

ФОРМА ЕЖЕГОДНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MEDI-CAL
Чтобы продолжить участие в программе Medi-Cal, вам необходимо заполнить данную форму и вернуть ее в окружное отделение программы!

Номер дела (не обязательно)	Номер социального страхования (не обязательно)	
Имя и фамилия полностью печатными буквами (если вы не переезжали, приложите записку с адресом, если таковая имеется)	Дата рождения (не обязательно) (мм/дд/гггг)	
Фактический адрес, номер квартиры <input type="checkbox"/> (если у вас новый адрес, поставьте отметку здесь)	Город/штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес (если отличается от указанного выше)	Город/штат	Почтовый индекс

Заполняйте форму ручкой и **ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**. Не забудьте поставить подпись и дату. Чтобы вернуть форму, используйте конверт с оплаченной пересылкой. Если вам требуется дополнительное место, приложите к данной форме отдельный лист. Если у вас возникли какие-либо вопросы или если вам требуется помощь в заполнении данной формы, позвоните сотруднику, ведущему ваше дело, по номеру, указанному в Уведомлении о ежегодном определении права на участие (Annual Redetermination Notice).

Раздел 1. Доход

- (a) Получаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи средства от трудоустройства, детского пособия или алиментов, социального страхования, социальной помощи, пособия ветерану войны, пособия по безработице или инвалидности, пенсии, подарков, процентов либо дивидендов? Да Нет

Если да, заполните разделы ниже и укажите каждый источник дохода в отдельной строке.

Приложите последние корешки квитанций о начислении заработной платы до удержаний или вычета налога, уведомления о льготах или премиях, полученные чеки или подписанное свидетельство от работодателя либо декларацию по федеральному подоходному налогу за последний год. Если доход получен от самостоятельной предпринимательской деятельности, вышлите копию последней налоговой декларации или отчета о доходах и расходах.

Имя и фамилия лица, получающего доход (имя и фамилия полностью)	Источник дохода	Сумма дохода (до удержаний и вычетов)	Частота получения дохода (еженедельно, ежемесячно, два раза в месяц)	Отработанные часы (за неделю или месяц)

- (b) Получаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи аренду жилья, коммунальные услуги, продукты питания или одежду совершенно бесплатно? Да Нет

Если да, укажите кто именно? _____

Что предоставлялось бесплатно? _____

- (c) Предоставлялись ли бесплатная аренда жилья, коммунальные услуги, продукты питания или одежда в счет выполняемой работы? Да Нет

Раздел 2. Расходы и удержания

Оплачиваете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи уход за ребенком или взрослым, медицинскую страховку или страховые взносы Medicare, содержание ребенка по предписанию суда, алименты или расходы на образование? Да Нет

Если да, заполните разделы ниже и укажите каждый пункт расходов/удержаний отдельной строкой.

Приложите подтверждение расходов/удержаний.

Имя и фамилия лица, оплачивающего расходы/удержания (полностью)	Тип расхода или удержания	Сумма выплаты	Кому выплачивается	Частота выплат (еженедельно, ежемесячно, два раза в месяц)

Раздел 3. Другая медицинская страховка

(a) Получали ли вы или кто-либо из членов вашей семьи другую или новую медицинскую, стоматологическую, офтальмологическую страховку, льготы или страховку Medicare в течение последних 12 месяцев? Да Нет

Если да, кто получал льготы/страховку? _____

Укажите тип льготы/страховки. _____

(b) Получает ли кто-либо из членов вашей семьи медицинские услуги по диализному лечению почек? Да Нет

Если да, укажите кто. _____

(c) Проводилась ли кому-либо из членов вашей семьи трансплантация органа в течение последних 2 лет? Да Нет

Если да, укажите кому. _____

Раздел 4. Состав семьи

(a) 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 в течение последних 12 месяцев?

(Например: новорожденный, ребенок или взрослый поселился в вашем доме или выехал из него, отсутствовавший родитель вернулся домой.) Да Нет

Если да, укажите ниже:

Имя и фамилию (полностью)	Кем вам приходится	Что изменилось?	Дата изменения

(b) Желает ли кто-либо из членов вашей семьи, кто еще не получает страховку Medi-Cal, получить данный тип страховки? Да Нет

Если да, укажите кто. _____

(c) Если в вашей семье родился ребенок, укажите его место рождения. _____ | _____ | _____
Город Штат Страна

Раздел 4. Состав семьи *продолжение*

(d) Получает ли кто-либо из членов вашей семьи стационарный уход в доме престарелых или медицинском учреждении? Да Нет

Если да, укажите кто. _____

(e) Появились ли в вашей семье беременные? Да Нет

Если да, укажите кто. _____

Количество детей _____ Предполагаемая дата родов: _____

Раздел 5. Недвижимость или личное имущество

(a) Укажите общую сумму наличных денег и необналиченных чеков, имеющихся на руках у кого-либо из членов вашей семьи. \$ _____

(b) Есть ли у кого-либо из членов вашей семьи чековый или сберегательный счет, страхование жизни, страховое обеспечение долгосрочной медицинской помощи, транспортное средство, документ о передаче недвижимости или документ о передаче движимого имущества по решению суда, ценные бумаги, облигации, пенсионный или доверительный фонд, содержащий средства в интересах кого-либо из членов вашей семьи, недвижимость, корпоративное транспортное средство, лицевой счет или имущество, долговые обязательства, закладные, облигационные соглашения, транспортное средство для отдыха, фонд средств на похороны, аннуитеты, ювелирные украшения (за исключением фамильных ценностей или обручальных колец), либо права на нефть или полезные ископаемые? Да Нет

(c) Продавали или передавали ли вы или кому-либо из членов вашей семьи денежные средства или имущество в течение последних 12 месяцев, либо затратили/использовали перечисленные в данном разделе ценности в качестве поручительства по затратам на медицинское обслуживание? Да Нет

Примечание. Если вы ответили «да» на вопросы (b) или (c), вам также придется заполнить дополнительную форму описания имущества, отослать ее сотрудникам округа и предоставить подтверждение.

Раздел 6. Изменение иммиграционного статуса или гражданства

Изменился ли иммиграционный статус или гражданство кого-либо из членов вашей семьи, кто имеет страховку Medi-Cal или хочет ее получить, в течение последних 12 месяцев?

(Если ваш иммиграционный статус изменился, вы, возможно, имеете право на получение полноценных льгот Medi-Cal.) Да Нет

Если да, укажите ниже имя (имена) и фамилию (и) и вышлите подтверждение нового статуса.

Имя и фамилия лица <i>(полностью)</i>	Изменение статуса <i>(вышлите подтверждение статуса)</i>

Раздел 7. Слепота/инвалидность/нетрудоспособность

(a) Имеете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи физическое или психическое состояние, которое затрудняет трудоустройство, уход за собой или детьми? Да Нет

Если да, укажите кто. _____

(b) Является ли физическое, психическое или медицинское состояние результатом травмы или несчастного случая? Да Нет

Если да, поясните _____

Раздел 8. Информация о других медицинских программах и направлениях

- (a) Поставьте отметку в данном квадрате, если вы **не** хотите, чтобы информация о вашем ребенке была предоставлена в программу по оказанию недорогих услуг Healthy Families Program, если ваш ребенок получает услуги Medi-Cal с частичной оплатой.
- (b) Вы хотите получить информацию о бесплатной медицинской программе для детей младше 21 (*Child Health and Disability Prevention Program, также известной как CHDP*)? Да Нет
- (c) Вы хотите получить информацию о бесплатной продовольственной программе для беременных или кормящих женщин и детей младше 5 лет (*Women, Infants, and Children Program, также известной как WIC*)? Да Нет
- (d) Вы хотите получить информацию о программе Personal Care Services Program — программе предоставления услуг на дому для пожилых, незрячих и инвалидов (также известной как In-Home Supportive Services)? Да Нет

Раздел 9. Подпись и заверение

Лицо, заполняющее данную форму, должно прочесть информацию ниже и поставить свою подпись.

- Я получил (а) и прочел (ла) копию формы «Важная информация для лиц, подающих запрос на участие в программе Medi-Cal» (MC 219).
- Я осознаю, понимаю и соглашаюсь выполнять все требования, указанные в форме MC 219.
- Я заверяю, что буду сообщать обо всех изменениях дохода, имущества и/или других изменениях, которые могут повлиять на мое право участия в программе Medi-Cal, в течение десяти дней с момента соответствующего изменения.
- Я понимаю, что все утверждения, включая информацию о льготах и доходе, которые я предоставил (а) в данной форме, могут подлежать проверке и потребовать подтверждения.
- Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство согласно законодательству штата Калифорния, что вся предоставленная в данной форме информация правдива и достоверна.

Подпись	Дата
----------------	-------------

Номер телефона для звонков в дневное время или передачи сообщений	Домашний номер телефона <input type="checkbox"/> (поставьте отметку здесь, если номер телефона изменился)
--	--

Подпись свидетеля (если подписано знаком), переводчика или помощника

— Только для использования сотрудниками округа —

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"/> DDS Packet	