

УВЕДОМЛЕНИЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЕЙ НА УСКОРЕННОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ

(COUNTY STAMP)

Дата уведомления: _____

Номер дела: _____

Имя и фамилия социального работника: _____

Номер социального работника: _____

Номер телефона социального работника: _____

Рабочие часы: _____

Уведомление для: _____

Местным областным управлением программы Меди-Кал получена копия заявления о предоставлении школьного питания для _____ . В данном заявлении Вы просите определить, имеет ли Ваш ребенок право на получение льгот в рамках программы Меди-Кал. На основании предоставленной Вами информации:

- Решено, что Ваш ребенок имеет право на временное получение льгот в рамках программы Меди-Кал.** Если у Вашего ребенка нет идентификационной карточки для получения льгот (VIC) в шт. Калифорния, она Вам будет выслана по почте в ближайшее время. Ваш ребенок может немедленно начать пользоваться карточкой для получения медицинских услуг. Это временное право на получение льгот сохранится до вынесения окончательного решения о получении льгот в рамках программы Меди-Кал. Для вынесения нами окончательного решения о праве Вашего ребенка на получение льгот в рамках Меди-Кал, Вам необходимо заполнить, подписать и вернуть данную анкету.
- Решено, что Ваш ребенок не имеет права на временное получение льгот в рамках программы Меди-Кал. Он/она может получить разрешение пользоваться льготами в рамках Меди-Кал после рассмотрения всей информации.** Для вынесения нами окончательного решения о праве Вашего ребенка на получение льгот в рамках Меди-Кал, Вам необходимо заполнить, подписать и вернуть данную анкету.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Пожалуйста, ответьте на все нижеследующие вопросы и приложите любые необходимые документы. Пожалуйста, возвратите эту информацию в прилагаемом конверте с оплаченной стоимостью почтового отправления не позднее _____ . В противном случае рассмотрение дела о получении Вашим ребенком льгот в рамках программы Меди-Кал будет прекращено или в получении льгот будет отказано.

- Если Ваш ребенок располагает номером карточки социального обеспечения (SSN), укажите его здесь. _____ -- _____ -- _____ (ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Если ребенок не располагает номером карточки социального обеспечения, Вы можете подать заявление на получение номера карточки социального обеспечения для Вашего ребенка и предоставить его нам в течении 60 дней. Если ему/ей не будет выдан номер карточки социального обеспечения, Ваш ребенок имеет право на получение неотложной медицинской помощи в рамках программы Меди-Кал.)
 - Является ли ребенок гражданином или подданным Соединенных Штатов? _____ Да Нет
Если **НЕТ**, отметьте галочкой здесь, имеет ли ребенок удовлетворительный иммиграционный статус _____ и укажите дату въезда ребенка на территорию Соединенных Штатов _____ .
(Приложите документы, указывающие его/ее иммиграционный статус или письменное подтверждение подачи заявления на восстановление утерянного документа. Если в настоящее время у Вас такового не имеется, Вы можете его выслать по вышеуказанному адресу в течении 30 дней.)
 - Желаете ли Вы, чтобы программа Меди-Кал возместила Вам расходы на медицинское обслуживание Вашего ребенка за последние три месяца? _____ Да Нет
 - Есть ли у ребенка другой вид страховки на здоровье, зубы или зрение? _____ Да Нет
(Если **ДА**, пожалуйста, заполните прилагаемый бланк «Вопросник для получения медицинской страховки» (DHCS 6155).)
(ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Несмотря на наличие другой медицинской страховки, Ваш ребенок может получать льготы в рамках программы Меди-Кал.)
 - Заинтересован кто-либо еще из членов Вашей семьи в подаче заявления на получение льгот в рамках Меди-Кал? . . . Да Нет
- Если Вы оплачиваете услуги по уходу за ребенком, содержание ребенка, выплачиваете взнос за медицинскую страховку или несете расходы на содержание собственного бизнеса, пришите нам копию свидетельства последних выплат или расходов. Доказательство этих расходов может служить основанием для снижения суммы дохода, учитываемого при определении права на получение льгот в рамках Меди-Кал. Информация с места работы о Вашем доходе, доказательство получения пособия по возмещению ущерба, связанного с профессиональной деятельностью или пособия по инвалидности, выдаваемого властями штата могут дополнительно снизить сумму получаемого Вами дохода.
- Другое: _____

Если у Вас возникнут вопросы или Вы нуждаетесь в дополнительной информации, пожалуйста, свяжитесь с социальным работником программы Меди-Кал, данные которого указаны в правом верхнем углу данного уведомления.

Заявление истинности информации и подписи: Под угрозой наказания за лжесвидетельство я заявляю о том, что насколько я знаю ответы на все вопросы, содержащиеся в данной анкете, все доказательства и представленные документы являются достоверными и правильными. Я заявляю о том, что мною получено, прочитано и понято содержание приложения, озаглавленного «Важная информация для заявителей на получение льгот в рамках Меди-Кал».

Подпись родителя/опекуна **X** _____ Дата _____

Согласно Свода нормативных актов шт. Калифорния, титул 22, раздел 50175, в случае если Вы не предоставите нам необходимую информацию и/или документы, или посланная Вами информация и/или документы не подтвердят Ваше право на получение льгот, Вам будет отказано в рассмотрении заявления на получение льгот в рамках Меди-Кал или получение Вами таких льгот будет прекращено.