

MEDI-CAL申請人的補充事實陳述

County Use Only

County Number/Aid Code/Case Number

第 I 部分—個人資訊

1a. 申請人姓名 (姓、名、中間名縮寫)		1b. 社會安全號碼 — —		1c. 出生日期 / /		
1d. 曾用名 (姓、名、中間名縮寫)		1e. 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1f. 身高 英尺 英寸		1g. 體重 磅	
2a. 家庭住址		市	州	郵編		
2b. 郵寄地址 (如果不同)		市	州	郵編		
3. 日間電話： ()		請選擇(如果)： <input type="checkbox"/> 無電話 <input type="checkbox"/> 留言電話 ()			最佳聯絡時間	
4a. 您說英文嗎？ <input type="checkbox"/> 是 若「是」，請填第II部分 <input type="checkbox"/> 否 若「否」，您說什麼語：		4b. 您有口譯人員嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若「是」，請填上口譯人員姓名： 口譯人員的電話號碼： ()		最佳聯絡時間

第 II 部分—醫療資訊

County Use Only

5. 在過去兩(2)年內，您是否申請過「社會保障傷殘」或「附加保障傷殘生活補助金(SSI)」福利？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，請回答下列問題：		
a. 您的「社會保障傷殘」或「SSI傷殘生活補助金」申請曾/已： <input type="checkbox"/> 被批准？ <input type="checkbox"/> 被拒？ <input type="checkbox"/> 待定？ <input type="checkbox"/> 上訴？ <input type="checkbox"/> 未知？		
b. 如果被批准或被拒，請給出您的「社會保障傷殘」或「SSI傷殘生活補助金」申請最近一次被批准或被拒的日期：		
c. 在上述5b所列之日期以來，您的病情是否惡化？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，請解釋：		
d. 自上述5b所列之日期以來，您是否患上任何新的疾病，而該疾病在就您的「社會保障傷殘」或「SSI傷殘生活補助金」申請做出決定時是沒有的？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，是什麼病？		
6. 列出所有讓您不能工作或照顧自己個人需要的 (身體或精神) 疾病。(若必要，可另附一張紙。)		
疾病	何時開始的 (月/年)	

7. 在過去12個月內，您是否因病或因傷而在診所或醫院接受過治療？ 是 否

County Use Only

若「是」，請詳細填寫下述資訊：

診所/醫院名

患者/門診或會員號

診所/醫院電話號碼

()

您看病的醫生姓名

診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)

市

州

郵編

第一次看病日期

最後一次看病日期

下次預約日期

看病原因

您住院了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫住院日期：

出院日期：

您去急診室看病了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫看病日期：

列出得到的**所有**藥物：

列出接受的**所有**治療和治療日期：

MC 220
Signed

8. 列出在過去12個月內您去看過病的其他診所或醫院。

診所/醫院名

患者/門診或會員號

診所/醫院電話號碼

()

您看病的醫生姓名

診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)

市

州

郵編

第一次看病日期

最後一次看病日期

下次預約日期

看病原因

您住院了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫住院日期：

出院日期：

您去急診室看病了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫看病日期：

列出得到的**所有**藥物：

列出接受的**所有**治療和治療日期：

MC 220
Signed

如果在過去12個月內您在其他診所或醫院看過病，
請填寫第8頁。

9. 在過去12個月內，您是否去看過您已經列出的診所或醫院以外的醫生？ 是 否

若「否」，請跳到第10項。若「是」，請詳細填寫下述資訊，如果看的醫生不只一位，請在第8頁填寫補充資訊：

County Use Only

MC 220
Signed

醫生姓名		
患者/門診或會員號	醫生的電話號碼 ()	
診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)	市	州 郵編
第一次看病日期	最後一次看病日期	下次預約日期
看病原因		
列出得到的 所有 藥物：		
列出接受的 所有 治療和治療日期：		

10. 如果在過去12個月內您進行了下列任何一項檢查，請在下面列出。請務必在每一項檢查旁劃勾標注「是」或「否」。(如果已經提供了醫生、診所或醫院的地址，請只列出相關的名稱和日期。)

進行的檢查	是	否	完成檢查的辦公室、診所或醫院的名稱及地址	日期 (月/年)
心電圖 (EKG)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
跑步機 (運動心率檢查)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
X 光胸透			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
呼吸檢查 (PFT)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
驗血			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
其他 (請說明)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	

MC 220
Signed

11. 在過去12個月內您是否接受過其他任何醫學治療或檢查？

是 否

County Use Only

若「否」，請跳到第12項。

若「是」，請填寫第8頁。

12. 是否有其他任何可供我們聯絡的人（朋友、親戚、社工、康復顧問、律師、理療師等），以便瞭解您的傷病情況以及您日常活動或工作的受限情況？

是 否

若「是」，請在下面列出：

姓名

地址 (門牌號, 街道, 室)

電話號碼
()

與您的關係

姓名

地址 (門牌號, 街道, 室)

電話號碼
()

與您的關係

姓名

地址 (門牌號, 街道, 室)

電話號碼
()

與您的關係

13. 您可能被要求去做額外的醫學檢查，以幫助評估您的疾病。（這些檢查對您免費。）

如果需要的話，您願意接受額外的醫學檢查嗎？

是 否

第 III 部分— 社會和教育資訊

14. 描述您的日常活動，並告訴我們您的病情如何限制您的活動。

15. 描述您的教育背景。

a. 在您讀完的最高年級處打勾。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 或
 GED (等同於讀完12年級) 12+

b. 什麼時候讀完的？月/年：

c. 您上的是特殊教育班嗎？

是 否

16. 在過去15年內您是否做過任何一種工作，時間超過30天？（其中包括在其他國家做過的工作）

是 否

若「否」，請跳過第 IV 部分，到第7頁第V部分的簽名處簽名。

若「是」，回答第5頁第IV部分，從第17開始。

第 V 部分 — 簽名及證明

我宣誓本補充事實表上所含內容屬實無訛，若有不實，願意接受美國法律和California州有關偽證罪法律的處罰。

申請人簽名 ▶	日期
證人簽名（如果申請人的簽名是個符號） ▶	日期
幫助申請人填寫此表的人簽名 ▶	日期

您將需要簽一份授權書 — 授權披露您所列的每一家診所、醫院和檢查設施以及您看過的診所或醫院以外的醫生的資訊。您的縣工作人員將為您提供其他需要您簽名的表格。

繼續回答第2頁上的第8項、第3頁上的第9項、第3頁上的第10項。 如果空白處不夠寫，請向您的縣工作人員要額外的紙張填寫。

County Use Only

列出在過去12個月內您去看過病的其他診所或醫院。

MC 220
Signed

診所/醫院名		
患者/門診或會員號	診所/醫院電話號碼 ()	
您看病的醫生姓名		
診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)	市	州 郵編
第一次看病日期	最後一次看病日期	下次預約日期
看病原因		
您住院了嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
若「是」, 請填寫住院日期:		出院日期:
您去急診室看病了嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
若「是」, 請填寫看病日期:		
列出得到的 所有 藥物:		
列出接受的 所有 治療和治療日期:		

列出您去看過的、不在您已經列出的診所或醫院以內的其他任何醫生:

MC 220
Signed

醫生姓名		
患者/門診或會員號	醫生的電話號碼 ()	
您看病的醫生姓名		
診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)	市	州 郵編
第一次看病日期	最後一次看病日期	下次預約日期
看病原因		
列出得到的 所有 藥物:		
列出接受的 所有 治療和治療日期:		

列出在過去12個月內您進行的其他任何檢查:

MC 220
Signed

進行的檢查	完成檢查的辦公室、診所或醫院的名稱及地址	日期 (月/年)
	名稱	
	地址 (門牌號, 街道, 室)	
	市 州 郵編	
	名稱	
	地址 (門牌號, 街道, 室)	
	市 州 郵編	

MC 220
Signed