

Запрос на включение в программу Medi-Cal других членов семьи

1 Имя заявителя / лица, осуществляющего уход (фамилия, имя, отчество)		Кем заявитель / лицо, осуществляющее уход, приходится ребенку (детям)	County Use Only Case name: _____ Case # _____ Worker # _____ Date: _____ Linkage _____ SSN _____ PREG _____ ID _____ Other _____
Имя и фамилия согласно свидетельству о рождении	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Наличие беременности <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Предполагаемая дата родов _____ Предполагаемое количество новорожденных _____	
Номер социального обеспечения	Дата рождения _____ Месяц День Год	Подавался ли запрос на участие в программе Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите № идентификационной карты получателя льгот при ее наличии:	
Место рождения (город / штат / страна)		Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, укажите дату прибытия в США _____ _____ Месяц День Год	
Имеет ли указанное лицо нарушения физического, психического, эмоционального характера или пороки развития? <input type="checkbox"/> Да. Дата появления нарушения: _____ <input type="checkbox"/> Нет		Семейное положение (выберите один вариант): <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Супруги проживают раздельно	
2 Имя супруга (супруги) / другого родителя (фамилия, имя, отчество)		Кем приходится заявителю / лицу, осуществляющему уход	Linkage _____ SSN _____ PREG _____ ID _____ Other _____
Имя и фамилия согласно свидетельству о рождении	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Наличие беременности <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Предполагаемая дата родов _____ Предполагаемое количество новорожденных _____	
Номер социального обеспечения	Дата рождения _____ Месяц День Год	Подавался ли запрос на участие в программе Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите № идентификационной карты получателя льгот при ее наличии:	
Место рождения (город / штат / страна)		Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, укажите дату прибытия в США _____ _____ Месяц День Год	
Имеет ли указанное лицо нарушения физического, психического, эмоционального характера или пороки развития? <input type="checkbox"/> Да. Дата появления нарушения: _____ <input type="checkbox"/> Нет		Семейное положение (выберите один вариант): <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Супруги проживают раздельно	
3 Имя ребенка: (фамилия, имя, отчество) или «еще не родился»		Кем приходится заявителю / лицу, осуществляющему уход	Linkage _____ SSN _____ PREG _____ ID _____ 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
Имя и фамилия согласно свидетельству о рождении	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Наличие беременности <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Предполагаемая дата родов _____ Предполагаемое количество новорожденных _____	
Номер социального обеспечения	Дата рождения _____ Месяц День Год	Подавался ли запрос на участие в программе Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите № идентификационной карты получателя льгот при ее наличии:	
Место рождения (город / штат / страна)		Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, укажите дату прибытия в США _____ _____ Месяц День Год	
Ребенок проживает дома? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Ребенок посещает школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Имя и фамилия матери:		Имя и фамилия отца:	
Имеет ли указанный ребенок нарушения физического, психического, эмоционального характера или пороки развития? <input type="checkbox"/> Да. Дата появления нарушения: _____ <input type="checkbox"/> Нет		Один из родителей: <input type="checkbox"/> умер <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/> недееспособен <input type="checkbox"/> безработный	

4 В данный момент кто-либо имеет медицинскую / стоматологическую страховку или участвует в программе Medicare? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите кто	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____																														
5 Подавал ли кто-либо иск в связи с несчастным случаем или травмой? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> DHCS 6268																														
6 Хотите ли Вы или члены Вашей семьи, чтобы медицинские расходы за последние три месяца были покрыты Medi-Cal, и хотите ли вы подать заявление на участие в Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Укажите имена и фамилии: _____ Месяц (ы) страхового покрытия: _____	<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Month 1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Month 2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">Month 3</td> </tr> </table>	Month 1	Month 2	Month 3																											
Month 1	Month 2	Month 3																													
7 Служили ли Вы или члены Вашей семьи в вооруженных силах США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите кто. Укажите имена и фамилии: _____ Кем приходится: _____	<input type="checkbox"/> CW 5																														
8 Программа Medi-Cal может предоставлять Вашу информацию другим организациям, если Вы не отметите графу ниже. <ul style="list-style-type: none"> • Мы передадим заявление на Вашего ребенка программе Healthy Families, если Ваш ребенок в будущем потеряет право на бесплатное участие в Medi-Cal. Если Вы не хотите, чтобы мы предоставляли эту информацию, поставьте отметку здесь. <input type="checkbox"/> • Мы передадим заявление на Вашего ребенка программе Healthy Kids или аналогичной программе, действующей в округе, если Ваш ребенок в будущем потеряет право на полноценное участие в Medi-Cal. Если Вы не хотите, чтобы мы предоставляли эту информацию, поставьте отметку здесь. <input type="checkbox"/> 																															
9 Семейный доход. Перечислите доходы каждого лица, указанного в данном заявлении. Включите сюда пособие на ребенка и супружеские алименты. (Укажите каждый источник дохода в отдельной строке).																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Имя и фамилия лица, имеющего доход (детям, посещающим школу, не нужно указывать доход, получаемый от работы).</th> <th style="width: 20%;">Источник дохода (работа, социальное пособие, пенсия и т. д.)</th> <th style="width: 20%;">Регулярность получения дохода (раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц).</th> <th style="width: 10%;">Размер дохода (сумма общего дохода)</th> <th style="width: 10%;">Номер социального обеспечения (не обязательно)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td style="text-align: center;">\$</td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Имя и фамилия лица, имеющего доход (детям, посещающим школу, не нужно указывать доход, получаемый от работы).	Источник дохода (работа, социальное пособие, пенсия и т. д.)	Регулярность получения дохода (раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц).	Размер дохода (сумма общего дохода)	Номер социального обеспечения (не обязательно)				\$					\$					\$					\$					\$		
Имя и фамилия лица, имеющего доход (детям, посещающим школу, не нужно указывать доход, получаемый от работы).	Источник дохода (работа, социальное пособие, пенсия и т. д.)	Регулярность получения дохода (раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц).	Размер дохода (сумма общего дохода)	Номер социального обеспечения (не обязательно)																											
			\$																												
			\$																												
			\$																												
			\$																												
			\$																												

10 Расходы. Укажите ежемесячные расходы для всех указанных выше лиц.

Уход за ребенком в дневное время или уход за иждивенцами и инвалидами

Имя и фамилия ребенка или иждивенца: _____ Возраст: _____ Размер оплаты: _____

Как часто вносится оплата: _____

Имя и фамилия ребенка или иждивенца: _____ Возраст: _____ Размер оплаты: _____

Как часто вносится оплата: _____

Пособие на ребенка, назначенное судом

Кому выплачивается: _____ Кем выплачивается: _____ Размер оплаты: _____

Супружеские алименты, назначенные судом

Кому выплачивается: _____ Кем выплачивается: _____ Размер оплаты: _____

Пожалуйста, обратите внимание, что может быть сделан запрос на предоставление дополнительной информации о Вашем имуществе, доходах и / или ресурсах, которыми Вы располагаете.

Настоящим я подтверждаю, что изложенная выше информация была мною прочитана и понята. Я также подтверждаю, что информация, предоставленная мною в данной форме, является точной и верной.

Подпись _____ Дата: _____