

# 메디-칼 현상 보고

**주의사항: 캘리포니아주 법에의해 이제부터 귀하는 중간 메디-칼 현상 보고 (MIDYEAR MEDI-CAL STATUS REPORT)를 제출하셔야만 합니다**

**메디-칼 혜택을 계속 받으시려면 반드시 : \_\_\_\_\_ 까지 이 보고서를 제출하셔야 합니다.**

	통보 날짜: _____ 관리 번호: _____ 직직원 이름: _____ 직원 번호: _____ 직원 전화 번호: _____ 근무 시간: _____
--	--

단지 노인, 장님, 또는 장애인, 또는 21세 미만의 사람; 또는 임신에만 적용되는 제한된 혜택을 받는 임신한 여성 만이 귀하의 가정에서 메디-칼 혜택을 받는 사람인 경우, **이 보고서는 제출하실 필요가 없습니다.**

보고서 작성에 도움이 필요하시면, 상단에 이름과 전화번호가 명시된 직원에게 연락 하십시오.

## 제 1부 - 보고할 변화 없음

만일 지난 6 개월동안 제 2부에 열거한 사항들에 변화가 없으면, 이 선택 상자 (box)를 체크 (check) 하십시오.

**변화없음**

- 제 2부에는 기입하지 마십시오. 제 3부로 직접 가십시오.
- 뒷면에 있는 제 3부에 서명 (sign) 과 날짜 (date)를 기입하십시오. 이 보고서는 반드시 앞면 상단부에 명시된 날짜까지 수신인 주소와 선불 우편료가 마련된, 동봉한 봉투에 넣어 제출하셔야 합니다.

## 변화의 보고

만일 지난 6 개월동안 보고해야할 변화가 있었으면, 반드시 제 2부와 제 3부를 작성해야 합니다.

- 제 2부에서, 변화가 있었던 해당사항의“예”선택 상자에 표시하고 변화에 대해 설명하십시오.
- 이 보고서에 다른 증거서류를 첨부해 보내지 마십시오.
- 제 3부로 가서, 서명 (sign) 과 날짜 (date)를 기입하십시오. 이 보고서는 반드시 앞면 상단부에 명시된 날짜까지 수신인 주소와 선불 우편료가 마련된 동봉한 봉투에 넣어 제출하셔야 합니다.

**뒷면에 서명 (SIGN) 하는것을 잊지마십시오.**



# 이 보고서에 다른 증거서류를 첨부해 보내지 마십시오

## 제 2부 변화를 “예” 상자에 체크 (Check)하고 설명하십시오.

### 수입의 변화

예

귀하의 가족 수입 (household's income)이 감소되었거나 또는 증가되었습니까? 14세 이상의 가족중 어떤 사람이 새로운 직업을 구했거나 아니면 직업을 잃었습니까? 예를 들면: 시간당 소득 (hourly wage), 자녀 양육비 (child support) 수령, 실업 수당 (unemployment benefits), 팁 (tips), 정부 보조금 (government benefits), 세금 환급 (tax refunds), 선물 (gifts), 등등. **설명해 주십시오:**

### 경비 지출의 변화

예

유아 교육 (child care), 건강 보험, 법원 명령 자녀 양육비 (court-ordered child support), 또는 교육비등에 소비되는 지출액에 변화가 있습니까? **설명해 주십시오:**

### 생활 환경의 변화

예

귀하의 가족 인원수가 증가되었거나 감소되었습니까 (예를 들면, 신생아의 출생, 집안 식구의 결혼, 등등)? 그렇다면, 그분들이 메디-칼 혜택을 원하는지요?  예  아니오 **설명해 주십시오:**

### 다른 변화

예

귀하의 가족중 어떤 사람의 재산 소유량 (예를 들면, 은행 계좌의 금액, 자동차, 부동산, 등등)이나 이민법상의 신분, 또는 그 이외의 건강 보험 급부금등에 변화가 있었습니까? **설명해 주십시오:**

### 신체 장애

예

귀하의 가족중 어떤 사람이 장애 (disabled)자가 되었습니까? 그렇다면, 그 사람이 누구인지요?

### 임신

예

귀하의 가족중 어떤 사람이 임신 (pregnant) 하였습니까? 그렇다면, 그 사람이 누구인지요? 그렇다면, 출산 예정일 (expected due date)은?

## 제 3부 반드시 작성하셔야 합니다

### 서명 (Signature)과 증명 (Certification)

수입, 재산에 관한 모든 변화, 그리고/또는 다른 변화를 반드시 카운티 (county)에 보고해야 한다는것을 이해합니다. 위증일 경우 처벌 (penalty of perjury)을 감수하며, 위에 제공한 정보가 사실이고 틀림이 없는것 (true and correct)을 선언 합니다.

서명 (Signature)	전화 (Phone) ( )	날자 (Date)
증인 (Witness) 서명 (마크 표시로 서명한 경우)	전화 (Phone) ( )	날자 (Date)
수혜자 (beneficiary) 대리인 (person acting) 서명	수혜자 (beneficiary)와의 관계 (Relationship)	날자 (Date)