

الوثائق المقبولة لإثبات الجنسية أو الهوية

قانون جديد ينص على أن معظم مقدمي الطلبات والمستفيدين من برنامج Medi-Cal من المواطنين الأمريكيين أو حاملي الجنسية الأمريكية يجب عليهم تقديم وثائق لإثبات الجنسية والهوية.

المقاطعة قد تلقت وراجعت وثائق إثبات الجنسية و/أو الهوية التي قدمتها عن:

إسم مقدم الطلب أو المستفيد:

الأخير

الأوسط

الأول

تاريخ الميلاد:

إسم وثيقة الجنسية التي رأيتها:	إسم وثيقة الهوية التي رأيتها:
<input type="checkbox"/> مقبول. وثيقة الجنسية التي قدمتها هي إثبات مقبول للهوية. لن يكون عليك تقديم الإثبات مرة أخرى للشخص المذكور أعلاه.	<input type="checkbox"/> مقبول. وثيقة الهوية التي قدمتها هي إثبات مقبول للجنسية. لن يكون عليك تقديم الإثبات مرة أخرى للشخص المذكور أعلاه.
<input type="checkbox"/> مرفوض. وثيقة الهوية التي قدمتها غير مقبولة. يجب عليك تقديم إثبات آخر للهوية. مرفق قائمة لوثائق إثبات الهوية المقبولة.	<input type="checkbox"/> مرفوض. الإثبات الذي قدمته غير مقبول. يجب عليك تقديم إثبات آخر للجنسية. مرفق قائمة لوثائق إثبات الجنسية المقبولة.
<ul style="list-style-type: none"> كل الوثائق يجب أن تكون أصلية أو نسخ مصدقة من جهة الإصدار. الصور المنسوخة غير مقبولة. 	<ul style="list-style-type: none"> كل الوثائق يجب أن تكون أصلية أو نسخ مصدقة من جهة الإصدار. الصور المنسوخة غير مقبولة.

الشخص المذكور أعلاه قد إستوفى المتطلبات الجديدة لإثبات الجنسية والهوية حيث أنه قد تم قبول كل من وثائق الجنسية والهوية.

الشخص المذكور أعلاه لم يستوفى المتطلبات الجديدة لإثبات الجنسية والهوية حيث أنه لم يتم تقديم أو قد تم رفض إحدى أو كل من وثائق الجنسية و/أو الهوية.

إذا كانت لديك إستفسارات، الرجاء الإتصال بمكتب الخدمات الإجتماعية لمقاطعتك على رقم التلفون المدرج أدناه.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information above is true and correct.

Signature of eligibility worker _____ Date: _____

Name of eligibility worker (print): _____
 First Middle Last

Telephone number: _____ County: _____

County fills out this box

Case No: _____ Case Name: _____