# 通告及申請特殊補助登記表格

(COUNTY STAMP)

通知日期：_____

案例號碼：:_____

辦理者姓名：_____

辦理者號碼：_____

辦理者電話號碼：_____

辦公時間：_____

通知事項：_____

當地縣市加州醫療福利（Medi-Cal） 辦事處經收到_____一份有關申請在學校用午餐表格，在此申請表內，根據您提供給我們的資料，要求我們決定您的孩子是否符合資格享用加州醫療Medi-Cal 福利：

☐ **您的孩子經查核是符合享用臨時性加州療醫（Medi-Cal） 福利。** 如果您的孩子還沒有加州福利認證卡(BIC)，您將立刻會收到寄給您的BIC 。您的孩子立刻能用他們的BIC 來獲得醫療服務。此臨時性加州醫療福利Medi-Cal一直維持到加州醫療福利辦事處的判決完畢。為了使我們決定您的孩子是否能夠有資格繼續接受Medi-Cal，我們需要您填好表格，簽名，並將此表寄回。

☐ **您的孩子經查核不符合享用臨時性加州療醫（Medi-Cal） 福利。 所有資訊一旦獲審閱完畢，他/她也許符合享用Medi-Cal 。** 為了使我們決定您的孩子是否能夠有資格接受Medi-Cal，我們需要您填好表格，簽名，並將此表寄回。

---

**重要：請回答並附上相關的文件有關資料的問題。並使用隨函附上郵資已付的信封寄回這些資訊，不要晚於_____否則您孩子的 Medi-Cal 福利會被終止或拒絕。**

1. 如果您孩子有社會安全號碼，請寫在此處。_____–_____–_____
   (**重要：**如果您孩子沒有社會安全號碼，現在可以為您的孩子申請社會安全號碼並在60 天之內將此號碼提供給我們。如果他／她無法獲得社會安全號碼，您的孩子也許有資格獲得相關緊急的Medi-Cal)
2. 這孩子是美國公民或國民嗎？ ..... ☐ 是 ☐ 否
   如果**不是**，如果他／她有合法的移民身份請在此打勾_____並寫上孩子進入美國的日期_____。
   (隨函附上他或她的移民身份或移民局 INS 的收條，證明您已經申請替換遺失的文件。如果您現在還沒有，您可以在30 天之內將文件寄到上述地址。)
3. 您要Medi-Cal 補償您孩子最近三個月的任何醫療費用嗎？ ..... ☐ 是 ☐ 否
4. 孩子有其它健康，牙齒，或視力保險嗎？ ..... ☐ 有 ☐ 無
   如果**有**，請填寫所附的"健康保險問卷"表格 (DHCS 6155)
   (**重要：** 即使他／她有其它健康保險您的孩子仍能獲得Medi-Cal。)
5. 您家中還有任何人想要申請 Medi-Cal嗎？ ..... ☐ 是 ☐ 否

☐ 如果您為孩子支付看護服務費，孩子贍養費，健康保險費，或自己經營商業要支付某些費用，寄一份您近期的付款／花費複印本。這些花費的證據我們可以用來判決和減少計算享用加州醫療福利Medi-Cal 規定的收入。因工傷賠償或州殘障福利可以允許您另外的扣除。

☐ 其它：_____

如果您有任何問題或需要另外的資訊，請與列在此通知右上角的您的Medi-Cal 辦理者聯繫。

**聲明和簽名：**我明白加州法律，作偽證會受罰，我在此表格申報的資料和呈遞上各文件，根據我所知全是真實和可靠的，我聲明我已收到，閱讀，並理解所附標題為"Important Information for Medi-Cal Applicants"。

家長/監護人 簽名 **X**_____ 日期_____

根據加州法規章程第 22章,第50175節,**如果您不寄回所需資訊和/或材料或如果您所寄資訊和/或材料不能證實您的合格性，您的 Medi-Cal 申請將被拒絕或合格性將被終止。**