ຮັດຕິດມານີ້ແມ່ນລາຍການເອກະສານຫຼັກຖານສະແດງສັນຊາດທີ່ຍອມຮັບໄດ້. <ul style="list-style-type: none"> • ເອກະສານທັງໝົດຈຳຕ້ອງແມ່ນຕົ້ນສະບັບ ຫຼື ສຳເນົາທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນຈາກສຳນັກງານທີ່ອະນຸມັດ. ຈະບໍ່ຮັບສຳເນົາຂອງເອກະສານທີ່ບໍ່ໄດ້ຢັ້ງຢືນ. 	<p>ຊື່ຂອງເອກະສານສະແດງຕົວບຸກຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ເຫັນ:</p> <p>▶</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ ອະນຸມັດ. ເອກະສານສະແດງຕົວບຸກຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນນັ້ນແມ່ນເປັນຫຼັກສະແດງຕົວບຸກຄົນທີ່ຍອມຮັບໄດ້. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຍື່ນຫຼັກຖານ ສຳລັບບຸກຄົນຂ້າງເທິງອີກ. ❑ ຖືກປະຕິເສດ. ເອກະສານສະແດງຕົວບຸກຄົນທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນແມ່ນຍອມຮັບບໍ່ໄດ້. ທ່ານຈຳຕ້ອງຍື່ນຫຼັກຖານສະແດງຕົວບຸກຄົນອື່ນ. ເອກະສານທີ່ຮັດຕິດມານີ້ແມ່ນລາຍການເອກະສານສະແດງຕົວບຸກຄົນທີ່ຍອມຮັບໄດ້. <ul style="list-style-type: none"> • ເອກະສານທັງໝົດຈຳຕ້ອງແມ່ນຕົ້ນສະບັບ ຫຼື ສຳເນົາທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນຈາກສຳນັກງານທີ່ອະນຸມັດ. ຈະບໍ່ຮັບສຳເນົາຂອງເອກະສານທີ່ບໍ່ໄດ້ຢັ້ງຢືນ.
---	--

- ❑ ບຸກຄົນຂ້າງເທິງນັ້ນໄດ້ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດວ່າດ້ວຍສັນຊາດ ແລະຕົວບຸກຄົນ ໃໝ່ເພາະວ່າ ທັງ ເອກະສານສັນຊາດ ແລະຕົວບຸກຄົນ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ.
- ❑ ບຸກຄົນຂ້າງເທິງນັ້ນບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດໃໝ່ວ່າດ້ວຍສັນຊາດ ແລະຕົວບຸກຄົນ ເພາະວ່າ ໜຶ່ງ ຫຼື ທັງສອງຂອງເອກະສານຫຼັກຖານສັນຊາດ ແລະ/ຫຼື ຕົວບຸກຄົນໄດ້ຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຖືກຍື່ນ.

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມ, ກະຣຸນາຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການບໍລິການສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງ ທີ່ໝາຍເລກໂທຣະສັບທາງດ້ານລຸ່ມນີ້.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information above is true and correct.

▶ _____ Date: _____
Signature of eligibility worker

Name of eligibility worker (print): _____
First Middle Last

Telephone number: _____ County: _____

County fills out this box

Case No: _____ Case Name: _____