

MEDI-CAL申請人的補充事實陳述

County Use Only

County Number/Aid Code/Case Number

第 I 部分—個人資訊

1a. 申請人姓名(姓、名、中間名縮寫)		1b. 社會安全號碼 — —		1c. 出生日期 / /	
1d. 曾用名(姓、名、中間名縮寫)		1e. 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		1f. 身高 英尺 英寸	
1g. 體重 磅		2a. 家庭住址 市 州 郵編			
2b. 郵寄地址(如果不同) 市 州 郵編					
3. 日間電話: ()		請選擇(如果): <input type="checkbox"/> 無電話 <input type="checkbox"/> 留言電話()		最佳聯絡時間	
4a. 您說英文嗎? <input type="checkbox"/> 是 若「是」,請填第II部分 <input type="checkbox"/> 否 若「否」,您說什麼語:		4b. 您有口譯人員嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若「是」,請填上口譯人員姓名: 口譯人員的電話號碼: ()	
				最佳聯絡時間	

第 II 部分—醫療資訊

County Use Only

5. 在過去兩(2)年內,您是否申請過「社會保障傷殘」或「附加保障傷殘生活補助金(SSI)」福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」,請回答下列問題:			
a. 您的「社會保障傷殘」或「SSI傷殘生活補助金」申請曾/已: <input type="checkbox"/> 被批准? <input type="checkbox"/> 被拒? <input type="checkbox"/> 待定? <input type="checkbox"/> 上訴? <input type="checkbox"/> 未知?			
b. 如果被批准或被拒,請給出您的「社會保障傷殘」或「SSI傷殘生活補助金」申請最近一次被批准或被拒的日期:			
c. 在上述5b所列之日期以來,您的病情是否惡化? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」,請解釋:			
d. 自上述5b所列之日期以來,您是否患上任何新的疾病,而該疾病在就您的「社會保障傷殘」或「SSI傷殘生活補助金」申請做出決定時是沒有的? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」,是什麼病?			
6. 列出所有讓您不能工作或照顧自己個人需要的(身體或精神)疾病。(若必要,可另附一張紙。)			
疾病		何時開始的 (月/年)	

7. 在過去12個月內，您是否因病或因傷而在診所或醫院接受過治療？ 是 否

County Use Only

若「是」，請詳細填寫下述資訊：

MC 220
Signed

診所/醫院名

患者/門診或會員號

診所/醫院電話號碼

()

您看病的醫生姓名

診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)

市

州

郵編

第一次看病日期

最後一次看病日期

下次預約日期

看病原因

您住院了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫住院日期：

出院日期：

您去急診室看病了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫看病日期：

列出得到的**所有**藥物：

列出接受的**所有**治療和治療日期：

8. 列出在過去12個月內您去看過病的其他診所或醫院。

MC 220
Signed

診所/醫院名

患者/門診或會員號

診所/醫院電話號碼

()

您看病的醫生姓名

診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)

市

州

郵編

第一次看病日期

最後一次看病日期

下次預約日期

看病原因

您住院了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫住院日期：

出院日期：

您去急診室看病了嗎？ 是 否

若「是」，請填寫看病日期：

列出得到的**所有**藥物：

列出接受的**所有**治療和治療日期：

如果在過去12個月內您在其他診所或醫院看過病，
請填寫第8頁。

9. 在過去12個月內，您是否去看過您已經列出的診所或醫院以外的醫生？ 是 否

若「否」，請跳到第10項。若「是」，請詳細填寫下述資訊，如果看的醫生不只一位，請在第8頁填寫補充資訊：

County Use Only

MC 220
Signed

醫生姓名		
患者/門診或會員號	醫生的電話號碼 ()	
診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)	市	州 郵編
第一次看病日期	最後一次看病日期	下次預約日期
看病原因		
列出得到的 所有 藥物：		
列出接受的 所有 治療和治療日期：		

10. 如果在過去12個月內您進行了下列任何一項檢查，請在下面列出。請務必在每一項檢查旁劃勾標注「是」或「否」。(如果已經提供了醫生、診所或醫院的地址，請只列出相關的名稱和日期。)

進行的檢查	是	否	完成檢查的辦公室、診所或醫院的名稱及地址	日期 (月/年)
心電圖 (EKG)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
跑步機 (運動心率檢查)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
X 光胸透			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
呼吸檢查 (PFT)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
驗血			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	
其他 (請說明)			名稱	
			地址 (門牌號, 街道, 室)	
			市 州 郵編	

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

11. 在過去12個月內您是否接受過其他任何醫學治療或檢查？ 是 否

County Use Only

若「否」，請跳到第12項。

若「是」，請填寫第8頁。

12. 是否有其他任何可供我們聯絡的人（朋友、親戚、社工、康復顧問、律師、理療師等），以便瞭解您的傷病情況以及您日常活動或工作的受限情況？

是 否

若「是」，請在下面列出：

姓名

地址 (門牌號, 街道, 室)

電話號碼
()

與您的關係

姓名

地址 (門牌號, 街道, 室)

電話號碼
()

與您的關係

姓名

地址 (門牌號, 街道, 室)

電話號碼
()

與您的關係

13. 您可能被要求去做額外的醫學檢查，以幫助評估您的疾病。（這些檢查對您免費。）

如果需要的話，您願意接受額外的醫學檢查嗎？

是 否

第 III 部分— 社會和教育資訊

14. 描述您的日常活動，並告訴我們您的病情如何限制您的活動。

15. 描述您的教育背景。

a. 在您讀完的最高年級處打勾。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 或
 GED (等同於讀完12年級) 12+

b. 什麼時候讀完的？月/年：

c. 您上的是特殊教育班嗎？

是 否

16. 在過去15年內您是否做過任何一種工作，時間超過30天？（其中包括在其他國家做過的工作）

是 否

若「否」，請跳過第 IV 部分，到第7頁第V部分的簽名處簽名。

若「是」，回答第5頁第IV部分，從第17開始。

第 IV 部分 — 工作史 I

County Use Only

17. 描述您在過去15年內做了至少達30天的所有工作。從您最近的工作開始。（如果您做了兩個以上的工作，請向您的縣工作人員索要額外的紙張。）

a. 工作職務	商業類型								
工作日期（月/年） 從： 到：	每週工作時數	工資率	每小時/每週/每月						
描述您的工作 （工作內容和工作方式）									
我用過的工具、機器和設備：									
我學會做這個工作的時間達： 天或 月									
我編寫、完成了報告，或履行了類似的職責： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
我承擔了主管責任： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
體力活動 (圈選一項)									
平均每個工作日我行走的小時數：	0	1	2	3	4	5	6	7	8
平均每個工作日我站立的小時數：	0	1	2	3	4	5	6	7	8
平均每個工作日我坐著的小時數：	0	1	2	3	4	5	6	7	8
平均每個工作日我攀行的頻度： <input type="checkbox"/> 從不 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 常常 <input type="checkbox"/> 持續									
平均每個工作日我彎腰的頻度： <input type="checkbox"/> 從不 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 常常 <input type="checkbox"/> 持續									
我舉過的最大重量： <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> 超過 100 lbs									
我常常舉/抬的東西重達： <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> 超過 100 lbs									
在您的這項工作時，是否患有您現有的任何疾病？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
若「否」，以及您 沒有 做過其他的工作，請跳到第7頁第V部分的簽名處簽名。									
若「否」，但您做過其他的工作，回答下一頁第17b項。									
若「是」，請填寫下列資訊：									
疾病名：									
您的僱主是否做了特殊的安排（比如額外的休息時間、特殊設備、改變工作職責等）以便讓你能繼續工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
若「是」，請說明所做出的特殊安排：									
您是否因為您的疾病而不得不停止工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
若「是」，什麼時候？ 月 日 年									
在過去15年內您是否做過其他 任何 一種工作，時間超過30天？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
若「否」，請跳到第7頁第V部分的簽名處簽名。若「是」，請繼續到下一頁，回答第17b項。									

第 IV 部分 — 工作史 II

County Use Only

17. b. 工作職務	商業類型		
工作日期 (月/年) 從： _____ 到： _____	每週工作時數	工資率	每小時/每週/每月
描述您的工作 (工作內容和工作方式)			
我用過的工具、機器和設備：			
我學會做這個工作的時間達： _____ 天或 _____ 月			
我編寫、完成了報告，或履行了類似的職責： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
我承擔了主管責任： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
體力活動			
(圈選一項)			
平均每個工作日我行走的小時數：	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
平均每個工作日我站立的小時數：	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
平均每個工作日我坐著的小時數：	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
平均每個工作日我攀行的頻度： <input type="checkbox"/> 從不 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 常常 <input type="checkbox"/> 持續			
平均每個工作日我彎腰的頻度： <input type="checkbox"/> 從不 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 常常 <input type="checkbox"/> 持續			
我舉過的最大重量：	<input type="checkbox"/> 10 lbs	<input type="checkbox"/> 20 lbs	<input type="checkbox"/> 50 lbs
我常常舉/抬的東西重達：	<input type="checkbox"/> 10 lbs	<input type="checkbox"/> 20 lbs	<input type="checkbox"/> 50 lbs
在您做這項工作時，是否患有您現有的任何疾病？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「否」，以及您 沒有 做過其他的工作，請跳到第7頁第V部分的簽名處簽名。 若「否」，但您做過其他工作，請向您的縣工作人員索要額外的紙張。 若「是」，請填寫下列資訊： 疾病名： _____			
您的雇主是否做了特殊的安排（比如額外的休息時間、特殊設備、改變工作職責等）以便讓你能繼續工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，請說明所做出的特殊安排： _____			
您是否因為您的疾病而不得不停止工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「是」，什麼時候？ _____ 月 _____ 日 _____ 年			
在 過去15年內 您是否做過其他 任何 一種工作，時間超過 30天 ？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若「否」，請到第7頁第V部分的簽名處簽名。若「是」，請向您的縣工作人員索要額外的紙張填寫有關內容。			

第 V 部分 — 簽名及證明

我宣誓本補充事實表上所含內容屬實無訛，若有不實，願意接受美國法律和California州有關偽證罪法律的處罰。

申請人簽名 ▶	日期
證人簽名（如果申請人的簽名是個符號） ▶	日期
幫助申請人填寫此表的人簽名 ▶	日期

您將需要簽一份授權書 — 授權披露您所列的每一家診所、醫院和檢查設施以及您看過的診所或醫院以外的醫生的資訊。您的縣工作人員將為您提供其他需要您簽名的表格。

繼續回答第2頁上的第8項、第3頁上的第9項、第3頁上的第10項。 如果空白處不夠寫，請向您的縣工作人員要額外的紙張填寫。

County Use Only

列出在過去12個月內您去看過病的其他診所或醫院。

MC 220
Signed

診所/醫院名		
患者/門診或會員號	診所/醫院電話號碼 ()	
您看病的醫生姓名		
診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)	市	州 郵編
第一次看病日期	最後一次看病日期	下次預約日期
看病原因		
您住院了嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
若「是」, 請填寫住院日期:		出院日期:
您去急診室看病了嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
若「是」, 請填寫看病日期:		
列出得到的 所有 藥物:		
列出接受的 所有 治療和治療日期:		

列出您去看過的、不在您已經列出的診所或醫院以內的其他任何醫生:

MC 220
Signed

醫生姓名		
患者/門診或會員號	醫生的電話號碼 ()	
您看病的醫生姓名		
診所/醫院地址 (門牌號, 街道, 室)	市	州 郵編
第一次看病日期	最後一次看病日期	下次預約日期
看病原因		
列出得到的 所有 藥物:		
列出接受的 所有 治療和治療日期:		

列出在過去12個月內您進行的其他任何檢查:

MC 220
Signed

進行的檢查	完成檢查的辦公室、診所或醫院的名稱及地址	日期 (月/年)
	名稱	
	地址 (門牌號, 街道, 室)	
	市 州 郵編	
	名稱	
	地址 (門牌號, 街道, 室)	
	市 州 郵編	

MC 220
Signed