

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDI-CAL

County Use Only

County Number/Aid Code/Case Number

— —

ЧАСТЬ I—ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1а. Имя заявителя (фамилия, имя, инициал отчества)		1b. Номер социального страхования — —		1с. Дата рождения / /	
1d. Другие используемые имена — (фамилия, имя, инициал отчества)		1е. Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	1f. Рост Футов Дюймов	1g. Вес Фунтов	
2а. Домашний адрес		Город		Штат	
				Почтовый индекс	
2b. Почтовый адрес (если отличается)		Город		Штат	
				Почтовый индекс	
3. Номер телефона для звонков в дневное время ()		Отметьте, если: <input type="checkbox"/> нет телефона <input type="checkbox"/> есть телефон, на котором можно оставить сообщение ()			Удобное время для связи
4а. Вы говорите по-английски? <input type="checkbox"/> Да Если ДА, перейдите к Части II <input type="checkbox"/> Нет Если НЕТ, укажите, на каких языках вы говорите:		4b. У вас есть переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Если ДА, укажите имя переводчика: Номер телефона переводчика: ()	
				Удобное время для связи	

ЧАСТЬ II—МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

County Use Only

5. Вы подавали заявление на льготы и пособия по инвалидности в рамках программ «Социальная защита по нетрудоспособности» (Social Security Disability) или «Дополнительный социальный доход» (Supplemental Security Income, SSI) за последние два (2) года <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ДА, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы.		
а. Ваше заявление на участие в программах «Социальная защита по нетрудоспособности» (Social Security Disability) или «Дополнительный социальный доход» (Supplemental Security Income, SSI) было: <input type="checkbox"/> утверждено? <input type="checkbox"/> отклонено? <input type="checkbox"/> находится на рассмотрении? <input type="checkbox"/> находится на обжаловании? <input type="checkbox"/> неизвестно?		
б. Если оно было утверждено или отклонено, укажите дату вынесения последнего решения по вашему заявлению на участие в программах «Социальная защита по нетрудоспособности» (Social Security Disability) или «Дополнительный социальный доход» (Supplemental Security Income, SSI)		
с. Состояние (я) вашего здоровья ухудшилось после даты, указанной в пункте 5b? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ДА, пожалуйста, уточните:		
д. У вас появились какие-либо НОВЫЕ медицинские проблемы после даты, указанной в пункте 5b, которых у вас НЕ было, когда было принято решение по вашему заявлению на участие в программах «Социальная защита по нетрудоспособности» (Social Security Disability) или «Дополнительный социальный доход» (Supplemental Security Income, SSI)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если ДА, какие медицинские проблемы?		
6. Перечислите все медицинские проблемы (физические или психические), которые влияют на вашу способность работать или заботиться о себе. (При необходимости приложите дополнительные листы.)		
МЕДИЦИНСКАЯ (ИЕ) ПРОБЛЕМА (Ы)		ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕНА (Месяц/Год)

7. Вы проходили лечение в клинике или больнице в связи с вашим заболеванием (ями) или травмой (ами) за последние 12 месяцев? Да Нет

Если ДА, пожалуйста, дайте полные ответы на следующие вопросы.

Название клиники/больницы

Номер пациента/клиники или участника

Номер телефона клиники/больницы

()

Имя и фамилия врача (ей), на приеме у которого (которых) вы были

АДРЕС клиники/больницы (номер дома, улица, кабинет)

Город

Штат

Почтовый индекс

Дата первого приема

Дата последнего приема

Дата следующего приема

Основание для приема (ов)

Вы оставались в больнице на ночь?

Да Нет

Если ДА, укажите дату поступления:

дату выписки:

Вы обращались в отделение неотложной помощи?

Да Нет

Если ДА, укажите дату обращения:

Перечислите **ВСЕ** лекарства, которые вы получали/принимали:

Перечислите **ВСЕ** процедуры, которые вы проходили, и укажите даты:

8. Укажите все дополнительные клиники или больницы, куда вы обращались за последние 12 месяцев.

Название клиники/больницы

Номер пациента/клиники или участника

Номер телефона клиники/больницы

()

Имя и фамилия врача (ей), на приеме у которого (которых) вы были

АДРЕС клиники/больницы (номер дома, улица, кабинет)

Город

Штат

Почтовый индекс

Дата первого приема

Дата последнего приема

Дата следующего приема

Основание для приема (ов)

Вы оставались в больнице на ночь?

Да Нет

Если ДА, укажите дату поступления:

дату выписки:

Вы обращались в отделение неотложной помощи?

Да Нет

Если ДА, укажите дату обращения:

Перечислите **ВСЕ** лекарства, которые вы получали/принимали:

Перечислите **ВСЕ** процедуры, которые вы проходили, и укажите даты:

Если вы обращались в дополнительные клиники или больницы за последние 12 месяцев, заполните страницу 8.

MC 220

Signed

MC 220

Signed

9. Вы обращались к какому-либо врачу, не относящемуся к указанным выше клиникам или больницам, за последние 12 месяцев? Да Нет

Если НЕТ, перейдите к пункту 10. Если ДА, пожалуйста, дайте полные ответы на следующие вопросы. Если вы обращались к нескольким врачам, пожалуйста, заполните страницу 8, указав всю дополнительную информацию.

Имя и фамилия врача (ей)

Идентификационный номер пациента/клиники или участника

Номер телефона врача

()

АДРЕС клиники/больницы (номер дома, улица, кабинет)

Город

Штат

Почтовый индекс

Дата первого приема

Дата последнего приема

Дата следующего приема

Основание для приема (ов)

Перечислите **ВСЕ** лекарства, которые вы получали/принимали:

Перечислите **ВСЕ** процедуры, которые вы проходили, и укажите даты:

10. Пожалуйста, укажите, проходили ли вы следующие обследования за последние 12 месяцев. Не забудьте отметить «да» или «нет» напротив каждого обследования. (ЕСЛИ ВЫ УЖЕ УКАЗАЛИ АДРЕС ВРАЧА, КЛИНИКИ ИЛИ БОЛЬНИЦЫ, УКАЖИТЕ ТОЛЬКО ИМЯ/НАЗВАНИЕ И ДАТУ.)

ПРОВЕДЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ	ДА	НЕТ	НАЗВАНИЕ И АДРЕС КАБИНЕТА, КЛИНИКИ ИЛИ БОЛЬНИЦЫ, ГДЕ ПРОВОДИЛИСЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ	ДАТА (МЕСЯЦ/ГОД)
Электрокардиограмма (ЕКГ)			Название	
			Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
			Город Штат Почтовый индекс	
Беговая дорожка (Кардиологический стресс-тест)			Название	
			Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
			Город Штат Почтовый индекс	
Рентгенография органов грудной клетки			Название	
			Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
			Город Штат Почтовый индекс	
Дыхательная проба (PFT)			Название	
			Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
			Город Штат Почтовый индекс	
Анализ крови			Название	
			Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
			Город Штат Почтовый индекс	
Другое (Пожалуйста, поясните)			Название	
			Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
			Город Штат Почтовый индекс	

County Use Only

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

11. Проходили ли вы какое-либо другое медицинское лечение или обследование за последние 12 месяцев? Да Нет

Если **НЕТ**, перейдите к вопросу 12.

Если **ДА**, заполните страницу 8.

12. Можем ли мы связаться с кем-либо (другом, родственником, социальным работником, консультантом по реабилитации, адвокатом, физиотерапевтом и т. п.) и получить информацию о вашем заболевании или травме и о том, насколько они ограничивают вашу повседневную деятельность или трудоспособность? Да Нет

Если **ДА**, пожалуйста, укажите ниже следующую информацию.

Имя и фамилия

Адрес (номер дома, улица, квартира/офис)

Номер телефона
()

Кем вам приходится

Имя и фамилия

Адрес (номер дома, улица, квартира/офис)

Номер телефона
()

Кем вам приходится

Имя и фамилия

Адрес (номер дома, улица, квартира/офис)

Номер телефона
()

Кем вам приходится

13. Вас могут попросить пройти дополнительные обследования с целью оценки ваших медицинских проблем. (Данные обследования проводятся бесплатно.)

Вы готовы пройти дополнительные медицинские обследования при необходимости? Да Нет

ЧАСТЬ III—СВЕДЕНИЯ О ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОБРАЗОВАНИИ

14. Опишите вашу повседневную деятельность и сообщите нам, насколько ваше состояние ограничивает вашу активность.

15. Укажите ваше образование.

а. Отметьте последний оконченный класс школы:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 или
 GED (соответствует окончанию 12-го класса) 12+

б. Дата окончания. Месяц/год

с. Вы получали какое-либо специальное образование? Да Нет

16. Вы выполняли какую-либо работу в течение более 30 дней за **последние 15 лет**?

(Включая трудовую деятельность в другой стране.)

Да Нет

Если **НЕТ**, пропустите часть IV, перейдите к Части V на странице 7 и поставьте подпись.

Если **ДА**, ответьте на вопросы Части IV на странице 5, начиная с номера 17.

ЧАСТЬ IV—ОПЫТ РАБОТЫ I

County Use Only

17. Укажите все места работы, где вы трудились не менее 30 дней в течение **последних 15 лет**. Начните с последнего места работы.
(Если у вас было более двух мест работы, обратитесь к сотруднику окружного отделения за дополнительными страницами.)

а. Название должности	Сфера деятельности
Даты работы (месяц/год) С: _____ по: _____	Часов в неделю Ставка зарплаты В час/в неделю/в месяц

ОПИСАНИЕ РАБОТЫ (что я делал (а) и каким образом)

В своей работе я использовал (а) следующие инструменты, технику и оборудование:

Освоение данной работы заняло у меня: _____ дней или _____ месяцев.

Я писал (а), заполнял (а) отчеты или выполнял (а) аналогичные обязанности: Да Нет

Я занимал (а) руководящую должность: Да Нет

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

(Обведите кружочком один вариант)

Сколько часов в среднем вы ходили пешком в течение рабочего дня?	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Сколько часов в среднем вы проводили стоя в течение рабочего дня?	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Сколько часов в среднем вы проводили в положении сидя в течение рабочего дня?	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Как часто вам приходилось подниматься по лестнице в течение рабочего дня? Ни разу Время от времени Часто Постоянно

Как часто вам приходилось наклоняться в течение рабочего дня? Ни разу Время от времени Часто Постоянно

Самый тяжелый вес, который вам приходилось поднимать: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Более 100 lbs

Вам часто приходилось поднимать/носить тяжести весом до: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Более 100 lbs

Были ли у вас ваши нынешние медицинские проблемы, когда вы выполняли эту работу? Да Нет

Если НЕТ, и у вас НЕ было других мест работы, перейдите к Части V на странице 7 и поставьте подпись.

Если НЕТ, но у вас были другие места работы, перейдите к пункту 17b на следующей странице.

Если ДА, пожалуйста, предоставьте следующую информацию.

Укажите медицинскую проблему (ы):

Ваш работодатель принимал специальные меры (например, дополнительное время для отдыха, специальное оборудование, изменение трудовых обязанностей и т. п.), чтобы вы могли продолжать работать? Да Нет

Если ДА, опишите специальные меры, которые были приняты:

Вам приходилось прекращать работу из-за ваших медицинских проблем? Да Нет

Если ДА, когда? Месяц День Год

Вы выполняли **какую-либо** другую работу в течение более 30 дней за **последние 15 лет**? Да Нет

Если НЕТ, перейдите к Части V на странице 7 и поставьте подпись. Если ДА, перейдите к пункту 17b на следующей странице.

ЧАСТЬ IV—ОПЫТ РАБОТЫ II

County Use Only

17. b. Название должности	Сфера деятельности
Даты работы (месяц/год) С: _____ по: _____	Часов в неделю Ставка зарплаты В час/в неделю/в месяц

ОПИСАНИЕ РАБОТЫ (что я делал (а) и каким образом)

В своей работе я использовал (а) следующие инструменты, технику и оборудование:

Освоение данной работы заняло у меня: _____ дней или _____ месяцев.

Я писал (а), заполнял (а) отчеты или выполнял (а) аналогичные обязанности: Да Нет

Я занимал (а) руководящую должность: Да Нет

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

(Обведите кружочком один вариант)

Сколько часов в среднем вы ходили пешком в течение рабочего дня?	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Сколько часов в среднем вы проводили стоя в течение рабочего дня?	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Сколько часов в среднем вы проводили в положении сидя в течение рабочего дня?	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Как часто вам приходилось подниматься по лестнице в течение рабочего дня? Ни разу Время от времени Часто Постоянно

Как часто вам приходилось наклоняться в течение рабочего дня? Ни разу Время от времени Часто Постоянно

Самый тяжелый вес, который вам приходилось поднимать: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Более 100 lbs

Вам часто приходилось поднимать/носить тяжести весом до: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Более 100 lbs

Были ли у вас ваши нынешние медицинские проблемы, когда вы выполняли эту работу? Да Нет

Если НЕТ, и у вас НЕ было других мест работы, перейдите к Части V на странице 7 и поставьте подпись.

Если НЕТ, но у вас были другие места работы, обратитесь к сотруднику окружного отделения за дополнительными страницами.

Если ДА, пожалуйста, предоставьте следующую информацию.

Укажите медицинскую проблему (ы):

Ваш работодатель принимал специальные меры (например, дополнительное время для отдыха, специальное оборудование, изменение трудовых обязанностей и т. п.), чтобы вы могли продолжать работать? Да Нет

Если ДА, опишите специальные меры, которые были приняты:

Вам приходилось прекращать работу из-за ваших медицинских проблем? Да Нет

Если ДА, когда? Месяц День Год

Вы выполняли **какую-либо** другую работу в течение более 30 дней за **последние 15 лет**? Да Нет

Если НЕТ, перейдите к Части V на странице 7 и поставьте подпись. Если ДА, обратитесь к сотруднику окружного отделения за дополнительными страницами.

ЧАСТЬ V—ПОДПИСЬ И ЗАВЕРЕНИЕ

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами Соединенных Штатов Америки и штата California, что информация, содержащаяся в «Дополнительных сведениях о заявителе», правдива и достоверна.

Подпись заявителя ▶	Дата
Подпись свидетеля (если заявитель подписывается знаком) ▶	Дата
Подпись лица, оказывающего помощь заявителю при заполнении формы ▶	Дата

Вы должны подписать разрешение на раскрытие информации для каждой клиники, больницы и центра проведения обследований, которые вы указали, а также для каждого врача, к которому вы обращались за пределами клиники или больницы. Сотрудник вашего окружного отделения предоставит вам дополнительные формы, которые вы должны подписать.

Продолжение ответа (ов) на вопрос (ы) номер 8 на странице 2, номер 9 на странице 3 и номер 10 на странице 3. Если вам требуется больше места, пожалуйста, обратитесь к сотруднику окружного отделения за дополнительными страницами.

County Use Only

Укажите все дополнительные клиники или больницы, куда вы обращались за последние 12 месяцев.

MC 220
Signed

Название клиники/больницы			
Номер пациента/клиники или участника		Номер телефона клиники/больницы ()	
Имя и фамилия врача (ей), на приеме у которого (которых) вы были			
АДРЕС клиники/больницы (номер дома, улица, кабинет)		Город	Штат
Почтовый индекс			
Дата первого приема	Дата последнего приема	Дата следующего приема	
Основание для приема (ов)			
Вы оставались в больнице на ночь? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если ДА, укажите дату поступления:		дату выписки:	
Вы обращались в отделение неотложной помощи? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если ДА, укажите дату обращения:			
Перечислите ВСЕ лекарства, которые вы получали/принимали:			
Перечислите ВСЕ процедуры, которые вы проходили, и укажите даты:			

Укажите других врачей, к которым вы обращались за пределами указанных вами ранее клиник или больниц.

MC 220
Signed

Имя и фамилия врача (ей)			
Номер пациента/клиники или участника		Номер телефона врача ()	
Имя и фамилия врача (ей), на приеме у которого (которых) вы были			
АДРЕС клиники/больницы (номер дома, улица, кабинет)		Город	Штат
Почтовый индекс			
Дата первого приема	Дата последнего приема	Дата следующего приема	
Основание для приема (ов)			
Перечислите ВСЕ лекарства, которые вы получали/принимали:			
Перечислите ВСЕ процедуры, которые вы проходили, и укажите даты:			

Укажите дополнительные обследования, которые вы проходили за последние 12 месяцев:

MC 220
Signed

ПРОВЕДЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ	НАЗВАНИЕ И АДРЕС КАБИНЕТА, КЛИНИКИ ИЛИ БОЛЬНИЦЫ, ГДЕ ПРОВОДИЛИСЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ.	ДАТА (МЕСЯЦ/ГОД)
	Название	
	Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
	Город	Штат
	Почтовый индекс	
	Название	
	Адрес (номер дома, улица, кабинет)	
	Город	Штат
	Почтовый индекс	

MC 220
Signed