

MEDI-CAL 연례 재결정 양식

귀하의 Medi-Cal 을 유지하시려면 반드시 이 양식을 작성하신 뒤에 카운티로 보내셔야 합니다!

케이스 번호 (선택사항)	사회보장번호 (선택사항)	
성명을 기입하십시오 (이사하지 않으셨고, 주소 라벨을 받으셨으면 여기에 붙이십시오)	생년월일 (선택사항) (월/일/년)	
현주소, 아파트 번호 <input type="checkbox"/> (새로운 주소는 여기에 표시)	시/주	우편번호
우편주소 (위의 주소와 다를 경우)	시/주	우편번호

잉크펜으로 귀하의 **답변**을 정자로 명확히 적어주십시오. 양식의 말미에 서명하시고 일자를 기입하십시오. 우편료 선납 봉투에 넣어 양식을 보내십시오. 공간이 더 필요하시면 이 양식에 추가 종이를 붙이십시오. 이 양식을 작성하시면서 질문이 있으시거나 도움이 필요하시면, 연례 재결정 통지서 (Annual Redetermination Notice)에 수록된 전화번호로 담당자에게 문의하십시오.

섹션 1. 소득

(a) 귀하 또는 가정 내의 어느 가족분이라도 직장, 양육비, 별거수당, 사회보장연금, 재향군인연금, 실업 또는 장애연금, 은퇴연금, 증여 또는 이자 또는 배당금에서 소득이 있습니까? 예 아니오

만일 ‘예’이면, 아래의 각 줄에 각각의 소득 내역을 기록해 주십시오.

세금 또는 공제 전의 수입액을 보여주는 가장 최근의 봉급명세표, 혜택 또는 지급 관련 서한, 고용주에게서 받은 수표 또는 서명된 서류, 또는 작년도 연방소득세 신고 서류를 첨부하십시오. 자영업에서 나오는 수입일 경우에는 가장 최근의 세금신고서 또는 손익계산서를 보내십시오.

소득이 있는 분의 이름 (성명)	소득 내역	소득 금액 (공제 전)	소득의 빈도 (주간, 월간, 월2회)	근무시간 (주간 또는 월간)

(b) 귀하 또는 가정 내의 어느 가족분이라도 렌트, 유틸리티, 식품 또는 의류를 완전히 무료로 받고 계십니까? 예 아니오

만일 ‘예’이면, 어느 분입니까? _____

무엇을 무료로 받으십니까? _____

(c) 무료 렌트, 유틸리티, 식품 또는 의류가 일의 댓가로 받으신 것입니까? 예 아니오

섹션 4. 주거 현황 계속

(d) 가정 내의 어느 분이라도 간호시설 또는 의료기관에서 입원치료를 받으셨습니까? 예 아니오

만일 '예'이면, 누구입니까? _____

(e) 가정 내에 임신 중인 분이 계십니까? 예 아니오

만일 '예'이면, 누구입니까? _____

예상되는 신생아의 수 _____ 출산예정일: _____

섹션 5. 부동산 또는 개인자산

(a) 가정 내의 어느 가족분이라도 소유하고 있는 현금 및 현금화하지 않은 수표의 총액을 적어 주십시오. \$ _____

(b) 가정 내의 누구라도 체크 또는 세이빙 계좌, 생명보험, 장기요양 보험, 자동차, 법원에서 명령한 조정 또는 판결, 주식, 공채, 은퇴연금, 가정 내의 어느 가족분이 받을 혜택을 위한 현금 또는 자산이 들어 있는 신탁, 부동산, 상업용 자동차, 상업용 계좌 또는 자산, 약속어음, 모기지, 신탁증서, 여가용 자동차, 장례 신탁 또는 기금, 연금, 보석류(유산 또는 혼례용이 아닌), 또는 석유 또는 광산채굴권을 갖고 계십니까? 예 아니오

(c) 귀하 또는 가정 내의 어느 가족분이라도 지난 12개월 이내에 어떠한 현금 또는 자산을 증여하거나 팔았거나, 또는 이 섹션에 수록된 어떠한 항목이라도 의료비용에 관한 보증으로 사용되거나 이용한 적이 있습니까? 예 아니오

노트: 만일 질문 (b) 또는 (c), 에 "예" 라고 대답하셨으면, 자산 관련 보증양식을 작성하신 뒤에 카운티에 제출하시고 증명을 제공하셔야 합니다.

섹션 6. 이민 또는 시민권 신분의 변경

Medi-Cal 을 갖고 계시거나 원하시는 가정 내의 누구라도 지난 12 개월 이내에 이민 또는 시민권 신분의 변경이 있었습니까? (만일 귀하의 이민 신분이 변경되었으면 모든 Medi-Cal 혜택을 수령하실 수 있는 자격이 되실 수도 있습니다.) 예 아니오

만일 '예'이면, 아래에 이름(들)을 적으시고 새로운 신분의 증명을 보내십시오.

해당되는 분의 이름 (성명)	변경된 신분 (신분 증명을 보내십시오)

섹션 7. 시각장애/신체장애/행위능력 상실

(a) 귀하 또는 가정 내의 어느 가족분이라도 육체적 또는 감정적인 상태로 인해 일을 하거나 개인적인 일을 처리하거나 또는 본인의 자녀들을 돌보는데 어려움을 겪었습니까? 예 아니오

만일 '예'이면, 누구입니까? _____

(b) 그러한 육체적, 정신적 또는 건강상태가 부상 또는 사고에서 비롯된 것입니까? 예 아니오

만일 '예'이면, 설명해 주십시오. _____

섹션 8. 다른 건강 프로그램 정보 및 추천에 관한 사항

- (a) 만일 비용을 분담하는 Medi-Cal 혜택을 귀하의 자녀가 받고 있고 귀하 자녀의 정보를 저비용 Healthy Families Program 과 공유하기를 원하지 않으시면 이 박스에 표시하십시오.
- (b) 21 세 이하의 자녀들을 위한 무료 건강 프로그램 (CHDP 로도 알려진 Child Health and Disability Prevention Program)에 관한 정보를 원하십니까? 예 아니오
- (c) 임신부 또는 모유를 먹이는 여성과 5세 이하의 아동들을 위한 무료 보충 식사제공 프로그램 (WIC 로도 알려진 Women, Infants, and Children Program)에 관한 정보를 원하십니까? 예 아니오
- (d) 고령자, 시각장애인 또는 능력을 상실한 사람들을 위한 가정 내의 요양 프로그램인 Personal Care Services Program (In-Home Supportive Services 로도 불림)에 관한 정보를 원하십니까? 예 아니오

섹션 9. 서명 및 인증

이 양식을 작성하시는 분은 반드시 아래의 내용을 읽고 서명하셔야 합니다.

- ▶ 본인은 Medi-Cal 양식(MC 219)을 요청하는 사람에 관한 중요한 정보 사본을 수령하고 읽었습니다.
- ▶ 본인은 MC 219 양식에 설명된 바와 같이 본인의 책임을 인지하고 이해하며 따를 것에 동의합니다.
- ▶ 본인은 Medi-Cal 자격에 영향을 미칠수도 있는 어떠한 소득, 자산 및/또는 다른 변경사항에 관하여 10일 이내에 보고할 것을 보증합니다.
- ▶ 본인은 혜택 및 소득 관련 정보를 포함하여 이 양식에 본인이 기록한 모든 내용들이 조사 및 입증의 대상이 될 수도 있다는 것을 이해합니다.
- ▶ 본인은 이 양식을 통해 제공한 모든 정보가 진실되고 정확한 것임을 캘리포니아주의 법규에따른 위증의 처벌을 받을 것을 감수하며 인정합니다.

서명	일자
----	----

주간 또는 메시지를 남길 수 있는 전화번호	집 전화번호 <input type="checkbox"/> (만일 신규번호이면 표시)
-------------------------	--

증인 (표시를 한 후에 서명), 통역인 또는 도움을 제공한 사람의 서명

— 카운티에서만 사용 —

Referrals		Follow-up Forms		
<input type="checkbox"/> HF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> MC 13	<input type="checkbox"/> MC 210 PS	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> CHDP	<input type="checkbox"/> PCSP		<input type="checkbox"/> DDSD Packet	