

## گزارش وضعیت مدیکال (MEDI-CAL)

**توجه:** هم اکنون قوانین ایالتی شما را ملزم می نماید تا گزارش وضعیت نیم سال مدیکال را تکمیل کنید. شما باید این گزارش را به منظور حفظ مدیکال تا: \_\_\_\_\_ برگردانید.

تاریخ اطلاعیه:	_____
شماره پرونده:	_____
نام مددکار:	_____
شماره مددکار:	_____
شماره تلفن مددکار:	_____
ساعات کار دفتر:	_____

چنانچه فقط اشخاصی که در خانواده شما مدیکال دریافت می کنند ، مسن ، نابینا یا از کار افتاده یا افراد زیر ۲۱ سال و یا خانم بارداری که صلاحیت وی فقط به مزایای بارداری محدود می شود وجود دارند ، **شما ملزم به تکمیل و بازگرداندن این گزارش نمی باشید.** چنانچه جهت تکمیل این گزارش نیاز به کمک دارید به مددکاری که نام و شماره تلفن وی در بالا درج شده است تماس بگیرید.

**بخش ۱- هیچ تغییری گزارش نشد**

چنانچه در **شش ماه** گذشته شما هیچگونه تغییری در موارد لیست شده بخش ۲ نداشته اید ، این کادر را چک کنید.

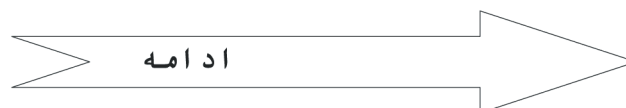
- بخش ۲ را پر ننمایید. مستقیماً به بخش ۳ بروید.
- بخش ۳ در این گزارش در پشت این صفحه را امضا کرده و تاریخ را مرقوم نمایید. شما باید گزارش را با پاکت پیوست که هزینه پستی پرداخت شده است به اداری که قبلاً گفته شد تا تاریخ فوق الذکر بازگردانید.

### گزارش تغییرات

چنانچه در **شش ماه** گذشته تغییری جهت گزارش دارید باید بخش ۲ و ۳ را تکمیل کنید.

- در بخش ۲ برای هر یک از موارد تغییرات که در مقابل آن " بله " را تیک زده اید توضیح دهید.
- هیچگونه مدرکی با این فرم ارسال ننمایید.
- به بخش ۳ مراجعه کنید و گزارش را امضا نموده و تاریخ مرقوم نمایید. شما باید گزارش را با پاکت پیوست که هزینه پستی آن پرداخت شده است به اداری که قبلاً گفته شد تا مورخه فوق الذکر بازگردانید.

**مخاطر داشته باشید شما باید پشت صفحه را امضا کنید**



## هیچگونه مدرکی با این فرم ارسال نفرمایید

بخش ۲

کلیه تغییرات پاسخ "بله" را چک کرده و توضیح دهید

بله

### تغییرات درآمد

ایا در آمد خانواده شما کاهش و یا افزایش پیدا کرده است؟ ایا در خانواده شما کسی بالای ۱۴ سال شغل جدیدی را شروع کرده است یا کارش را ترک کرده است؟ برای مثال کار ساعتی، دریافت مقرری، حمایت از بچه (child support)، مزایای بیکاری، مزایای دولتی، سرمایه های مالیاتی و غیره. لطفا توضیح دهید:

بله

### هزینه هایی برای تغییرات پرداخت شده است

ایا هیچ تغییری در مبالغ پرداخت شده برای (child care)، بیمه بهداشت و سلامتی، حکم دادگاه حمایت از بچه یا هزینه های تحصیلی داشته اید؟ لطفا توضیح دهید:

بله

### تغییرات موقعیت زندگی

ایا شخصی به خانواده شما پیوسته و یا از خانواده شما جدا شده است (برای مثال تولد نوزاد، ازدواج عضوی از خانواده و غیره)؟ اگر چنین است ایا آنها نیاز به مدیکال دارند. لطفا توضیح دهید:  بله  خیر

بله

### سایر تغییرات

ایا کسی در خانواده شما تغییری در مقدار دارایی (برای مثال پول در حساب بانکی، وسیله نقلیه، مستغلات و غیره) وضعیت مهاجرتی یا سایر مزایای بهداشت و سلامتی وی پدید آمده است؟ لطفا توضیح دهید:

بله

### از کار افتاده

ایا کسی در خانواده شما از کار افتاده است؟ اگر چنین است، چه کسی؟

بله

### خانم باردار

ایا کسی در خانواده شما باردار شده است؟

اگر چنین است، چه کسی؟

اگر چنین است، تاریخ تقریبی تولد نوزاد چه زمانی است؟

## باید تکمیل گردد

بخش ۳

### امضا و گواهی نامه

من ملتفت شده ام که باید کلیه تغییرات را در مورد درآمد، اموال و سایر تغییرات را به بخش (County) گزارش دهم. من تحت مجازات شهادت کذب اعلام میدارم که کلیه اطلاعات فراهم آمده فوق الذکر صحیح میباشد و حقیقت دارد.

امضا	تلفن ( )	تاریخ
امضا شاهد ( چنانچه شخصی امضا کند)	تلفن ( )	تاریخ
امضا شخصی که قائم مقام ذینفع می باشد	نسبت با ذینفع	تاریخ