

## استمارة MEDI-CAL لإعادة التسوية السنوية

يتعين عليك ملء هذه الاستمارة وإعادتها إلى المقاطعة للإبقاء على خدمات Medi-Cal!

رقم الحالة (اختياري)		رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
اكتب اسمك كاملاً (إذا لم تكن قد انتقلت، فضع ملصق العنوان هنا في حالة إرفاق واحد)		تاريخ الميلاد (اختياري) (شهر/يوم/سنة)
عنوان الشارع الحالي، رقم الشقة <input type="checkbox"/> (حدد هنا إذا كان العنوان جديداً)	الولاية/الولاية	الرمز البريدي
عنوان المراسلات البريدية (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)	الولاية/الولاية	الرمز البريدي

استخدم الحبر واطبع إجاباتك. تأكد من توقيع الاستمارة وتأريخها. استخدم المظروف خالص الدمغة لإرجاعها. وإذا احتجت إلى مساحة إضافية، فأرفق ورقة منفصلة بهذه الاستمارة. إذا كانت لديك أية أسئلة أو إذا كنت بحاجة للمساعدة في ملء هذه الاستمارة، فاتصل بالأخصائي على رقم الهاتف المبين على إشعار إعادة التسوية السنوية (Annual Redetermination Notice).

## القسم 1. الدخل

(a) هل تحصل أنت أو أي من أفراد العائلة بالمنزل على مال من وظيفة أو إعانة أطفال أو نفقة أو ضمان اجتماعي أو إعانات المحاربين القدماء أو إعانات البطالة أو الإعاقة أو التقاعد أو هدايا أو فائدة أو أرباح؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فأكمل أدناه واذكر كل مصدر من مصادر الدخل على سطر منفصل.

أرفق أحدث قسائم الدفع التي تبين الدخل قبل الضرائب أو الاستقطاعات أو الإعانات أو خطابات الجوائز أو الشيكات المستلمة أو البيان الموقع من صاحب العمل أو تقرير ضرائب الدخل الفيدرالية عن السنة الأخيرة. إذا كان الدخل من عمل خاص، فأرسل نسخة من أحدث تقرير ضريبي لك أو بيان الأرباح والخسائر.

اسم الشخص صاحب الدخل (اذكر الاسم الأول والأخير)	مصدر الدخل	مبلغ الدخل (قبل أي استقطاعات)	عدد مرات الدفع (أسبوعياً أو شهرياً أو مرتين في الشهر)	ساعات العمل (كل أسبوع أو شهر)

(b) هل تحصل أنت أو أي من أفراد العائلة بالمنزل على إيجار أو مرافق عامة أو أغذية أو ملابس بشكل مجاني كلية؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

ما الذي كان مجاناً؟

(c) هل كان الإيجار أو المرافق أو الطعام أو الملابس المجانية المستلمة مقابل عمل تم إنجازه؟  نعم  لا

**القسم 2. النفقات والاستقطاعات**

هل تدفع أنت أو أي من أفراد العائلة بالمنزل لرعاية طفل أو بالغ أو ضمان صحي أو أقساط Medicare أو إعانة طفل أو نفقة بأمر من المحكمة أو نفقات تعليمية؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فأكمل أدناه واذكر كل نفقة/استقطاع على سطر منفصل.

أرفق دليلاً على النفقات/الاستقطاعات.

عدد مرات الدفع (أسبوعياً أو شهرياً أو مرتين في الشهر)	المدفوع إليه	مبلغ الدفع	نوع النفقة أو الاستقطاع	اسم الشخص صاحب النفقة/الاستقطاع (انكر الاسم الأول والأخير)

**القسم 3. تأمين صحي آخر**

(a) هل قمت أنت أو أي من أفراد العائلة بتغيير أو الحصول على تغطية أو تأمين صحي أو أسنان أو بصر أو Medicare جديد خلال الـ 12 شهراً الأخيرة؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن الذي حصل على التغطية/التأمين؟

ما نوع التغطية/التأمين؟

(b) هل أي من أفراد العائلة الذين يعيشون في المنزل يتلقى خدمات مرتبطة بغسيل الكلى؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

(c) هل تلقى أي من أفراد العائلة الذين يعيشون في المنزل عملية زرع عضو خلال العامين 2 الأخيرين؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

**القسم 4. الوضع المعيشي**

(a) هل انتقل أي شخص إلى منزلك أو منه، أو هل انتقل إلى منزلك مع شخص آخر أو تزوج أو أنجب طفلاً خلال الـ 12 شهراً الأخيرة؟ (أمثلة: مولود جديد أو

نعم  لا

طفل أو بالغ انتقل إلى المنزل أو منه، باستثناء الآباء العائدين إلى المنزل).

إذا كانت الإجابة بنعم، فأكمل أدناه:

الاسم (انكر الاسم الأول والأخير)	العلاقة بك	ما الذي تغير؟	تاريخ التغيير

(b) هل يريد أي شخص في المنزل خدمات Medi-Cal لا يتلقاها بالفعل؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟

(c) إذا كان هناك طفل جديد بالمنزل، فأين كان محل ميلاد الطفل؟

\_\_\_\_\_ المدينة | \_\_\_\_\_ الولاية | \_\_\_\_\_ الدولة

**القسم 4. الوضع المعيشي** تابع

- (d) هل تلقى أي شخص بالمنزل رعاية مرضى داخليين في مرفق ترميض أو مؤسسة طبية؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟ \_\_\_\_\_
- (e) هل أي امرأة في المنزل حامل؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟ \_\_\_\_\_  
عدد الأطفال المتوقعين \_\_\_\_\_ التاريخ المحدد: \_\_\_\_\_

**القسم 5. الممتلكات العقارية أو الشخصية**

- (a) حدد المبلغ الإجمالي للشيكات النقدية وغير النقدية التي يملكها أي من أفراد العائلة في المنزل \$ \_\_\_\_\_
- (b) هل لدى أي شخص حساب جار أو حساب ادخار أو تأمين على الحياة أو تأمين رعاية طويلة الأجل أو مركبة بمحركات أو تسوية بأمر محكمة أو حكم قضائي أو أسهم أو سندات أو صناديق تقاعد أو صناديق ائتمانية حيث تكون الأموال أو العقارات مملوكة لصالح أي من أفراد العائلة في المنزل، أو عقارات أو مركبات بمحركات لعمل أو حسابات عمل أو عقار أو سندات إذنية أو رهون عقارية أو صكوك ائتمان، أو مركبات ترويحوية أو ائتمانات دفن أو صناديق أو مدفوعات سنوية أو مجوهرات (غير المنقولة عن طريق الإرث أو الزواج) أو حقوق النفط والمعادن؟  
 نعم  لا
- (c) هل قيمت أنت أو أي من أفراد العائلة في المنزل ببيع أو منح أي أموال أو ممتلكات خلال الـ 12 شهراً الأخيرة أو هل تم إنفاق أي من البنود المذكورة في هذا القسم أو استخدامها كضمان للتكاليف الطبية؟  
ملاحظة: إذا كنت قد أجبت بـ "نعم" على السؤالين (b) أو (c)، فسوف يتعين عليك أيضاً ملء استمارة تكملة الممتلكات، وتقديم الاستمارة إلى المقاطعة وتوفير دليل.

**القسم 6. تغيير حالة الهجرة أو المواطنة**

- هل حدث تغيير في حالة الهجرة أو المواطنة لأي شخص بالمنزل لديه Medi-Cal أو يريد خدمات Medi-Cal خلال الـ 12 شهراً الأخيرة؟ (إذا كانت حالة الهجرة الخاصة بك قد تغيرت، فقد تتأهل للحصول على إعانات Medi-Cal الكاملة).  
إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر الاسم (الأسماء) أدناه وأرسل دليلاً على الحالة الجديدة.  
 نعم  لا

تغيير الحالة (أرسل دليلاً على الحالة)	اسم الشخص (اذكر الاسم الأول والأخير)

**القسم 7. العمى/الإعاقة/العجز**

- (a) هل تعاني أنت أو أي من أفراد العائلة بالمنزل من حالة بدنية أو عاطفية تجعل من الصعب العمل أو الاعتناء بالاحتياجات الشخصية أو الاعتناء بأطفالك؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، فمن؟ \_\_\_\_\_
- (b) هل كانت الحالة البدنية أو العقلية أو الصحية نتيجة إصابة أو حادث؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى التوضيح \_\_\_\_\_

**القسم 8. معلومات وإحالات بشأن البرامج الصحية الأخرى**

- (a) حدد هذا المربع إذا كنت لا تريد مشاركة معلومات طفلك مع Healthy Families Program منخفض التكلفة وذلك إذا كان طفلك يحصل على Medi-Cal مع المشاركة في التكلفة.
- (b) هل تريد معلومات حول برنامج الرعاية الصحية بدون تكلفة للأطفال دون سن 21 (Child Health and Disability Prevention Program)، والمعروف أيضاً بالاختصار (CHDP)؟  نعم  لا
- (c) هل تريد معلومات حول برنامج الأغذية التكميلي المجاني للحوامل أو المرضعات والأطفال دون سن 5 (Women, Infants, and Children Program)، المعروف أيضاً بـ (WIC)؟  نعم  لا
- (d) هل تريد معلومات حول Personal Care Services Program، وهو برنامج رعاية داخل المنزل للمسنين أو فاقد البصر أو المعاقين (يُعرف أيضاً بـ In-Home Supportive Services)؟  نعم  لا

**القسم 9. التوقيع والتوثيق**

يتعين على الشخص الذي يستكمل هذه الاستمارة قراءة ما يلي والتوقيع أدناه.

- ◀ قرأت وحصلت على نسخة من المعلومات الهامة للأشخاص الذين يطلبون استمارة (MC 219) Medi-Cal.
- ◀ إنني على دراية وأتفهم وأوافق على الوفاء بجميع مسؤولياتي بحسب ما هو مبين في الاستمارة MC 219.
- ◀ أقر أنني سأبلغ عن كافة دخولي وممتلكاتي و/أو التغييرات الأخرى التي قد تؤثر على استحقاقى لخدمات Medi-Cal خلال عشرة أيام من وقوع التغيير.
- ◀ أتفهم أن كافة البيانات، بما في ذلك المعلومات بشأن الإعانات والدخل، التي أدرجتها في هذه الاستمارة، قد تكون خاضعة للتحقيق والتأكد من صحتها.
- ◀ أقر تحت عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية كاليفورنيا أن كافة المعلومات المذكورة في هذه الاستمارة صحيحة ودقيقة.

	التوقيع
التاريخ	
رقم الهاتف المنزلي <input type="checkbox"/> (انقر هنا في حالة كون الرقم جديد)	رقم الهاتف للاتصالات خلال اليوم أو تبادل الرسائل

توقيع الشاهد (في حالة التوقيع بعلامة)، المترجم الشفهي أو الشخص المساعد

**— لاستخدام المقاطعة فقط —**

Referrals	Follow-up Forms
<input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> CHDP	<input type="checkbox"/> MC 13 <input type="checkbox"/> MC 210 PS <input type="checkbox"/> DDS Packet <input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> PCSP	