

申請得到Medi-Cal的其他家庭成員

| County Use Only | | | |
|--|--|--|---|
| 1 申請人/看護人的姓名 (名、中間名和姓) | | 申請人/看護人與孩子的關係 | Case name: _____ |
| 出生證上的姓名 | | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | Case # _____ |
| 社安號 | | 出生日期 _____ 月 _____ 日 _____ 年 | Worker # _____ |
| 出生地 (市/州/國家) | | 是否已有身孕? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 預產期: _____ 胎兒數: _____ | Date: _____ |
| 此人是否有身體、精神、情感或發育殘障? <input type="checkbox"/> 是。殘障開始日期: _____ <input type="checkbox"/> 否 | | 是否已申請Medi-Cal? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」, 如果你有福利卡號碼, 請提供該號碼。 | Linkage |
| 婚姻狀況 (選擇一項): <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 分居 | | 是否美國公民或國民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「否」, 請提供抵達美國的日期。_____ 月 _____ 日 _____ 年 | SSN |
| | | | PREG |
| | | | ID |
| | | | Other |
| 2 配偶/另一家長姓名 (名、中間名、姓) | | 與申請人/看護人的關係 | Linkage |
| 出生證上的姓名 | | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | SSN |
| 社安號 | | 出生日期 _____ 月 _____ 日 _____ 年 | PREG |
| 出生地 (市/州/國家) | | 是否已有身孕? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 預產期: _____ 胎兒數: _____ | ID |
| 此人是否有身體、精神、情感或發育殘障? <input type="checkbox"/> 是。殘障開始日期: _____ <input type="checkbox"/> 否 | | 是否已申請Medi-Cal? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」, 如果你有福利卡號碼, 請提供該號碼。 | Other |
| 婚姻狀況 (選擇一項): <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 分居 | | 是否美國公民或國民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「否」, 請提供抵達美國的日期。_____ 月 _____ 日 _____ 年 | |
| 3 孩子姓名: (名、中間名、姓) 或腹中胎兒 | | 與申請人/看護人的關係 | Linkage |
| 出生證上的姓名 | | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | SSN |
| 社安號 | | 出生日期 _____ 月 _____ 日 _____ 年 | PREG |
| 出生地 (市/州/國家) | | 是否已有身孕? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 預產期: _____ 胎兒數: _____ | ID |
| 孩子是否住在家裡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | 是否已申請Medi-Cal? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」, 如果你有福利卡號碼, 請提供該號碼。 | 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 |
| 母親的姓名: | | 父親的姓名: | |
| 孩子是否有身體、精神、情感或發育殘障? <input type="checkbox"/> 是。殘障開始日期: _____ <input type="checkbox"/> 否 | | 孩子是否上學? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 父親或母親是否: <input type="checkbox"/> 過世 <input type="checkbox"/> 離家出走 <input type="checkbox"/> 喪失活動能力 <input type="checkbox"/> 失業 | | | |

其他要求Medi-Cal的家庭成員

| | | | | |
|--|--|------------|------------|------------|
| 4 是否有任何人目前得到健康/牙科保險或Medicare福利的涵蓋？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，誰？ | <input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____ | | | |
| 5 是否有任何人因事故或受傷而起訴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> DHCS 6268 | | | |
| 6 你或你的任何一位家庭成員是否希望Medi-Cal 為你們支付過去三個月的醫療費用並且想申請Medi-Cal? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 列出姓名： _____ 涵蓋月數： _____ | <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 | | |
| 7 你或你的任何一位家庭成員是否參加過美國軍隊？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，列出姓名： _____ 關係： _____ | <input type="checkbox"/> CW 5 | | | |

8 除非你在下面的方框裡打勾，否則Medi-Cal 計畫將與其他機構分享你的資訊：

- 如果你的孩子在將來不再有資格享受免費的Medi-Cal，我們將與Healthy Families分享你孩子的申請資訊。如果你不希望我們共用資訊，請在此打勾
- 如果你的孩子沒有資格充分享受Medi-Cal，我們將與Healthy Kids 或其他類似的縣機構分享你孩子的申請資訊。如果你不希望我們共用資訊，請在此打勾

9 **家庭收入：**列出本申請上所列之**每個人**的收入。包括收到的兒童贍養費和配偶贍養費。
 (請在不同的線上分別列出每一種收入來源。)

| 有收入的人的姓名 (在校學生無需列出他們打工得來的收入。) | 收入來源 (薪資、社會安全福利金、退休金等) | 收入是多久收到一次? (每週、每兩週、每月) | 收入額是 多少? (總的毛收入) | 社安號 (可選) |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|-------------|
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |
| | | | \$ | |

10 費用：列出上述所列之所有人的每月開支：

日間托兒所或殘障家屬護理費用

為 (兒童或家屬的姓名) : _____ 年齡 : _____ 支付的金額 : _____
 多久付一次? _____

為 (兒童或家屬的姓名) : _____ 年齡 : _____ 支付的金額 : _____
 多久付一次? _____

法庭規定的兒童贍養費

付給 : _____ 支付人 : _____ 支付的金額 : _____

法庭規定的配偶贍養費

付給 : _____ 支付人 : _____ 支付的金額 : _____

請注意：若適合，我們可能會要求你提供關於你的財產、收入和/或其他來源的額外資訊。

我證明我已經讀過上述資訊，並且明白這些資訊。我也證明我在此表上所提供的資訊正確無訛。

簽名 _____ 日期 : _____