

ການຮ້ອງຂໍເອົາສັດສິດການຈາກ Medi-Cal

ໃນການຕື່ມເຈ້ງຟອມນີ້, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ. ຂຽນຕົວບັນຈົງໃຫ້ຊັດເຈນ. ໃຫ້ໃຊ້ສະເພາະແຕ່ໝັກສິດຳຫລີສິນ້ຳເງິນເທົ່ານັ້ນ.

ໝວດທີ 1

ຂໍຊາບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບບຸກຄົນທີ່ຕ້ອງການ Medi-Cal ເພື່ອໂຕເອງ, ຄອບຄົວຂອງເຂົາເຈົ້າ ຫລືເດັກທີ່ຢູ່ໃຕ້ການເບິ່ງແຍງຮັກສາຂອງເຂົາເຈົ້າ.

| | | | | |
|--|----------|-----------------|---------------------------------------|------------------------|
| 1 ນາມສະກຸນ | | ຊື່ຕົວ | ອັກສອນຫຼັງຊື່ກາງ | |
| 2 ບ່ອນຢູ່ (ເຮືອນເລກທີ່ແລະຊື່ຖານ). ຫ້າມລະບຸຜູ້ໄປສະນີ ຖ້າບໍ່ແມ່ນຜູ້ໄວ້ອາໄສ | | | 3 ຫ້ອງແຖວເລກທີ | 4 ເວີໂທຢູ່ເຮືອນ () |
| 5 ເມືອງ/ລັດ | 6 ຄາວຕີ້ | 7 ລະຫັດໄປສະນີ | 8 ເວີໂທຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ () | |
| 9 ບ່ອນຮັບຈົດໝາຍ (ຫາກບໍ່ຄືກັບບ່ອນຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້) ຫລະຜູ້ໄປສະນີ | | 10 ຫ້ອງແຖວເລກທີ | 11 ເວີໂທລະສັບທີ່ມີການອັດສຽງ () | |
| 12 ເມືອງ | | 13 ລະຫັດໄປສະນີ | | |
| 14A ພາສາໃດແດ່ ທີ່ທ່ານປາກໄດ້ດີທີ່ສຸດ? | | | 14B ພາສາໃດແດ່ ທີ່ທ່ານອ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ? | |

ໝວດທີ 2

ຂໍຊາບກ່ຽວກັບບຸກຄົນທີ່ລະບຸໃນໝວດທີ 1, ພ້ອມກັບຄອບຄົວຂອງບຸກຄົນນັ້ນແລະເດັກນ້ອຍທີ່ຕົນເອງເບິ່ງແຍງຮັກສາຢູ່, ທັງນີ້ ແມ່ນແຕ່ໃນກໍລະນີທີ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການປະກັນ.

| | ຜູ້ໃຫຍ່ 1 / ໂຕເອງ | ຜູ້ໃຫຍ່ 2 | ເດັກ 1 | ເດັກ 2 | ເດັກ 3 |
|--|---|---|---|---|---|
| 15 ຊື່ : ນາມສະກຸນ ຊື່ຕົວ ຊື່ກາງ | | | | | |
| 16 ຄວາມສົມພັນກັບບຸກຄົນ ໃນໝວດທີ 1. | | | | | |
| 17 ຫາກບ່ອນຢູ່ບໍ່ຄືບ່ອນທີ່ລະບຸ ໄວ້ໃນໝວດທີ 1, ໃຫ້ຕື່ມບ່ອນທີ່ອາໄສຢູ່ : | | | | | |
| 18 ເພດ : | <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ | <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ | <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ | <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ | <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ |
| 19 ສະຖານະພາບການສົມລົດ : | <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ | <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ | <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ | <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ | <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ |
| 20 ຊື່ຂອງຄູ່ສົມລົດຂອງຜູ້ເປົ້າທີ່ແຕ່ງ ງານ ແລ້ວແລະອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ. | | | | | |
| 21 ເດືອນ ວັນ ປີເກີດ : | / / ເດືອນ ວັນ ປີ | / / ເດືອນ ວັນ ປີ | / / ເດືອນ ວັນ ປີ | / / ເດືອນ ວັນ ປີ | / / ເດືອນ ວັນ ປີ |
| 22 ກຳລັງຖືພາ : ວັນທີ່ຄາດວ່າຈະຄອດບູດ: | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ / / ເດືອນ ວັນ ປີ |
| 23 ມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ຈິຕ ຫລືອາລົມຫລືບໍ່? ມີການຄາດວ່າຈະພິການເຊັ່ນນີ້ອີກດິນ ປານໃດແດ່ : | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ |

| ໝວດທີ 2 | ຕໍ່ | ຜູ້ໃຫຍ່ 1/ໂຕເອງ | ຜູ້ໃຫຍ່ 2 | ເດັກ 1 | ເດັກ 2 | ເດັກ 3 |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| 24 | ເຄີຍມີໃຜຮັບເງິນສົດຊ່ວຍເຫລືອ, ລາຍໄດ້ເພີ່ມເຕີມ SSI, ບັດຊື້ອາຫານ ຫລື Medi-Cal ຫລືບໍ່? ຖ້າຕອບວ່າ “ເຄີຍ”, ໄດ້ຮັບໃນນາມຂອງໃຜແດ່? | <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ | <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ | <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ | <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ | <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ |
| 25 | ຂໍຊາບໝາຍເລກບັດ (BIC) ປະຈຳຕົວຜູ້ຮັບ ສົວສັກການຈາກ Medi-Cal, ຖ້າທ່ານມີ : | | | | | |
| 26 | ຕ້ອງການໄດ້ຮັບສົວສັກການທາງດ້ານ ການຮັກສາສຸຂະພາບບໍ່? | <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ | <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ | <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ | <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ | <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ |
| 27 | ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນ, ຫລືກຳລັງຊື້ ເຮືອນ, ນອກເຂດລັດຖະທຳມະນູນ ແມ່ນຫລືບໍ່? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |

ໝວດທີ 3 ໃຫ້ຕອບສຳຫລັບເດັກທຸກໆ ຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໃນໝວດທີ 2.

| ເດັກ 1 | ເດັກ 2 | ເດັກ 3 | ບັງບໍ່ທັນເກີດ |
|---|---|---|---|
| 28 | ຊື່ຂອງແມ່: | ຊື່ຂອງແມ່: | ຊື່ຂອງແມ່: |
| ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ |
| 29 | ຊື່ຂອງພໍ່: | ຊື່ຂອງພໍ່: | ຊື່ຂອງພໍ່: |
| ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ |

ໝວດທີ 4 ໃຫ້ແຈ້ງລາຍໄດ້/ເງິນທຸກໆ ລາຍ ເຊິ່ງບຸກຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໄວ້ໃນໝວດທີ 2 ໄດ້ຮັບມາ.

| 30 | 31 | 32 | 33 |
|----------------------------------|--|---------------------------|--|
| ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້/ເງິນ | ທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້/ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບມາ (ການເຮັດວຽກ, ສົວສັກການສັງຄົມ) | ຈຳນວນລາຍໄດ້/ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ | ຄວາມຖີ່ທີ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້/ເງິນ (ເດືອນລະເທື່ອ, ເດືອນລະສອງເທື່ອ, ອາທິດລະເທື່ອ, ອາທິດລະສອງເທື່ອ, ວັນລະເທື່ອ) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ໝວດທີ 5 ໃຫ້ນອບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ/ຄ່າໃດໆ ທີ່ແຈ້ງແລ້ວ ເຊິ່ງອອກໂດຍບຸກຄົນທຸກໆ ຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໃນໝວດທີ 2.

| ປະເພດຂອງລາຍຈ່າຍທີ່ອອກໂດຍຄອບຄົວຂອງທ່ານ | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|---|------|----------------------|--------------------------|
| | ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຈ່າຍ | ເງິນຈຳນວນທີ່ຈ່າຍຕໍ່ເດືອນ | ຄ່າເບິ່ງແຍງຮັກສາເດັກ ຫລື ຄ່າເບິ່ງແຍງຮັກສາຜູ້ໃກ້ການອຸປະຖັມ (ລະບຸຊື່ຂອງເດັກຫລືຜູ້ໃກ້ການອຸປະຖັມ) | ອາຍຸ | ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຈ່າຍເງິນ | ເງິນຈຳນວນທີ່ຈ່າຍຕໍ່ເດືອນ |
| ຄ່າອຸປະກາລະເດັກ | | | 1. | | | |
| ຄ່າອຸປະກາລະລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ | | | 2. | | | |
| ຄ່າປະກັນສຸຂະພາບອື່ນ ໆ | | | 3. | | | |
| ຄ່າປະກັນ Medicare | | | 4. | | | |

ໝວດທີ 6

ໃຫ້ຂ້າມໝວດນີ້ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານກຳລັງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍສຳຫລັບເດັກອາຍຸຕໍ່າກ່ວາ 19 ປີ ແລະ/ຫລືຍິງຖືພາໂດຍສະເພາະເທົ່ານັ້ນ (ສະເພາະບໍລິການຕ່າງໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ) .

ບໍ່ຢ່າງນັ້ນ ກໍໃຫ້ຕອບສຳຫລັບບຸກຄົນທຸກ ໆ ຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໃນໝວດທີ 2 .

- 40 ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີເງິນສົດຫລືເຊັກທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ແລກເປັນເງິນສົດຫລືບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ
ຖ້າຕອບວ່າ “ມີ” ໃຫ້ລະບຸຈຳນວນ ນະ ທີ່ນີ້ _____ (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)
- 41 ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີບັນຊີເຊັກ, ບັນຊີອອມສິນ ຫລືປະກັນຊີວິດຫລືບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ) ມີ ບໍ່ມີ
- 42 ມີລິດເນັງຄັນຫລືຫລາຍຄັນໃນຄອບຄົວນີ້ບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ) ມີ ບໍ່ມີ
- 43 ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີສິດຮັບສິ່ງໃດຕາມຄຳສັ່ງຫລືຄຳພິພາກສາຂອງສານບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ) ມີ ບໍ່ມີ
- 44 ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີປະກັນສຳຫລັບການຮັກສາພະຍາບານລະຍະຍາວບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ) ມີ ບໍ່ມີ
- 45 ມີໃຜຜູ້ໃດແດ່ ທີ່ມີສິ່ງໃດໆ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່ ເຊັ່ນ ຫຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ກອງທຶນເງິນບຳນານ, ກູ້ສ໌, ອະສັງຫາລິມະຊັບ, ລິດຍົນທີ່ໃຊ້ໃນທຸລະກິດ, ບັນຊີເງິນເພື່ອທຸລະກິດ, ສັນຍາຊຳລະໜີ້ສິນ, ເງິນຈຳນອງ, ເອກະສານສິດທິ, ລິດຍົນທີ່ໃຊ້ໃນການພັກຜ່ອນຢ່ອນໃຈ, ກອງທຶນເພື່ອການທຳລືມ, ເງິນປີ, ແພັດພອນ (ເຊິ່ງບໍ່ແມ່ນຂອງສືບທອດກັນໃນຕະກູນຫລືຂອງແຕ່ງດອງ), ສິດທິໃນບໍ່ນຳມັນຫລືເໝືອງແຮ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ) ມີ ບໍ່ມີ
- 46 ມີໃຜຜູ້ໃດທີ່ລະບຸຊື່ໄວ້ໃນຮຽງຟອມນີ້ແດ່ ທີ່ໄດ້ໂອນ, ຂາຍ, ແລກ ຫລືໃຫ້ສິ່ງໃດໆ ເຊັ່ນສິ່ງທີ່ໄດ້ຮຽງມາແລ້ວໃນຂ້າງຕົ້ນນີ້ພາຍໃນລະຍະ 30 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ) ມີ ບໍ່ມີ
- 47 ມີສິ່ງໃດແດ່ ທີ່ໄດ້ຮຽງໃນໝວດນີ້ແລ້ວ ແດ່ນຳໄປຈ່າຍຫລືໃຊ້ເປັນຫລັກປະກັນສຳຫລັບຄ່າຮັກສາພະຍາບານຫລືບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ) ມີ ບໍ່ມີ

ໝວດທີ 7

ໃຫ້ຕອບສຳຫລັບບຸກຄົນທີ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບສົວສດິການຈາກ Medi-Cal ໂດຍສະເພາະເທົ່ານັ້ນ .

| | ຜູ້ໃຫຍ່ 1/ໂຕເອງ | ຜູ້ໃຫຍ່ 2 | ເດັກ 1 | ເດັກ 2 | ເດັກ 3 |
|--|--|--|--|--|--|
| 48 ໝາຍເລກບັດໄສໄສ້. | | | | | |
| ທ່ານ ອາດສາມາດຮັບ Medi-Cal ໄດ້ ທັງນີ້ ແມ່ນແຕ່ ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານບໍ່ມີໝາຍເລກບັດໄສໄສ້. | | | | | |
| 49 ບ່ອນເກີດ: ມົນລັດ ຫລື ປະເທດ. | | | | | |
| 50 ມີສັນຊາດສະຫະລັດຫລືບໍ່? ຖ້າຕອບວ່າ “ບໍ່ມີ” ໃຫ້ຂຽນວັນທີ່ເຂົ້າມາຢູ່ສະຫະລັດ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / ເດືອນ ວັນ ປີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / ເດືອນ ວັນ ປີ |
| 51 ທ່ານຢູ່ໃນສະຖານທີ່ທີ່ໃຫ້ການຮັກສາພະຍາບານລະຍະຍາວ ຫລືເປັນຄົນໄວ້ປະເພດກິນນອນໃນສະຖານທີ່ແຕ່ໆໃດແຕ່ໆນັ້ງບໍ່? ຖ້າຕອບວ່າ “ຢູ່” ຂໍຊາບຊື່ຂອງສະຖານທີ່ນັ້ນ : ທ່ານມີເຈດຕະນາທີ່ຈະກັບໄປຢູ່ເຮືອນບໍ່? ທ່ານມີເຈດຕະນາທີ່ຈະກັບໄປຢູ່ເຮືອນພາຍໃນຫົກເດືອນຫລືບໍ່? | <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ |
| 52 ມີປະກັນສຸຂະພາບ / ແຂ້ວຫລືສາຍຕາບໍ່? | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ |
| 53 ໄດ້ມີຄ່າຮັກສາພະຍາບານເກີດຂຶ້ນພາຍໃນລະຍະ 3 ເດືອນ ກ່ອນເດືອນທີ່ທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍ ແລະຕ້ອງການມີ Medi-Cal ເພື່ອຈ່າຍຄ່າດັ່ງກ່າວບໍ່. | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ |
| 54 ມີຄະດີໃນລະຫວ່າງການພິຈາລະນາເນື່ອງຈາກໄດ້ປະສົບອຸບັດຕິເຫດໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່? | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ |

ໝວດທີ 7 ຕໍ່

| | ຜູ້ໃຫຍ່ 1/ໂຕເອງ | ຜູ້ໃຫຍ່ 2 | ເດັກ 1 | ເດັກ 2 | ເດັກ 3 |
|--|--|--|--|--|--|
| 55 ມີຜູ້ໃຫຍ່, ຄູ່ສົມລົດ ຫລືພໍ່/ແມ່ຂອງເດັກທີ່ກຳລັງຮັບຫລືເຄີຍຮັບຮາຊາການທະຫານທີ່ກອງທັບສະຫະລັດບໍ່? | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່ | <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່ |
| 56 ຊົນຊາດ (ເຊື້ອຊາດ) : (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້) | | | | | |
| 57 ເປັນນັກຮຽນເຕັມເວລາ ແມ່ນບໍ່? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |
| 58 ຢູ່ຫ່າງ ຈາກເຮືອນ ແມ່ນບໍ່? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ |

ໝວດທີ 8 ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້) .

59 ຈົ່ງໝາຍໃສ່ຫ້ອງສີ່ຫລ່ຽມນີ້ ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ Medi-Cal ແບ່ງປັນຄຳຮ້ອງຂອງລູກຂອງທ່ານກັບໂຄງການ Healthy Families ແບບລາຄາຖືກ ຖ້າວ່າລູກຂອງທ່ານບໍ່ມີສິດເໝາະສົມສຳລັບ Medi-Cal ແບບບໍ່ຕ້ອງເສັຽຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

60 ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກ (ໃຫ້ລະບຸຊື່ບຸກຄົນນັ້ນ) _____ ໃນຂະນະທີ່ຕົ້ນຄຳຮ້ອງຂໍນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງວ່າ ຫ້ອງການປະຊາສົ່ງເຄາະປະຈຳທ້ອງຖິ່ນອາດແຈ້ງຂ່າວກ່ຽວກັບສະຖານະພາບຂອງການຮ້ອງຂໍຄັ້ງນີ້ໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ. ໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ກະລຸນາຂຽນອັກສອນຫຼັງຊື່ _____

ໝວດທີ 9 ລາຍເຊັນແລະຄຳຮັບຮອງ.

61 ຂ້າພະເຈົ້າ ໂດຍຢູ່ໃຕ້ອຳນາດຂອງກົດໝາຍຂອງລັດແຄລິຟໍເນີຽທີ່ວ່າດ້ວຍການກ່າວເທັດ ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຊາບແລະເຂົ້າໃຈ ຄຳຕອບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໃນຄຳຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້, ຮວມທັງເອກະສານທີ່ສເນີ ຖືກຕ້ອງແລະເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈວິທີຕົ້ນໃບຮ້ອງຂໍ, ຄຳຖະແຫລງ, ແລະລາຍລະອຽດໝົດທຸກຢ່າງທີ່ພິມໄວ້ ໃນຄຳຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້.

_____ ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____

_____ ລາຍເຊັນຂອງພິຍານ (ຫາກບຸກຄົນນັ້ນໄດ້ແຕ້ມກາແທນລາຍເຊັນ) _____ ວັນທີ _____

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ຊ່ວຍຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນເຈັຽ ຟອມ _____ ເວີໂທລະສັບ _____ ຄວາມສັມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ _____ ວັນທີ _____

_____ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ກະທຳໃນນາມຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ຜູ້ຮັບປະໂຫ _____ ເວີໂທລະສັບ _____ ຄວາມສັມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ _____ ວັນທີ _____

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຊາບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການໃດໆ ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ໃຫ້ໝາຍຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລ້ວຈະສົ່ງລາຍລະອຽດນັ້ນໄປໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ແວະຊົມຕັບໂຊຟ໌ຂອງເຮົາ ທີ່ www.dhcs.ca.gov

- ໂຄງການ Personal Care Service Program (PCSP). ແມ່ນໂຄງການສຳຫລັບການຮັກສາພະຍານຢູ່ເຮືອນ.
- ໂຄງການ Access for Infants, and Mothers (AIM). ແມ່ນໂຄງການສຳຫລັບຊ່ວຍໃຫ້ຍິງຖືພາທີ່ມີລາຍໄດ້ປານກາງໄດ້ຮັບການຮັກສາສຸຂະພາບ.
- ໂຄງການ Woman, Infants and Children Nutrition Program (WIC). ແມ່ນໂຄງການອາຫານສຳຫລັບຍິງຖືພາ, ຍິງທີ່ຫາກໍໄດ້ຄອດບຸດ ແລະເດັກອາຍຸເກົ່າກວ່າ 5 ປີ.
- ການວາງແຜນຄອບຄົວ
- ໂຄງການ Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program. ໃຫ້ການຮັກສາປ້ອງກັນໂຣດສຳຫລັບເດັກລະຍູວະຊົນ. ຫ່ານຢາກໃຫ້ຊື່ບຸກຄົນທີ່ສົ່ງໄປຍັງໂຄງການ (CHDP) ນີ້ເພື່ອຫາໂຄງການຈະໄດ້ຕິດຕາມຜົນບໍ່? ຢາກ ບໍ່ຢາກ