

MEDI-CAL 近況報告**注意:** 根據州法律, 您必須完整填寫年中近況報告

為得以繼續享用MEDI-CAL, 您必須在_____之前寄回本表。 請用墨水筆工整填寫

「	通知日期: _____
	案例號碼: _____
	審理員姓名: _____
	審理員號碼: _____
	審理員電話: _____
L	辦公時間: _____

如果您家中唯一享用Medi-Cal 的家人年滿65歲或65 歲以上、或是盲人、21歲以下的孩子、「加州工作機會和向孩子負責任計劃」(CalWORKs)受益者亦或已向他們的 Medi-Cal 資格管理人員彙報了懷孕或殘疾情況, 則不要填寫本表。

如果您是接受Medi-Cal 的家長, 為得以繼續享用MEDI-CAL, 您必須完整填寫本表。告訴我們您在過去6個月發生的變化。如果您在填寫本表時需要幫助, 請跟您的資管人員聯絡。您資管人員的姓名和電話號碼見上。

第1部分: 在過去6個月沒有任何變化:

- 查閱第2部分所列的問題(背面)。
- 沒有任何變化, 在此打叉 無變化
- 不要填寫第2部分。
- 看背面第3部分。您必須在本表上簽字並寫上簽字日期
- 在本頁上部注明日期前將填寫完整的表寄還給所在縣。
- 用隨附的、預先印好地址的信封寄回。無需付郵資。

如果您在過去6 個月的確發生了需要彙報的變化

- 翻到背面。填寫第2部分。
- 看第3部分。您必須在本表上簽字並寫上簽字日期。
- 在本頁上部注明日期前將填寫完整的表寄還給所在縣。
- 不要附寄任何文件。
- 用隨附的、預先印好地址的信封寄回。無需付郵資。

切記: 您必須在本表背面簽字**翻到背面 ►**

不要隨本表附寄任何文件

第 2 部分: 如果在過去 6 個月發生了下述變化, 請在對應的「是」處打勾, 並請解釋:
 您或您的家庭成員的報酬、兒童撫養或贍養費、社會保障福利金、退休軍人費、失業或殘疾福利金、退休金、禮物、利息或紅利是否有增減?

請解釋:

是

開銷變化

您或您的家庭成員須支付的兒童或成人護理、健康保險、法庭裁定的兒童撫養或贍養費或教育費用是否有變?

請解釋:

是

生活情況變化

是否有人搬進或搬出您的家、或與他人同居、結婚或生子? 請解釋:

是

若「是」, 他們想要**Medi-Cal**嗎? [] 想 [] 不想

其它變化

家中是否有人在其擁有的財產(比如: 銀行存款金額、車輛或房地產等)或移民身份或其它健康保險福利方面發生了變化? 請解釋:

是

致殘

家中是否有人出現精神或身體殘障? 若「是」, 是誰?

是

懷孕

家中是否有人懷孕了? 若「是」, 是誰?

預產期是什麼時候?

懷了幾胎?

是

第 3 部分: 署名及認證

我明白我必須彙報在收入、財產方面及/或其它方面的變化。本人在作偽證受懲罰之規定下宣誓: 上述資料是真實和正確的。

簽名: _____ 電話: () _____ 日期: _____

證人簽名: _____ 電話: () _____ 日期: _____
 (如果當事人用標記簽名, 則需證人在此簽名)

受益人代表簽名: _____ 與受益人的關係 _____ 日期: _____