

## BÁO CÁO TÌNH TRẠNG MEDI-CAL

**LƯU Ý: LUẬT TIỂU BANG YÊU CẦU QUÝ VỊ PHẢI ĐIỀN BÁO CÁO TÌNH TRẠNG GIỮA NĂM QUÝ VỊ PHẢI GỬI LẠI MẪU BÁO CÁO NÀY TRỄ NHẤT LÀ \_\_\_\_\_ ĐỂ GIỮ PHÚC LỢI MEDI-CAL CỦA QUÝ VỊ. XIN VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN BẰNG VIẾT MỤC.**

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Ngày thông báo: _____ Trường hợp số: _____ Tên Worker (người phụ trách hồ sơ): _____ Số Worker: _____ Điện thoại của Worker: _____ Giờ làm việc của Worker: _____
--	--

**Không điền mẫu này nếu những người duy nhất trong gia đình quý vị được nhận Medi-Cal đã trên 65 tuổi, bị mù lòa, dưới 21 tuổi, những người nhận trợ cấp CalWORKs hoặc người khác đã báo cáo tình trạng mang thai hay khuyết tật của mình cho nhân viên Medi-Cal của họ.**

**Để giữ phúc lợi Medi-Cal, quý vị phải điền mẫu này nếu quý vị là cha/mẹ được nhận phúc lợi Medi-Cal. Hãy báo cho chúng tôi biết về những thay đổi đã xảy đến với quý vị trong 6 tháng gần đây nhất. Nếu quý vị cần giúp điền mẫu này, xin gọi nhân viên phụ trách quý vị. Tên và số điện thoại của nhân viên phụ trách quý vị được ghi ở trên.**

### **Mục 1: Nếu quý vị không có thay đổi gì cần báo cáo trong 6 tháng gần đây nhất:**

- Xem lại các phần ghi trong Mục 2 (tới trang mặt sau).
- Nếu không có thay đổi gì để báo cáo, hãy đánh dấu vào ô này  Không có thay đổi gì
- KHÔNG điền Mục 2.
- Tới Mục 3 ở trang mặt sau. Quý vị phải ký tên và điền ngày tháng vào mẫu này
- Gửi lại tờ mẫu đã điền cho quận trễ nhất là ngày ghi ở đầu trang này.
- Sử dụng bì thư đã ghi sẵn địa chỉ kèm theo. Không cần phải dán tem.

### **Nếu quý vị CÓ thay đổi cần báo cáo trong 6 tháng gần đây nhất**

- Tới trang mặt sau. Điền Mục 2.
- Tới Mục 3. Quý vị phải ký tên và ghi ngày tháng vào mẫu này.
- Gửi lại tờ mẫu đã điền cho quận trễ nhất là ngày ghi ở đầu trang này..
- Không gửi bất kỳ giấy tờ nào
- Sử dụng bì thư đã ghi sẵn địa chỉ kèm theo. Không cần phải dán tem.

**GHI NHỚ: ẢI KÝ TÊN VÀO MẶT SAU CỦA TỜ MẪU ĐIỀN NÀY  
TỚI TRANG MẶT SAU ►**

**KHÔNG GỬI BẤT KỲ GIẤY TỜ GÌ CÙNG VỚI MẪU ĐIỀN NÀY****Mục 2:** Đánh dấu “Có” cho tất cả các thay đổi trong 6 tháng gần đây nhất và giải thích**Các Thay Đổi về Lợi Tức**

Quý vị hoặc người nhà của quý vị nhận được nhiều hay ít tiền hơn từ công việc, tiền chu cấp nuôi con hoặc tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng đã ly dị, an sinh xã hội, trợ cấp cựu chiến binh, trợ cấp thất nghiệp hoặc trợ cấp tàn tật, trợ cấp hưu trí, quà tặng hoặc lãi suất hoặc cổ tức?  Có

**Xin giải thích:****Thay Đổi về Các Chi Phí Đã Trả**

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có thay đổi số tiền trả cho dịch vụ giữ trẻ hoặc chăm sóc người lớn, bảo hiểm sức khỏe, tiền chu cấp nuôi con theo lệnh của tòa án, tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng đã ly dị hoặc chi phí học tập không?  Có

**Xin giải thích:****Các Thay Đổi về Hoàn Cảnh Sống**

Có ai chuyển tới sống ở nhà quý vị hay chuyển ra khỏi nhà quý vị, chuyển tới sống với người khác, kết hôn, hoặc là có con không?  Có

**Xin giải thích:**Nếu có, họ có muốn nhận Medi-Cal không?  Có  Không**Các Thay Đổi Khác**

Trong nhà quý vị có ai có thay đổi về giá trị tài sản mà họ sở hữu không (ví dụ như tiền trong ngân hàng, xe cộ, bất động sản v.v...), tình trạng di trú hay là bảo hiểm sức khỏe khác không?  Có

**Xin giải thích:****Khuyết tật**

Trong nhà quý vị có ai bắt đầu bị khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần không? Nếu có, đó là ai?  Có

**Mang thai**

Trong nhà quý vị có ai mang thai không? Nếu có, đó là ai?  Có

Ngày dự liệu sinh nở là khi nào?

Dự liệu sẽ sinh bao nhiêu em bé?

**Mục 3: Chữ Ký và Chứng Nhận**

Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo tất cả các thay đổi về lợi tức, tài sản, và/hoặc các thay đổi khác cho quận. Theo hình phạt về tội khai man, tôi cam đoan rằng mọi thông tin nói trên là đúng và trung thực.

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Điện thoại: ( ) \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của người

làm chứng: \_\_\_\_\_ Điện thoại: ( ) \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

(Nếu người đó ký tên bằng cách đánh dấu)

Chữ ký của người

đại diện cho người thụ hưởng: \_\_\_\_\_ Mối liên hệ với người thụ hưởng \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_