

## تقاضانامه برای Medi-Cal

برای تکمیل این فرم، از دستورات استفاده کنید. خوانا بنویسید. فقط از مرکب سیاه یا آبی استفاده کنید.

در مورد شخصی که Medi-Cal برای خودش، خانواده اش یا کودکانی که در مراقبت ایشان هستند میخواهد به ما بگوئید.

### بخش 1

نام خانوادگی	نام اول	نام وسط	
نشانی منزل (شماره و خیابان) P.O. BOX را ذکر نکنید، مگر اینکه بی خانمان باشید	شماره آپارتمان	شماره آپارتمان	شماره تلفن منزل # ( )
شهر/ایالت	کانتی	کد پستی	شماره تلفن کار # ( )
نشانی پستی (اگر از نشانی ذکر شده فرق داشته باشد) یا P.O. BOX	شماره آپارتمان	شماره آپارتمان	تلفن پیغام ( )
شهر	کد پستی		
14A به چه زبان/لهجه بهترین صحبت میکنید		14B به کدام زبان بهترین میخوانید؟	

در مورد شخصی که در بخش 1 ذکر شده است، خانواده ایشان و کودکانی که آنها تحت مراقبت دارند به ما بگوئید، حتی اگر آنها پوشش نمیخواهند.

### بخش 2

شخص بالغ 1/خود	شخص بالغ 2	کودک 1	کودک 2	کودک 3	
					15 نام:
					نام خانواده
					نام اول
					نام وسط
					16 رابطه با شخصی که در بخش 1 ذکر شده است
					17 اگر نشانی که در آن زندگی میکنند همان نشانی که در بخش 1 ذکر شده است، نباشد، نشانی محل سکونت را بنویسید.
					18 جنس:
<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	
					19 وضع تأهل:
<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	
					20 نام همسر(همسران) صغیر ازدواج کرده در خانه.
					21 تاریخ تولد:
ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	
					22 حامله:
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	
					تاریخ معاینه/فیش:
ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	ماه / روز / سال	
					23 آیا دارای ازکارافتادگی بدنی، فکری یا روحی است؟
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	
					انتظار می رود که از کار افتادگی تا تاریخ ذکر شده ادامه پیدا خواهد کرد:
<input type="checkbox"/> 30 روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> 12 ماه یا بیشتر	<input type="checkbox"/> 30 روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> 12 ماه یا بیشتر	<input type="checkbox"/> 30 روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> 12 ماه یا بیشتر	<input type="checkbox"/> 30 روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> 12 ماه یا بیشتر	<input type="checkbox"/> 30 روز یا بیشتر <input type="checkbox"/> 12 ماه یا بیشتر	

و گزینه در مورد تمام اشخاصی که در بخش 2 فهرست شده اند، پاسخ بدهید.

40	آیا کسی پول نقد یا چک های خورد نشده دارد؟ اگر «آری»، مبلغ را ذکر کنید: _____ (به دستورات مراجعه کنید)	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
41	آیا کسی حساب چک، پس انداز، یا بیمه عمر دارد؟ (به دستورات مراجعه کنید)	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
42	آیا در خانوار یک اتوموبیل وجود دارد یا بیشتر از یک؟ (به دستورات مراجعه کنید)	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
43	آیا کسی دستور مصالحه یا حکم دادگاهی دارد؟ (به دستورات مراجعه کنید)	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
44	آیا کسی بیمه دراز-مدت مراقبت دارد؟ (به دستورات مراجعه کنید)	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
45	آیا کسی دارای اقلام زیر میباشد: سهام، اوراق قرضه، حساب بازنشستگی، امانت (تراست)، ملک، اتوموبیل برای شغل، حسابهای شغلی، سفته، وام، قباله، اتوموبیلهای تفریحی، حساب امانت کفن و دفن، مستمری سالیانه، جواهرات (ارثیه خانوادگی، عروسی شامل نمیشود)، حقوق نفت یا مواد معدنی؟ (به دستورات مراجعه کنید).	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
46	کسی که نامش در این فهرست ذکر شده است، آیا اقلامی که در فوق ذکر شده است در 30 ماه گذشته انتقال داده، فروخته، تعویض کرده یا بخشیده است؟ (به دستورات مراجعه کنید).	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
47	آیا اقلامی که در این بخش ذکر شده اند، برای هزینه پزشکی خرج شده یا بعنوان پشتوانه استفاده شده اند؟ (به دستورات توجه کنید).	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر

فقط برای شخصی که Medi-Cal میخواهد پاسخ بدهید.

شخص بالغ 1/خود	شخص بالغ 2	کودک 1	کودک 2	کودک 3
48 شماره سوشل سکیوریتی، ممکن است که شما بتوانید Medi-Cal دریافت کنید حتی اگر شماره سوشل سکیوریتی نداشته باشید.				
49 مکان تولد: ایالت یا کانتی				
50 شهروند یا ملیت آمریکایی؟ اگر «خیر»، تاریخ ورود به آمریکا را بنویسید	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر ماه / روز سال	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر ماه / روز سال	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر ماه / روز سال	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر ماه / روز سال
51 آیا در یک تسهیلات مراقبت دراز-مدت یا شبانه روزی و تسهیلات مراقبتی زندگی میکنید؟ اگر «آری» نام تسهیلات:	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
آیا قصد دارید به خانه برگردید؟ آیا قصد دارید که در عرض 6 ماه آینده به خانه برگردید؟	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
52 آیا دارای پوشش درمانی-بهداشتی/دندانپزشکی و بینائی دارد؟	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
53 در عرض 3 ماه قبل از اینکه شما تقاضا کرده باشید و برای آن مخارج Medi-Cal خواسته باشید، مخارج پزشکی داشته است.	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
54 آیا مورد قانونی بعلت تصادف یا صدمه در جریان میباشد؟	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر

بخش 2 ادامه	شماره باز ۲\۳	شخص بالغ 2	کودک 1	کودک 2	کودک 3
24 آیا کسی هرگز از اقلام زیر را دریافت کرده است: کمک نقدی، SSI، کوپون غذایی یا Medi-Cal اگر «آری» تحت چه نامی؟	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
25 شماره کارت مزایای Medi-Cal (BIC) اگر دارید:					
26 آیا مزایای پزشکی میخواهی؟	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
27 آیا خانه دارید یا خارج از کالیفرنیا خانه میخرید؟	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر

### بخش 3 در مورد تمام فرزندان ذکر شده در بخش 2 پاسخ بدهید.

کودک 1	کودک 2	کودک 3	متولد نشده
28 نام مادر:	نام مادر:	نام مادر:	نام مادر:
آیا مادر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟	آیا مادر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟	آیا مادر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟	آیا مادر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟
29 نام پدر:	نام پدر:	نام پدر:	نام پدر:
آیا پدر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟	آیا پدر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟	آیا پدر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟	آیا پدر: <input type="checkbox"/> شاغل هست؟ <input type="checkbox"/> از کارافتاده هست؟ <input type="checkbox"/> بیکار هست؟ <input type="checkbox"/> فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> غایب هست؟

### بخش 4 تمام درآمد/پولی که توسط اشخاص فهرست شده در بخش 2 دریافت میشود، ذکر کنید.

30 نام شخصی که درآمد/ پول دریافت میکند	31 منبع درآمد/ پول دریافت شده (از کار، سوشل سکيوریتی)	32 چقدر درآمد/ پول دریافت شده است	33 هر چند وقت درآمد/ پول دریافت شده است (ماهانه، دوماه یکبار، هفتگی، دو هفته یکبار، روزانه)

### بخش 5 مخارج/هزینه هائی که توسط تمام اشخاص ذکر شده در بخش 2 پرداخت شده است، اطلاعات بدهید.

نوع پرداختیهائی که خانواده تان متقبل میشود	34 نام شخصی که پرداخت میکند	35 مبلغ پرداخت شده ماهانه	36 پرداختی مراقبت از کودک یا مراقبت از شخص وابسته (نام کودک یا شخص وابسته را نام ببرید)	37 سن	38 نام شخصی که پرداخت میکند	39 مبلغ پرداخت شده ماهانه
نقله کودک			1.			
نقله			2.			
حق بیمه، بیمه بهداشتی-درمانی دیگر			3.			
حق بیمه Medicare			4.			

## بخش 7 ادامه

کودک 3	کودک 2	کودک 1	شخص بالغ 2	شخص بالغ 1/خود	
آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خود <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> والد <input type="checkbox"/>	55 جاری یا گذشته خدمت سربازی آمریکا برای افراد بالغ، همسر یا کودکان والد؟
					56 تبار (نژاد) (انتخابی)
آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	57 آیا مدرسه تمام وقت است؟
آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	58 آیا از خانه دور زندگی میکنید؟

## بخش 8 واگذاری اطلاعات (انتخابی).

59 اگر مایل نیستید که Medi-Cal تقاضانامه کودکان را با low-cost Healthy Families (هزینه-کم هلتی فامیلی) در میان بگذارید، اگر کودکان برای no-cost Medi-Cal (بدون هزینه مدی-کل) واجد شرایط نمیباشد، در این خانه علامت بگذارید.

60 من وقتی که این تقاضانامه را تکمیل کردم، از (نام شخص را ذکر کنید) \_\_\_\_\_، کمک دریافت کردم. من موافقت میکنم که اداره محلی رفاه ممکن است که در مورد وضع این تقاضانامه به آنها اطلاعات بدهد. متقاضی لطفاً پاراف کنید. \_\_\_\_\_

## بخش 9 امضاء و گواهی.

61 من طبق کیفر شهادت دروغ قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام میدارم که پاسخهایی که در این تقاضانامه داده ام، و مدارکی را که ارائه دادم تا آنجائی که من مطلع هستم و باور دارم صحیح و درست میباشد.

من اعلام میدارم که دستورات تقاضانامه، اعلامیه ها، و تمام اطلاعات چاپ شده در این تقاضانامه را خوانده و فهمیده ام.

امضاء \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

امضاء شاهد (اگر شخص توسط علامتی امضاء کرده است) \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

امضاء شخصی که به متقاضی کمک میکند تقاضانامه را پر کند. شماره تلفن \_\_\_\_\_ نسبت او به متقاضی \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

امضاء شخصی که به عنوان ذینفع/متقاضی حضور دارد شماره تلفن \_\_\_\_\_ نسبت او به متقاضی \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

برای کسب اطلاعات در مورد یکی از برنامه های زیر، خانه های زیر را علامت بگذارید و اطلاعات برای شما فرستاده خواهد شد.  
از تارنمای ما دیدن کنید: [www.dhc.s.ca.gov](http://www.dhc.s.ca.gov)

- برنامه خدمات مراقبت شخصی (Personal Care Service Program-PCSP). برنامه ای برای مراقبت در خانه.
- دسترسی برای اطفال، و مادران (Access for Infants, and Mothers-AIM). برنامه ای برای کمک به زنان حامله با درآمدی متوسط برای دریافت مراقبت بهداشتی-درمانی.
- برنامه تغذیه برای زنان، اطفال و کودکان (Woman, Infants and Children Nutrition Program-WIC). برنامه تغذیه برای زنان حامله و پس از وضع حمل و اطفال کمتر از سن 5 سال.
- برنامه ریزی خانوادگی (Family Planning)
- برنامه پیشگیری از مراقبت بهداشتی-درمانی و کارافتاریگی کودک (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program).  
مراقبت بهداشتی-درمانی پیشگیری کننده برای کودکان و نوجوانان.
- آیا مایل هستید که کودکان، نوجوانان شما برای ویزیت مجدد به برنامه CHDP توصیه بشوند؟  
آری  خیر