

MEDI-CAL 情報要請 (MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION)

通知日：
ケース番号：
ワーカー名前：
ワーカーID 番号：
ワーカーファックス番号：
ワーカー電話番号：
営業時間：
通知事項：

注意：このページを先にお読みください

Medi-Cal の資格を審査するために、より多くの情報が必要です。情報を提供してもらう前に、私たちは記録と利用可能な他のすべての情報を確認しました。私たちの調査では、必要なすべての情報が揃っていません。次のページでチェックされている情報はまだ必要とされています。

この情報を までに提出しなければ、**Medi-Cal** 給付を受けられない可能性があります。

- このフォームを使って、必要な書類または情報を収集してください。
- このフォームを返送する必要はありません。
- 郵送、ファックス、電話、直接、またはオンラインで情報を提出してください。情報をオンラインで送信する方法については、郡にお問い合わせください。
- 必須書類または情報を返送するために、支払済みの宛名付き封筒が用意されています。
- 送付する書類には、このページの上部に記載されているケース番号を記入してください。
- ご質問あるいは詳細情報が必要な場合、または提出できない情報がある場合は、このページの上部に記載されている電話番号までご連絡ください。

重要！このフォームのすべてのページをお読みください

ご連絡をお待ちしています！

住所または電話番号を変更した場合は、資格ワーカーに連絡してください。
(ワーカーの連絡先情報はこのページの上部にリストされています)

MEDI-CAL情報要請 (MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION)

注意：チェックされている情報のみが必要です。

所得

収入情報は、無料あるいは低コストの Medi-Cal または Covered California からの医療給付金支援を受ける資格があるかどうかを判断するのに使われます。

- 雇用主から最新の給与明細または給与証明のコピー（税引き前の金額、支払われる頻度、勤務時間）を仕事ごとに取得して、提出してください（複数の仕事をしている場合）：

給与明細や雇用主から給与証明を取得できない場合は、次のいずれかを行ってください。

- 最新の納税申告書のコピーを送ってください：
- ワーカーに連絡して、宣誓書を書いてください。宣誓書は偽証罪に基づいて署名されません。ご自身が日付を記入し、税引き前の収入額、収入の頻度、および勤務時間について記入してください。

- 自営業の場合、最新の納税申告書の **Schedule C** のコピー、または過去の 3 か月間の損益証明書：

- 失業給付または障害給付の証明-控除前に稼いだものを示す給付明細または手紙のコピー：

- 退役軍人の福利厚生証明（援助と出欠、障害または退職）-給付明細のまたは賞与のコピー：

- 受け取った社会保障給付の証明-給付明細または賞与のコピー：

- 退職または年金収入の証明-給付明細または小切手明細のコピー：

- 税申告状況および/または他の世帯員の申告状況に関する情報：

- “税に関する家庭情報要請 (RFTHI) (Request for Tax Household Information)” というタイトルのフォームに記入してください：

- その他：

控除

- チャイルドケア、養育費、慰謝料、または健康保険の支払いの小切手または領収書のコピー。

- その他。

Medi-Cal を要請する方の関連情報

- California 運転免許証のコピーまたは写真付き身分証明書：

- 社会保障番号：

入国書類またはカードのコピー（カードまたは書類の両面コピー）：

あなたが移民である以上、社会保障番号または入国書類を持っていない場合でも、緊急および妊娠関連のサービスを受けることができるかもしれませんが。移民/市民権のステータスの変更、または社会保障番号や入国書類がない場合は、ワーカーに私たちに連絡するようにと伝えてください。そうすれば審査が終了します。

元養子

次の文書のコピー： **18歳**の誕生日の時に養子施設にいたことを示すもの。
18歳以上で養子施設にいたという証拠が得られなかったため、この情報を求めています。

確認情報は次のとおりです。

住居

現在の住所の証明（家賃の領収書、光熱費など）

個人または不動産

すべての自動車登録または所有権のコピー（複数の自動車がある場合）：

最新の銀行取引明細書（当座預金、普通預金口座など）のコピー：

生命保険証書、株式、債券、退職口座明細書のコピー：

アメリカ合衆国（**United States**）内外のその他の財産（自分が住んでる以外の住居、土地など）の書類：

資産売却、取引、譲渡、口座を閉鎖したことの証明証：

障害/不自由

障害者への社会保障賞与：

その他 **12ヶ月以上**続く身体的、精神的、または感情的な障害があることの証拠：

Medi-Cal を受け取っているあなたまたは家族が身体的な障害を抱えていると思われる場合はワーカーに連絡してください：

必要なその他の情報：