

MEDI-CAL 年度重估表格**要想保留 Medi-Cal 資格，必須填好表格並交回縣裡！**

病歷號 (選填)	社會安全號 (選填)	
印刷體全名 (如果沒搬過家，請在此貼上提供的地址標籤)	生日 (選填) (月月/日日/年年年年)	
目前的街道地址，公寓房號 <input type="checkbox"/> (新地址請勾選這裡)	城市/州	郵編
通訊地址 (如果與上面的地址不同)	城市/州	郵編

鋼筆正楷填寫。請務必簽名並填寫日期。用已付郵資的信封寄回。如果空白不夠，請另附一張紙。若有任何疑問或在填表時需要幫助，請撥打「年度重估通知」(Annual Redetermination Notice) 所列電話號碼向您的資管人員進行諮詢。

第 1 部分 收入

(a) 您和您的家人是否工作賺錢、領取兒童撫養或贍養費、社會保險、退伍軍人補助、失業或殘障津貼、退休金、禮品或利息或股息？

 是 否

如果是，填寫下列內容，每種收入單列一行。

請隨表附上顯示稅前收入或扣除項目、福利或獎勵信、用人單位支票或簽署聲明或上年度聯邦報稅表等項目的最新工資單。若收入源於自由職業，請附上最新的報稅表或損益表。

收入人姓名 (包括名和姓)	收入來源	收入金額 (扣除前)	支付頻率 (每週、每月、 每月兩次)	工作時數 (每週或每月)

(b) 您或家庭任何成員是否免費獲得租金、水電費、食品或衣物？

 是 否

如果是，請填寫誰？_____

免費獲得什麼項目？_____

(c) 免費租金、水電費、食品或衣物是否等於工作報酬？

 是 否

第 2 部分 費用和扣除

您和您的家人是否需要支付兒童或成人護理費、健康保險或 Medicare 保費、法院判定的子女撫養或贍養費、或者教育費？

是 否

如果是，填寫下列內容，每種開支/扣除單列一行。

請隨附費用/扣除證明。

開支/扣減人姓名 (包括名和姓)	費用或扣減類型	付款金額	支付對象	支付頻率 (每週、每月、 每月兩次)

第 3 部分 其他健康保險

(a) 您或您的家人在過去 12 個月內是否新上過醫療、牙科、視力或 Medicare 保險或更改過保險涵蓋範圍？

是 否

如果是，保險在誰的名下？_____

具體是哪種類型的保險？_____

(b) 有沒有家庭成員接受腎透析相關服務？

是 否

如果是，請填寫誰？_____

(c) 過去 2 年中是否有家庭成員接受過器官移植？

是 否

如果是，請填寫誰？_____

第 4 部分 生活狀況

(a) 過去 12 個月內有沒有人進入或離開家庭、搬去與別人同住、結婚或生小孩？

(比如：新生兒、兒童或成人進入或離開家庭、未同住父母搬回家中)

是 否

如果是，請填寫下列內容：

姓名 (包括名和姓)	與本人關係	變更內容？	變更日期

(b) 有沒有想加入 Medi-Cal、但目前沒有 Medi-Cal 的家庭成員？

是 否

如果是，請填寫誰？_____

(c) 如果家裡有新生兒，請填寫新生兒出生地？ _____ | _____ | _____

城市

州

國家

第 4 部分 生活狀況 續

(d) 家中是否有人在護理或醫療機構接受住院治療？ 是 否

如果是，請填寫誰？ _____

(e) 家中是否有人懷孕？ 是 否

如果是，請填寫誰？ _____

幾胎 _____ 預產期： _____

第 5 部分 不動產或個人財產

(a) 請說明家庭成員持有的現金及未兌現支票總金額 \$ _____

(b) 是否有人擁有支票或儲蓄帳戶、人壽保險、長期護理保險、機動車輛、法庭裁定的結算或判決、股票、債券、退休基金、以家庭成員為受益人所持有之貨幣或財產的信託基金、房地產、企業車輛、企業帳戶或財產、承兌票據、抵押、信託契約、旅行車、喪葬信託或基金、年金、珠寶（祖傳家產或婚慶珠寶除外）、以及採油或探礦權？ 是 否

(c) 過去 12 個月您或家人是否出售或捐贈過任何金錢和財產、或將本部分所列財物用於醫療費用保障？ 是 否

注意事項：如果您 (b) 或 (c) 兩題選擇“是”，則必須填寫補充財產表，並與相關證明一道向縣裡提交。

第 6 部分 移民或公民身份變化

過去 12 個月內您家中 Medi-Cal 參保人或申請者的移民或公民身份是否發生過變化？（如果您的移民身份有變，您可能沒有資格享受所有的 Medi-Cal 福利） 是 否

如果是，請在下面填寫姓名，並隨附新身份證明材料。

姓名 (包括名和姓)	身份變化 (提交身份證明)

第 7 部分 失明/傷殘/喪失工作能力

(a) 您和家人是否患有會妨礙工作、照顧個人需要或照顧子女的身體或精神疾病？ 是 否

如果是，請填寫誰？ _____

(b) 是否因傷病或事故造成上述身體、精神或健康狀況？ 是 否

如果是，請詳細說明 _____

第 8 部分 其他醫療計劃資訊和推薦

- (a) 如果您的子女以部分自費形式參保 Medi-Cal 計劃且您不同意將其資訊提供給低成本的 Healthy Families Program，請勾選此框。
- (b) 您是否希望瞭解 21 歲以下兒童免費醫療計劃的相關資料(Child Health and Disability Prevention Program，也稱為 CHDP)? 是 否
- (c) 您是否希望瞭解懷孕或哺乳期婦女及 5 歲以下兒童 (Women, Infants, and Children Program，也叫 WIC 計畫) 免費補充食品計劃的相關資料? 是 否
- (d) 您是否希望瞭解老人、盲人或殘疾人家庭護理計劃 (也叫 In-Home Supportive Services) Personal Care Services Program，的內容? 是 否

第 9 部分 簽名與認證

填表人必須閱讀並在下面簽名。

- ▶ 我已經收到並仔細看過「Medi-Cal 申請人重要資訊表格」(MC219)。
- ▶ 我知道、瞭解並同意履行 MC 219 表格規定的所有義務。
- ▶ 我確認將在變化發生十日內就影響 Medi-Cal 資格的所有收入、財產和/或其他變化進行彙報。
- ▶ 我瞭解此表所填一切內容，包括福利和收入資訊可能需要接受核實調查。
- ▶ 我聲明本表格所填資訊真實準確，如有虛假願受加州法律偽證罪處罰。

簽名	日期
日間或留言電話號碼	住宅電話號碼 <input type="checkbox"/> (新號碼請勾選此框)

見證人 (若以符號簽名)、口譯或協助人員簽名

— 僅限縣使用 —

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