

Các Thành Viên Gia Đình Khác Xin Medi-Cal

1 Tên của Đương Đơn/Người Chăm Sóc (Tên Gọi, Tên Đệm, Tên Họ)		Mối Liên Hệ của Đương Đơn/Người Chăm Sóc với (Những Đứa Trẻ	County Use Only Case name: _____ Case # _____ Worker # _____ Date: _____ <hr/> Linkage <hr/> SSN <hr/> PREG <hr/> ID <hr/> Other
Tên ghi trên Giấy Khai Sinh	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Hiện có mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày dự liệu sinh nở: _____ Sẽ sinh bao nhiêu con _____	
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh _____ Tháng Ngày Năm	Có xin Medi-Cal không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, xin cho biết Số Thẻ Trợ Cấp nếu có:	
Nơi Sinh (Thành Phố/Tiểu Bang/Quốc Gia)		Công Dân Hoa Kỳ hay là Kiểu Dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Không, ngày tới Hoa Kỳ _____ Tháng Ngày Năm	
Người này có tình trạng khuyết tật về thể chất, tâm thần, cảm xúc hoặc phát triển không? <input type="checkbox"/> Có. Ngày bắt đầu có tình trạng khuyết tật đó: _____ <input type="checkbox"/> Không		Tình Trạng Hôn Nhân (đánh dấu một lựa chọn): <input type="checkbox"/> Đã Lập Gia Đình <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Góa Bụa <input type="checkbox"/> Đã Ly Dị <input type="checkbox"/> Ly Thân	

2 Tên của Người Phối Ngẫu/Người Cha (Mẹ) Kìa (Tên Gọi, Tên Đệm, Tên Họ)		Mối Liên Hệ với Đương Đơn/Người Chăm Sóc	Linkage <hr/> SSN <hr/> PREG <hr/> ID <hr/> Other
Tên ghi trên Giấy Khai Sinh	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Hiện có mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày dự liệu sinh nở: _____ Sẽ sinh bao nhiêu con _____	
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh _____ Tháng Ngày Năm	Có xin Medi-Cal không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, xin cho biết Số Thẻ Trợ Cấp nếu có:	
Nơi Sinh (Thành Phố/Tiểu Bang/Quốc Gia)		Công Dân Hoa Kỳ hay là Kiểu Dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Không, ngày tới Hoa Kỳ _____ Tháng Ngày Năm	
Người này có tình trạng khuyết tật về thể chất, tâm thần, cảm xúc hoặc phát triển không? <input type="checkbox"/> Có. Ngày bắt đầu có tình trạng khuyết tật đó: _____ <input type="checkbox"/> Không		Tình Trạng Hôn Nhân (đánh dấu một lựa chọn): <input type="checkbox"/> Đã Lập Gia Đình <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Góa Bụa <input type="checkbox"/> Đã Ly Dị <input type="checkbox"/> Ly Thân	

3 Tên của Đứa Trẻ: (Tên Gọi, Tên Đệm, Tên Họ) hoặc "Thai Nhi"		Mối Liên Hệ với Đương Đơn/Người Chăm Sóc	Linkage <hr/> SSN <hr/> PREG <hr/> ID <hr/> 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
Tên ghi trên Giấy Khai Sinh	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Hiện có mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ngày dự liệu sinh nở: _____ Sẽ sinh bao nhiêu con _____	
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh _____ Tháng Ngày Năm	Có xin Medi-Cal không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, xin cho biết Số Thẻ Trợ Cấp nếu có:	
Nơi Sinh (Thành Phố/Tiểu Bang/Quốc Gia)		Công Dân Hoa Kỳ hay là Kiểu Dân? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Không, ngày tới Hoa Kỳ _____ Tháng Ngày Năm	
Đứa trẻ có cư ngụ ở nhà không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Đứa trẻ có đi học không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên của mẹ:		Tên của cha:	
Đứa trẻ này có bị khuyết tật về thể chất, tâm thần, cảm xúc hay phát triển không? <input type="checkbox"/> Có. Ngày bắt đầu có tình trạng khuyết tật đó: _____ <input type="checkbox"/> Không		Có phải là cha (mẹ): <input type="checkbox"/> Đã qua đời <input type="checkbox"/> Đi vắng <input type="checkbox"/> Mất năng lực <input type="checkbox"/> Thất nghiệp	

4 Hiện tại có ai có bảo hiểm sức khỏe/nha khoa hoặc Medicare không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, đó là ai?	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____			
5 Có ai khiếu kiện do tai nạn hoặc thương tích không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> DHCS 6268			
6 Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có muốn có bảo hiểm Medi-Cal để bao trả các khoản chi phí y tế trong ba tháng vừa qua và muốn nộp đơn xin Medi-Cal không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ghi (các) tên: _____ (Các) tháng bảo hiểm: _____	<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 Quý vị hoặc bất kỳ thành viên gia đình nào có bao giờ tham gia phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, đó là ai? (Các) tên: _____ Mối liên hệ: _____	<input type="checkbox"/> CW 5			

8 Chương trình Medi-Cal có thể tiết lộ thông tin của quý vị, trừ khi quý vị đánh dấu vào ô ở dưới:

- Chúng tôi sẽ chia sẻ đơn xin của con quý vị với Healthy Families nếu con quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal miễn phí trong tương lai. Nếu quý vị **không** muốn chúng tôi tiết lộ thông tin này, xin đánh dấu ở đây
- Chúng tôi sẽ tiết lộ đơn xin của con quý vị với Healthy Kids hoặc chương trình tương tự của quận nếu con quý vị không hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal toàn diện. Nếu quý vị **không** muốn chúng tôi tiết lộ thông tin này, xin đánh dấu vào đây

9 **Lợi Tức của Gia Đình:** Ghi lợi tức của **mỗi** người có tên trong đơn xin này. Tính cả khoản tiền chu cấp nuôi con và chu cấp cho người phối ngẫu nhận được. (Ghi mỗi nguồn lợi tức trong một dòng riêng.)

Tên của người có Lợi Tức (Không cần phải ghi lợi tức do đi làm của những trẻ em đang đi học.)	Nguồn Lợi Tức (Công ăn việc làm, an sinh xã hội, trợ cấp hưu trí v.v...)	Được nhận lợi tức bao lâu một lần? (Hàng tuần, hai tuần một lần, hàng tháng)	Mức lợi tức là bao nhiêu? (Tổng lợi tức trước khi trừ các khoản)	Số An Sinh Xã Hội (Không bắt buộc)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

10 **Các khoản chi phí:** Ghi các khoản chi phí hàng tháng cho tất cả những người có tên ở trên.

Giữ Trẻ Ban Ngày hoặc Chăm Sóc Người Phụ Thuộc Bị Khuyết Tật

Cho (tên của đứa trẻ hoặc người phụ thuộc): _____ Tuổi: _____ Số Tiền Trả: _____

Trả Bao Lâu Một Lần? _____

Cho (tên của đứa trẻ hoặc người phụ thuộc): _____ Tuổi: _____ Số Tiền Trả: _____

Trả Bao Lâu Một Lần? _____

Tiền chu cấp nuôi con theo lệnh của tòa án

Người nhận: _____ Người trả: _____ Số Tiền Trả: _____

Tiền cấp dưỡng cho vợ (chồng) theo lệnh của tòa án

Người nhận: _____ Người trả: _____ Số Tiền Trả: _____

Xin lưu ý rằng quý vị có thể cần phải cung cấp thêm thông tin về nhà cửa, lợi tức và/hoặc các nguồn tài sản của quý vị, nếu thích hợp

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin ở trên. Tôi cũng xác nhận rằng thông tin mà tôi cung cấp trong mẫu diễn này là đúng và chính xác.

Chữ ký _____ Ngày: _____