

ОТЧЕТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАТУСА ПО ПРОГРАММЕ MEDI-CAL
ВНИМАНИЕ! ЗАПОЛНЕНИЕ ПОЛУГODOVОГО ОТЧЕТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАТУСА
ТРЕБУЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ШТАТА

ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ВАШИХ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ MEDI-CAL ВАМ НЕОБХОДИМО ВЕРНУТЬ ДАННУЮ ФОРМУ ДО _____. ПОЖАЛУЙСТА, ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И ПОЛЬЗУЙТЕСЬ ЧЕРНИЛАМИ.

Г	Дата уведомления: _____ Номер дела: _____ Имя работника: _____ Код работника: _____ Телефон работника: _____
L	Часы приема работника: _____

Не заполняйте данную форму, если в Вашей семье льготы по программе Medi-Cal получают только лица 65 лет или старше, незрячие дети в возрасте до 21 года, лица, получающие льготы по программе CalWORKs, или лица, уже сообщившие сотруднику программы Medi-Cal, ведущему их дело, о своей беременности или инвалидности.

Если Вы получаете льготы по программе Medi-Cal как отец или мать, то **чтобы сохранить Ваше право на получение льгот по программе Medi-Cal, Вам необходимо заполнить данную форму.** Сообщите нам об изменениях, произошедших в течение последних 6 месяцев. Если Вам необходима помощь в заполнении данной формы, позвоните сотруднику, ведущему Ваше дело. Имя, фамилия и телефон сотрудника, ведущего Ваше дело, указаны выше.

Раздел 1: Если изменений в течение последних 6 месяцев не произошло

- Просмотрите Раздел 2 (с обратной стороны).
- Если изменений не было, поставьте отметку в данном квадрате. Нет изменений
- НЕ заполняйте Раздел 2.
- Перейдите к Разделу 3 на обратной стороне. Вы должны подписать данную форму и поставить дату.
- Верните заполненную форму в окружное отделение программы до даты, указанной в верхней части этой страницы.
- Используйте прилагаемый конверт с указанным обратным адресом. Наклеивать марки не нужно.

Если изменения в течение последних 6 месяцев ИМЕЛИ место

- Перейдите на обратную сторону. Заполните Раздел 2.
- Перейдите к Разделу 3. Вы должны подписать данную форму и поставить дату.
- Верните заполненную форму в окружное отделение программы до даты, указанной в верхней части этой страницы.
- Не присылайте никаких документов.
- Используйте прилагаемый конверт с указанным обратным адресом. Наклеивать марки не нужно.

**ПОМНИТЕ! ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ ДАННУЮ ФОРМУ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ
 ПЕРЕЙДИТЕ НА ОБРАТНУЮ СТОРОНУ ►**

НЕ ПРИСЫЛАЙТЕ ВМЕСТЕ С ДАННОЙ ФОРМОЙ НИКАКИХ ДОКУМЕНТОВ

Раздел 2: Поставьте отметку в квадрате «Да» для всех изменений, произошедших в течение последних 6 месяцев, и укажите эти изменения

Изменения в доходе Да

Получили ли Вы или проживающий с Вами член Вашей семьи больше или меньше денег на работе, в качестве пособия на ребенка или алиментов, социальной помощи, пособия ветерану войны, пособия по безработице, пенсии, подарка, процентов либо дивидендов? **Пожалуйста, укажите:**

Изменения в расходах Да

Изменилась ли сумма денег, которую Вы или проживающий с Вами член Вашей семьи тратите на уход за ребенком или взрослым, медицинскую страховку, выплаты на содержание ребенка по предписанию суда, алименты или образование? **Пожалуйста, укажите:**

Изменения в составе семьи Да

Поселился ли кто-либо в Вашем доме или выехал из него, поменял ли кто-либо место жительства, женился ли кто-либо или вышел замуж, родился ли ребенок? **Пожалуйста, укажите:**

Если да, желают ли они получать льготы по программе Medi-Cal? [] Да [] Нет

Другие изменения Да

Произошли ли изменения в количестве имущества, которым владеют члены Вашей семьи (например, изменилось количество денег на счетах в банках, транспортных средств, объектов недвижимости и т. д.), изменился ли их иммиграционный статус или льготы по медицинскому страхованию? **Пожалуйста, укажите:**

Инвалиды Да

Получил ли кто-либо из членов Вашей семьи психическую или физическую инвалидность? Если укажите кто?

Беременность Да

Появились ли в Вашей семье беременные? Если да, укажите кто?
Когда ожидаются роды?
Сколько ожидается детей?

Раздел 3: Подпись и заверение

Я понимаю, что я должен (должна) сообщать обо всех изменениях в доходе, имущественных и иных изменениях в окружное отделение программы. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вся предоставленная выше информация правдива и достоверна.

Подпись: _____ Телефон: () _____ Дата: _____

Подпись свидетеля: _____ Телефон: () _____ Дата: _____

(Если человек подписывается знаком)

Подпись лица, действующего от имени получателя: _____ Кем приходится получателю _____ Дата: _____