

# «Medi-Cal»-ի համար դիմող՝ ընտանիքի լրացուցիչ անդամներ

<b>1</b> Դիմորդի/խնամողի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)		Դիմորդի/խնամողի հարաբերությունը երեխայի/երեխաների հետ
Անունը, ինչպես նշված է ծննդյան վկայականի մեջ	Սեռը <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	Հղի՞ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Ծննդաբերելու նախատեսված ամսաթիվը _____ Երեխաների թիվը _____
Սոցիալական ապահովության համարը	Ծննդյան ամսաթիվը _____ Ամիսը օրը Տարին	«Medi-Cal»-ի համար դիմում է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, նշեք նպաստների տարբերիչ քարտի համարը, եթե ունեք՝
Ծննդավայրը (քաղաքը/նահանգը/երկիրը)	ԱՄՆ քաղաքացի կամ հպատակ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե ոչ, ԱՄՆ ժամանելու ամսաթիվը՝ _____ Ամիսը օրը Տարին	
Այդ անձը ֆիզիկական, հոգեկան, զգացմունքային կամ զարգացման որևէ հաշմանդամություն ունի՞: <input type="checkbox"/> Այո: Հաշմանդամ դառնալու ամսաթիվը՝ _____ <input type="checkbox"/> Ոչ	Ընտանեկան դրությունը (նշան դնել մեկի դիմաց)՝ <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Այրի <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Բաժանված	

<b>County Use Only</b>	
Case name:	_____
Case #	_____
Worker #	_____
Date:	_____
Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
Other	_____

<b>2</b> Ամուսնու/մյուս ծնողի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը)		Հարաբերությունը դիմորդի/խնամողի հետ
Անունը, ինչպես նշված է ծննդյան վկայականի մեջ	Սեռը <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	Հղի՞ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Ծննդաբերելու նախատեսված ամսաթիվը _____ Երեխաների թիվը _____
Սոցիալական ապահովության համարը	Ծննդյան ամսաթիվը _____ Ամիսը օրը Տարին	«Medi-Cal»-ի համար դիմում է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, նշեք նպաստների տարբերիչ քարտի համարը, եթե ունեք՝
Ծննդավայրը (քաղաքը/նահանգը/երկիրը)	ԱՄՆ քաղաքացի կամ հպատակ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե ոչ, ԱՄՆ ժամանելու ամսաթիվը՝ _____ Ամիսը օրը Տարին	
Այդ անձը ֆիզիկական, հոգեկան, զգացմունքային կամ զարգացման որևէ հաշմանդամություն ունի՞: <input type="checkbox"/> Այո: Հաշմանդամ դառնալու ամսաթիվը՝ _____ <input type="checkbox"/> Ոչ	Ընտանեկան դրությունը (նշան դնել մեկի դիմաց)՝ <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Ամուրի <input type="checkbox"/> Այրի <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Բաժանված	

Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
Other	_____

<b>3</b> Երեխայի անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը) կամ «չծնված»		Հարաբերությունը դիմորդի/խնամողի հետ
Անունը, ինչպես նշված է ծննդյան վկայականի մեջ	Սեռը <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	Հղի՞ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Ծննդաբերելու նախատեսված ամսաթիվը _____ Երեխաների թիվը _____
Սոցիալական ապահովության համարը	Ծննդյան ամսաթիվը _____ Ամիսը օրը Տարին	«Medi-Cal»-ի համար դիմում է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, նշեք նպաստների տարբերիչ քարտի համարը, եթե ունեք՝
Ծննդավայրը (քաղաքը/նահանգը/երկիրը)	ԱՄՆ քաղաքացի կամ հպատակ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե ոչ, ԱՄՆ ժամանելու ամսաթիվը՝ _____ Ամիսը օրը Տարին	
Երեխան տա՞նք է ապրում: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Երեխան դպրոց հաճախու՞մ է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Մոր անունը՝	Հոր անունը՝	
Երեխան ֆիզիկական, հոգեկան, զգացմունքային կամ զարգացման որևէ հաշմանդամություն ունի՞: <input type="checkbox"/> Այո: Հաշմանդամ դառնալու ամսաթիվը՝ _____ <input type="checkbox"/> Ոչ	Ծնողներից որևէ մեկը՝ <input type="checkbox"/> Մահացած է <input type="checkbox"/> Բացակա է <input type="checkbox"/> Անաշխատունակ է <input type="checkbox"/> Գործազուրկ է	

Linkage	_____
SSN	_____
PREG	_____
ID	_____
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

<b>4</b> Ներկա պահին որևէ մեկն առողջության/ատամնաբուժական ապահովագրություն կամ «Medicare» ունի: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, ո՞վ	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____			
<b>5</b> Որևէ մեկը դատարան դիմե՞լ է պատահարի կամ վնասվածքի պատճառով: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> DHCS 6268			
<b>6</b> Դուք կամ ընտանիքի որևէ անդամ ցանկանու՞մ եք «Medi-Cal» ստանալ՝ վերջին երեք ամսվա բժշկական ծախսերը վճարելու համար և ցանկանու՞մ եք դիմել «Medi-Cal»-ի համար: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ  Նշեք անուճ(ներ)ը՝ _____ Քանի՞ ամսվա ապահովագիր _____	<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		
<b>7</b> Դուք կամ ընտանիքի որևէ անդամ երբևէ ԱՄՆ զինծառայող եղե՞լ եք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, ո՞վ: Անուճ(ներ)ը՝ _____  Հարաբերությունը՝ _____	<input type="checkbox"/> CW 5			

**8** «Medi-Cal» ծրագիրը կարող է Ձեր վերաբերյալ տեղեկությունները տրամադրել այլ կազմակերպությունների, եթե Դուք նշան չդնեք ստորև բերված վանդակում.

- Սենք Ձեր երեխայի դիմումը կուղարկենք «Healthy Families» ծրագրին, եթե ապագայում նա այլևս իրավասու չլինի անվճար «Medi-Cal» ստանալու: Եթե Դուք **չեք** ցանկանում, որ մենք այդ անենք, նշան դրեք այստեղ:
- Սենք Ձեր երեխայի դիմումը կուղարկենք «Healthy Kids»-ին կամ նման որևէ այլ շրջանային ծրագրի, եթե նա իրավասու չլինի ամբողջական «Medi-Cal» ստանալու: Եթե Դուք **չեք** ցանկանում, որ մենք այդ անենք, նշան դրեք այստեղ:

**9** **Ընտանեկան եկամուտը:** Նշեք այս դիմումի մեջ նշված **յուրաքանչյուր** անձի եկամուտը: Եկամտի մեջ ներառեք ստացված երեխայի կամ անուսնական ապրուստադրամը: (Եկամտի յուրաքանչյուր աղբյուր առանձին տողով նշեք):

Եկամուտ ստացող անձի անունը (Դպրոց հաճախող երեխաները պարտավոր չեն նշել աշխատանքից ստացված իրենց եկամուտը):	Եկամտի աղբյուրը (աշխատանք, սոցիալական ապահովություն, կենսաթոշակ և այլն)	Ի՞նչ հաճախականությամբ է եկամուտը ստացվում (ամեն շաբաթ, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամեն ամիս)	Որքա՞ն է եկամուտը (ընդհանուր համախառն եկամուտը)	Սոցիալական ապահովության համարը (Կանընտրական)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

**10** **Ծախսերը:** Նշեք վերոնշյալ բոլոր անձանց ամսական ծախսերը:

**Երեխայի ցերեկային խնամք կամ հաշմանդամ խնամայալի խնամք**

Ում համար (երեխայի կամ խնամայալի անունը)՝ \_\_\_\_\_ Տարիքը՝ \_\_\_\_\_ Գումարի չափը՝ \_\_\_\_\_  
 Ի՞նչ հաճախականությամբ՝ \_\_\_\_\_

Ում համար (երեխայի կամ խնամայալի անունը)՝ \_\_\_\_\_ Տարիքը՝ \_\_\_\_\_ Գումարի չափը՝ \_\_\_\_\_  
 Ի՞նչ հաճախականությամբ՝ \_\_\_\_\_

**Դատարանի վճռով վճարվող՝ երեխայի ապրուստադրամ**

Ստացող՝ \_\_\_\_\_ Վճարող՝ \_\_\_\_\_ Գումարի չափը՝ \_\_\_\_\_

**Դատարանի վճռով վճարվող՝ անուսնական ապրուստադրամ**

Ստացող՝ \_\_\_\_\_ Վճարող՝ \_\_\_\_\_ Գումարի չափը՝ \_\_\_\_\_

**Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ անհրաժեշտության դեպքում՝ կարող են լրացուցիչ տեղեկություններ պահանջվել Ձեր ունեցվածքի, եկամտի և/կամ միջոցների վերաբերյալ:**

*Ես հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկանում եմ վերոնշյալ տեղեկությունները: Ես հաստատում եմ նաև, որ այս ձևաթղթում իմ նշած տեղեկությունները ճշմարիտ և ճշգրիտ են:*

Ստորագրություն՝ \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_