

## County Use Only

## اظهارنامه حقایق مکمل از سوی متقاضی برای MEDI-CAL

County Number/Aid Code/Case Number

## بخش I — اطلاعات شخصی

1c. تاریخ تولد / /	1b. شماره سوشیال سکوریته — —	1a. نام متقاضی (نام خانوادگی، اسم کوچک، اسم میانی)
1g. وزن پوند	1f. قد فوت اینچ	1e. جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
کد پستی	ایالت	شهر
کد پستی	ایالت	شهر
2a. نشانی منزل	شهر	ایالت
2b. نشانی پستی (اگر متفاوت است)	شهر	ایالت
3. شماره تلفن برای تماس در روز بهترین موقع برای تماس	تیک بزنید اگر: <input type="checkbox"/> تلفن ندارید <input type="checkbox"/> تلفن پیام گیر دارید	( )
4a. انگلیسی صحبت می کنید؟	4b. آیا مترجم شفاهی دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بهترین موقع برای تماس
	اگر بله، نام مترجم شفاهی تان چیست؟ شماره تلفن مترجم شفاهی: ( )	
		<input type="checkbox"/> بله اگر بله، به قسمت II مراجعه کنید <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، به چه زبان (هایی) صحبت می کنید:

## County Use Only

## قسمت II — اطلاعات پزشکی

3. آیا در عرض دو (2) سال اخیر برای دریافت مزایای از کار افتادگی سوشیال سکوریته یا درآمد مکمل سکوریته از کار افتادگی (SSI) تقاضا کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، لطفاً به سوال زیر پاسخ دهید:	a. آیا تقاضای سوشیال سکوریته یا از کار افتادگی SSI شما: <input type="checkbox"/> مورد قبول واقع شده است؟ <input type="checkbox"/> رد شده است؟ <input type="checkbox"/> در دست رسیدگی است؟ <input type="checkbox"/> در شرف استیناف است؟ <input type="checkbox"/> تعیین نشده است؟
b. اگر مورد قبول واقع شده و یا رد شده است، تاریخ آخرین تصمیم مربوط به تقاضای از کار افتادگی سوشیال سکوریته یا SSI تان را درج کنید:	
c. آیا از تاریخ فوق الذکر در 5b، مشکلات پزشکی تان بدتر شده اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، لطفاً توضیح دهید:	
d. آیا از تاریخ فوق الذکر در 5b، هیچ گونه مشکل (مشکلات) پزشکی جدیدی برای شما پیش آمده است که هنگام تصمیم گیری راجع به از کار افتادگی سوشیال سکوریته یا SSI تان نداشتید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، چه مشکل (مشکلات) پزشکی؟	
6. تمام مشکلات پزشکی تان (اعم از جسمانی و روانی) که شما را از کار کردن یا انجام نیازهای شخصی تان باز می دارد را فهرست کنید. (در صورت لزوم، لطفاً یک برگه اضافی ضمیمه کنید.)	
چه زمانی شروع شد (ماه/سال)	مشکل (مشکلات) پزشکی

County Use Only

MC 220  
Signed

7. آیا در عرض 12 ماه گذشته برای بیماری(ها) یا آسیب (های) وارده به خود در کلینیک یا بیمارستانی تحت درمان قرار گرفتید؟  
 بله  خیر

اگر بله، لطفاً به صورت کامل به موارد ذیل پاسخ دهید:

نام کلینیک/بیمارستان

بیمار/ کلینیک یا شماره عضو

شماره تلفن کلینیک/بیمارستان

( )

نام پزشکی (پزشکانی) که به او مراجعه کرده اید

نشانی کلینیک/بیمارستان (شماره، خیابان، اتاق)

شهر

ایالت

کد پستی

تاریخ اولین مراجعه

تاریخ آخرین مراجعه

تاریخ ملاقات بعدی

دلایل مراجعه

آیا شب در بیمارستان بستری شدید؟  بله  خیر

اگر بله، تاریخ (های) ورود:

تاریخ (های) خروج:

آیا به بخش اورژانس مراجعه کردید؟  بله  خیر

اگر بله، تاریخ مراجعه:

تمامی داروهای دریافت شده را فهرست کنید:

تمامی درمانهای دریافت شده و تاریخ دریافت آنها را فهرست کنید:

8. هر گونه کلینیک یا بیمارستان دیگری که طی 12 ماه اخیر به آنجا مراجعه نموده اید را فهرست کنید.

نام کلینیک/بیمارستان

بیمار/ کلینیک یا شماره عضو

شماره تلفن کلینیک/بیمارستان

( )

نام پزشکی (پزشکانی) که به او مراجعه کرده اید

نشانی کلینیک/بیمارستان (شماره، خیابان، اتاق)

شهر

ایالت

کد پستی

تاریخ اولین مراجعه

تاریخ آخرین مراجعه

تاریخ ملاقات بعدی

دلایل مراجعه

آیا شب در بیمارستان بستری شدید؟  بله  خیر

اگر بله، تاریخ (های) ورود:

تاریخ (های) خروج:

آیا به بخش اورژانس مراجعه کردید؟  بله  خیر

اگر بله، تاریخ مراجعه:

تمامی داروهای دریافت شده را فهرست کنید:

تمامی درمانهای دریافت شده و تاریخ دریافت آنها را فهرست کنید:

اگر طی 12 ماه اخیر به کلینیک ها و بیمارستانهای دیگری مراجعه کرده اید، صفحه 8 را تکمیل کنید.

9. آیا برای دیدن پزشکی در خارج از کلینیک ها و بیمارستانهایی که برای 12 ماه اخیر فهرست کردید، مراجعه نموده اید؟

بله  خیر

County Use Only

MC 220 Signed

اگر خیر، به شماره 10 مراجعه کنید. اگر بله، لطفاً به موارد ذیل پاسخ کامل بدهید، اگر به بیش از یک پزشک مراجعه کرده اید، لطفاً صفحه ۸ را برای تمامی اطلاعات مکمل پر کنید:

نام پزشک (پزشکان)

شماره بیمار/کلینیک یا عضو

شماره تلفن پزشک

( )

نشانی کلینیک/بیمارستان (شماره، خیابان، اتاق)

شهر

ایالت

کد پستی

تاریخ اولین مراجعه

تاریخ آخرین مراجعه

تاریخ ملاقات بعدی

تاریخ ملاقات بعدی

تمامی داروهای دریافت شده را فهرست کنید:

تمامی درمان های دریافت شده و تاریخ دریافت آنها را فهرست کنید:

10. اگر یکی از این آزمایشات را طی 12 ماه اخیر انجام داده اید، در اینجا درج کنید. اطمینان حاصل کنید که در کنار هر یک از آزمایشات، بله یا خیر یا هیچ گونه آزمایش را تیک بزنید. (اگر نشانی پزشک، کلینیک، یا بیمارستان از قبل داده شده است، فقط نام و تاریخ را بنویسید.)

آزمایش انجام شده	بله	خیر	نام و نشانی دفتر، کلینیک یا بیمارستانی که در آنجا آزمایشات انجام شده است را بنویسید	تاریخ (ماه/سال)
الکتروکاردیوگرام (EKG)			نام	
			نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
			شهر ایالت کد پستی	
تردمیل تست ورزشی برای قلب			نام	
			نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
			شهر ایالت کد پستی	
عکسبرداری از قفسه سینه			نام	
			نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
			شهر ایالت کد پستی	
آزمایش تنفس (PFT)			نام	
			نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
			شهر ایالت کد پستی	
آزمایشات خون			نام	
			نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
			شهر ایالت کد پستی	
غیره (نکر کنید)			نام	
			نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
			شهر ایالت کد پستی	

11. آیا طی 12 ماه اخیر هیچ گونه درمان یا آزمایش دیگری را دریافت کرده اید؟  بله  خیر

اگر خیر، به شماره 12 مراجعه کنید.

اگر بله، صفحه 8 را تکمیل کنید.

12. یا فرد دیگری (دوست، فامیل، مددکار اجتماعی، مشاور توانبخشی، وکیل، فیزیوتراپیست، غیره) هست که ما بتوانیم در ارتباط با اطلاعات مربوط به بیماری یا آسیب وارده به شما و اینکه چگونه فعالیت های روزانه شما را محدود کرده و یا شما را از کار کردن باز می دارد، تماس بگیریم؟  بله  خیر

اگر بله، لطفاً در ذیل بنویسید:

نام

نشانی ( شماره، خیابان، اتاق)

شماره تلفن

نسبت با شما

( )

نام

نشانی ( شماره، خیابان، اتاق)

شماره تلفن

نسبت با شما

( )

نام

نشانی ( شماره، خیابان، اتاق)

شماره تلفن

نسبت با شما

( )

13. جهت کمک به ارزیابی مشکلات پزشکی تان ممکن است از شما خواسته شود تا آزمایشات پزشکی مکملی را انجام دهید. ( این آزمایشات برای شما رایگان خواهند بود.)

آیا حاضرید در صورت لزوم آزمایشات پزشکی مکملی را انجام دهید؟  بله  خیر

### قسمت III — اطلاعات اجتماعی و تحصیلی

14. فعالیتهای روزانه خود را شرح دهید و به ما بگویید که وضعیت شما تا چه حدی مانع از انجام فعالیت هایتان می شود.

15. سابقه تحصیلی خود را شرح دهید.

a. بالاترین مقطع تحصیلی که به اتمام رسانده اید را علامت بزنید:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 یا

GED ( که برابر با اتمام کلاس 12 است)  12+

b. چه زمانی به پایان رسید؟ ماه/سال:

c. آیا در کلاس های آموزش ویژه ثبت نام کردید؟  بله  خیر

16. آیا طی 15 سال گذشته، برای مدت بیش از 30 روز به کاری اشتغال داشته اید؟ (این شامل کار در سایر کشورها می باشد.)

بله  خیر

اگر خیر، قسمت IV را رد کرده و برای امضاء به قسمت V در صفحه 7 مراجعه کنید.

اگر بله، به قسمت IV در صفحه 5، که با شماره 17 شروع می شود پاسخ دهید.

17. تمامی شغل هایی را که طی 15 سال گذشته، برای مدت بیش از 30 روز انجام داده اید را شرح دهید. با آخرین شغل خود شروع کنید. (اگر بیش از دو شغل داشتید، از مددکار کانتی بخواهید که صفحات اضافی را در اختیار شما قرار دهد.)

a. عنوان شغل		نوع فعالیت	
تاریخ هایی که کار کرده اید (ماه/سال)		ساعت در هفته	میزان حقوق
از:	تا:	در ساعت/هفته/ماه	

شرح وظایف کاری ( کاری که انجام می دادم و نحوه انجام آن)

از این ابزار، دستگاه ها و لوازم استفاده می کردم:

فراگیری این شغل روز یا ماه طول کشید.

من می نوشتم، گزارش هایی را تهیه می کردم یا مسئولیت های مشابهی داشتم.  بله  خیر

من مسئولیت های نظارتی داشتم:  بله  خیر

#### فعالیت های بدنی

(دور یکی را خط بکشید)

در یک روز عادی	ساعت پیاده روی کردم.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
در یک روز عادی	ساعت ایستادم.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
در یک روز عادی	ساعت نشستم.	0	1	2	3	4	5	6	7	8

در یک روز عادی به این اندازه بالا رفتم.  هرگز  بعضی اوقات  بیشتر اوقات  همیشه

در یک روز عادی به این اندازه خم می شوم.  هرگز  بعضی اوقات  بیشتر اوقات  همیشه

سنگین ترین باری که بلند کردم.  10 lbs  20 lbs  50 lbs  بیش از 100 lbs

من اکثر اوقات تا بلند/حمل کردم.  10 lbs  20 lbs  50 lbs  بیش از 100 lbs

آیا هنگام انجام این شغل هیچ یک از مشکلات پزشکی کنونی تان را داشتید؟  بله  خیر

اگر خیر، و شغل دیگری نداشتید، برای امضاء به قسمت V در صفحه 7 مراجعه کنید.

اگر خیر، اما شغل های دیگری داشتید، به 17b در صفحه بعدی مراجعه کنید.

اگر بله، لطفاً اطلاعات ذیل را تکمیل کنید.

نام مشکل (مشکلات) پزشکی:

برای اینکه بتوانید به کارتان ادامه دهید، آیا کارفرمای شما تدابیر خاصی را در نظر گرفت (مانند دستگاه های مخصوص، تغییرات در

مسئولیت های کاری، و غیره)  بله  خیر

اگر بله، در مورد این تدابیر خاص توضیح دهید:

آیا به علت مشکل (مشکلات) پزشکی تان مجبور شدید که کارتان را متوقف کنید؟  بله  خیر

اگر بله، در چه زمانی؟ ماه روز سال

آیا طی 15 سال گذشته برای بیش از 30 روز هیچ کار دیگری انجام داده اید؟  بله  خیر

اگر خیر، برای امضاء به قسمت V در صفحه 7 مراجعه نمایید. اگر بله، در صفحه بعد از 17b ادامه دهید.

نوع فعالیت		17b. عنوان شغل								
در ساعت/هفته/ماه	میزان حقوق	ساعت در هفته	تاریخ هایی که کار کرده اید (ماه/سال) از: تا:							
شرح وظایف کاری ( کاری که انجام می دادم و نحوه انجام آن)										
از این ابزار، دستگاه ها و لوازم استفاده می کردم:										
فراگیری این شغل روز یا ماه طول کشید.										
من می نوشتم، گزارش هایی را تهیه می کردم یا مسئولیت های مشابهی داشتم. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر										
من مسئولیت های نظارتی داشتم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر										
فعالیت های بدنی										
( دور یکی را خط بکشید)										
8	7	6	5	4	3	2	1	0	ساعت پیاده روی کردم.	در یک روز عادی
8	7	6	5	4	3	2	1	0	ساعت ایستادم.	در یک روز عادی
8	7	6	5	4	3	2	1	0	ساعت نشستم.	در یک روز عادی
در یک روز عادی به این اندازه بالا رفتم. <input type="checkbox"/> هرگز <input type="checkbox"/> بعضی اوقات <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> همیشه										
در یک روز عادی به این اندازه خم می شوم. <input type="checkbox"/> هرگز <input type="checkbox"/> بعضی اوقات <input type="checkbox"/> بیشتر اوقات <input type="checkbox"/> همیشه										
سنگین ترین باری که بلند کردم. <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> بیش از 100 lbs										
من اکثر اوقات تا بلند/حمل کردم. <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> بیش از 100 lbs										
آیا هنگام انجام این شغل هیچ یک از مشکلات پزشکی کنونی تان را داشتید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، و شغل دیگری نداشتید، برای امضاء به قسمت V در صفحه 7 مراجعه کنید. اگر خیر، اما شغل های دیگری داشتید، از مددکار کانتی تان تقاضای برگ اضافی کنید. اگر بله، لطفاً اطلاعات ذیل را تکمیل کنید. نام مشکل (مشکلات) پزشکی:										
برای اینکه بتوانید به کارتان ادامه دهید، آیا کارفرمای شما تدابیر خاصی را در نظر گرفت (مانند دستگاه های مخصوص، تغییرات در مسئولیت های کاری، و غیره) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، در مورد این تدابیر خاص توضیح دهید:										
آیا به علت مشکل (مشکلات) پزشکی تان مجبور شدید که کارتان را متوقف کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، در چه زمانی؟ ماه روز سال										
آیا طی 15 سال گذشته برای بیش از 30 روز هیچ کار دیگری انجام داده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، برای امضاء به قسمت V در صفحه 7 مراجعه نمایید. اگر بله، برای تکمیل، از مددکار کانتی تان تقاضای برگ اضافی کنید.										

## قسمت V – امضاء و تصدیق

من بر مبنای قوانین آمریکا و ایالت California تحت مجازات در برابر گواهی دروغ، اعلام می‌کنم که اطلاعات مندرج در این اعلام حقایق مکمل درست و صحیح است.

تاریخ	امضاء متقاضی
تاریخ	امضاء شاهد ( اگر متقاضی با استفاده از علامت امضاء کرده است)
تاریخ	امضاء شخصی که برای پر کردن فرم به متقاضی کمک کرده است

به منظور افشاء اطلاعات توسط هر کلینیک، بیمارستان و آزمایشگاهی که فهرست کرده اید، و همچنین برای هر پزشکی که در خارج از کلینیک یا بیمارستان مراجعه کرده اید، باید مجوزی را امضاء کنید. مددکار کانتی تان به شما فرمهای مکملی برای امضاء ارائه خواهد داد.

**County Use Only**

ادامه پاسخ (ها) به سؤال (های) شماره 8 در صفحه 2، شماره 9 در صفحه 3 و شماره 10 در صفحه 3. اگر نیاز به فضای بیشتری دارید، لطفاً از مددکار کاتنی درخواست نمایید صفحات مکملی را برای نوشتن در اختیار شما قرار دهد.

هر گونه کلینیک یا بیمارستان دیگری که طی 12 ماه اخیر به آنجا مراجعه نموده اید را فهرست کنید.

MC 220  
Signed

نام کلینیک/بیمارستان	
شماره بیمار/کلینیک یا عضو	شماره تلفن کلینیک/بیمارستان
نام پزشکی (پزشکانی) که به او مراجعه کرده اید	
نشانی کلینیک/بیمارستان (شماره، خیابان، اتاق)	شهر ایالت کد پستی
تاریخ اولین مراجعه	تاریخ آخرین مراجعه
تاریخ ملاقات بعدی	
دلایل مراجعه	
آیا شب در بیمارستان بستری شدید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
اگر بله، تاریخ (های) ورود: تاریخ (های) خروج:	
آیا به بخش اورژانس مراجعه کردید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
اگر بله، تاریخ مراجعه:	
تمامی داروهای دریافت شده را فهرست کنید:	
تمامی درمانهای دریافت شده و تاریخ دریافت آنها را فهرست کنید:	

MC 220  
Signed

نام هر پزشک دیگری که در خارج از کلینیک (ها) یا بیمارستان (ها) بی که قبلاً فهرست کرده اید، به آنها مراجعه نموده اید را بنویسید:	
نام پزشک (پزشکان)	
شماره بیمار/کلینیک یا عضو	شماره تلفن پزشک
نام پزشکی (پزشکانی) که به او مراجعه کرده اید	
نشانی کلینیک/بیمارستان (شماره، خیابان، اتاق)	شهر ایالت کد پستی
تاریخ اولین مراجعه	تاریخ آخرین مراجعه
تاریخ ملاقات بعدی	
تمامی داروهای دریافت شده را فهرست کنید:	
تمامی درمان های دریافت شده و تاریخ دریافت آنها را فهرست کنید:	

MC 220  
Signed

هر گونه آزمایش مکملی که در عرض 12 ماه گذشته انجام داده اید را فهرست کنید:

MC 220  
Signed

تاریخ (ماه/سال)	نام و نشانی دفتر، کلینیک، یا بیمارستانی که در آنجا آزمایشات انجام شده است.	آزمایش انجام شده
	نام	
	نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
	شهر ایالت کد پستی	
	نام	
	نشانی (شماره، خیابان، اتاق)	
	شهر ایالت کد پستی	