

加州醫療福利 (MEDI-CAL) 情況報告

注意：州法律現在需要您填寫半年加州醫療福利MEDI-CAL情況報告。

您必須在規定的 _____
日期寄回此份報告，以便保持您的 加州醫療福利MEDI-CAL。

通知日期： _____
檔案號碼： _____
職工姓名： _____
職工號碼： _____
職工電話號碼： _____
辦公時間： _____

在您家庭，家中成員享用加州醫療福利 Medi-Cal 僅是老年人，或盲人，或殘障人士，或21歲以下的個別人士，或孕婦；並且 / 或她們享用福利資格僅在妊娠期間，**您就不必填寫此份報告。**

若您需要人協助您填寫這份報告，請致電給您的職工，其姓名就是上述所列。

第1節—情況沒有變化報告

若在最近6個月內，您的情況，對於在第2節所說的各项目，沒有任何變化，請在小格內打上符號。



沒有變化

- ☐ 不要在第2節部份填寫。直接填寫第3部份。
- ☐ 在此份報告表後頁第3節部份**簽名**和**填寫日期**。您必須在此份報告表所規定的日子，請使用郵資已付，和印有回郵地址的信封寄回此份報告表。

有變化需要報告

若在6個月內，您的情況有變化，就需要報告，您必須在第2節部份和第3節部份填寫妥當。

- ☐ 在第2節那個項目有變化，就在“有”方格內打符號，並加以解釋。
- ☐ 請勿在此份報告內附寄任何文件。
- ☐ 直接填寫第3部份，在此份報告表第3節部份**簽名**和**填寫日期**。您必須在此份報告表所規定的日子，並使用郵資已付，和印有回郵地址的信封寄回此份報告表。

切記，您必須在此頁背面簽名



請不要在這份表格內附寄任何文件

第2節

若有變化，請在“有”方格內打個符號並加以說明

收入有變化

有

您家庭的收入是增加還是減少？在您家庭14歲以上任何人開始找到工作或辭退工作？例如：領鐘點薪水，領取兒童撫養金，領取失業金，小費，政府福利，退稅款額，禮物等等。請解釋：

支付其它開支費用有變化

有

您支付孩子料理費用數目是否有變化，健康保險，法庭規定的孩子贍養費，或孩子教育費用？請解釋：

家庭居住人口有變化

有

您家中成員是否有人搬進或搬出？(例如：新生的嬰兒，家中成員嫁娶等等)？如若是，他們需要加州醫療福利 (Medi-Cal) 嗎？ 是 否 請解釋：

其它變化

有

家中成員的財產是否有變化，（例如銀行賬戶，車輛，物業或房地產等等）他們的移民身份狀況，或其它保險福利？請解釋：

殘障人士

有

您家中成員是否有人成為殘障人士？若有，是誰？

您家庭成員中是否有人懷孕？

有

若有，是誰？若有，預產期是何時？

第3節

必須填寫妥當

簽名與核實

我明白我所有的收入，財產，和 / 或其它情況有變化，必須向縣機構報告，提供假資訊會受到法律制裁，我謹此保證上述所提供的資訊是真實和正確的。

簽名	電話 ()	日期
證人簽名 (若當事人簽名用符號代替)	電話 ()	日期
代當事人簽名的人士	與當事人的關係	日期