

اعضاء دیگر خانواده که تقاضای Medi-Cal می کنند

County Use Only Case name: Case # Worker # Date:	نسبت متقاضی/سرپرست با کودک (کودکان)		نام متقاضی/سرپرست (نام، نام میانی و نام خانوادگی)	
	حامله هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر موعد وضع حمل: _____ تعداد نوزادان _____		جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
Linkage	Medi-Cal درخواست می شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی، لطفاً شماره کارت شناسایی مزایا را، چنانچه داشته باشید درج کنید:		تاریخ تولد ماه _____ روز _____ سال _____	
SSN	دارای تابعیت یا شهروندی آمریکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، تاریخ ورود به آمریکا _____		محل تولد (شهر/ایالت/کشور)	
PREG	وضعیت تاهل (یکی را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> جدا شده		آیا این شخص دارای معلولیت جسمانی، روحی، عاطفی یا رشدی است؟ <input type="checkbox"/> بلی. تاریخ شروع معلولیت: _____ <input type="checkbox"/> خیر	
ID	ماه _____ روز _____ سال _____			
Other				

Linkage	نسبت با متقاضی/سرپرست		نام همسر/والد دیگر (نام، نام میانی و نام خانوادگی)	
	حامله هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر موعد وضع حمل: _____ تعداد نوزادان _____		جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
SSN	Medi-Cal درخواست می شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی، لطفاً شماره کارت شناسایی مزایا را، چنانچه داشته باشید درج کنید:		تاریخ تولد ماه _____ روز _____ سال _____	
PREG	دارای تابعیت یا شهروندی آمریکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، تاریخ ورود به آمریکا _____		محل تولد (شهر/ایالت/کشور)	
ID	وضعیت تاهل (یکی را علامت بزنید): <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> جدا شده		آیا این شخص دارای معلولیت جسمانی، روحی، عاطفی یا رشدی است؟ <input type="checkbox"/> بلی. تاریخ شروع معلولیت: _____ <input type="checkbox"/> خیر	
Other	ماه _____ روز _____ سال _____			

Linkage	نسبت با متقاضی/سرپرست		نام کودک: (نام، نام میانی، نام خانوادگی) یا "هنوز زاده نشده"	
	حامله هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر موعد وضع حمل: _____ تعداد نوزادان _____		جنسیت <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
SSN	Medi-Cal درخواست می شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی، لطفاً شماره کارت شناسایی مزایا را، چنانچه داشته باشید درج کنید:		تاریخ تولد ماه _____ روز _____ سال _____	
PREG	دارای تابعیت یا شهروندی آمریکا؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، تاریخ ورود به آمریکا _____		محل تولد (شهر/ایالت/کشور)	
ID	آیا کودک به مدرسه می رود؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		آیا کودک در منزل زندگی می کند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
Medical Support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CW 2.1 Q <input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home, 18-21 tax dependent	نام پدر:		نام مادر:	
	آیا هیچکدام از والدین فوت شده است <input type="checkbox"/> غایب است <input type="checkbox"/> از کار افتاده شده است <input type="checkbox"/> بی کار است <input type="checkbox"/>		آیا این کودک دارای معلولیت جسمانی، روحی، عاطفی یا رشدی است؟ <input type="checkbox"/> بلی. تاریخ شروع معلولیت: _____ <input type="checkbox"/> خیر	

<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____	4 آیا فردی در حال حاضر تحت پوشش بیمه بهداشتی/دندانپزشکی با Medicare است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی، چه فردی؟
<input type="checkbox"/> DHCS 6268	5 آیا کسی به دلیل تصادف یا صدمه دعوی اقامه کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage Month 1 Month 2 Month 3	6 آیا شما یا عضوی از خانواده تان از Medi-Cal می خواهید تا هزینه های پزشکی سه ماه گذشته را تحت پوشش قرار دهد، و مایل است درخواست Medi-Cal نماید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نام او (آنها) را بنویسید: _____ ماه (های) تحت پوشش: _____
<input type="checkbox"/> CW 5	7 آیا شما یا عضوی از خانواده تان هیچوقت در خدمت زیر پرچم آمریکا بوده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی، چه کسی؟ نام (ها): _____ نسبت: _____

8 برنامه Medi-Cal ممکن است اطلاعات شما را با سایرین در میان بگذارد، مگر اینکه مربع ذیل را علامت گذاری کنید:

- اگر در آینده کودک شما دیگر واجد شرایط دریافت Medi-Cal رایگان نباشد، ما فرم تقاضای شما را به Healthy Families ارسال خواهیم کرد. اگر مایل به انجام اینکار نیستید، لطفاً اینجا را علامت گذاری کنید.
- اگر کودک شما دیگر واجد شرایط دریافت Medi-Cal کامل نباشد، ما فرم تقاضای کودک شما را به Healthy Kids یا برنامه های مشابه کانتی ارسال خواهیم کرد. اگر مایل به انجام اینکار نیستید، لطفاً اینجا را علامت گذاری کنید.

9 درآمد خانواده: درآمد هر یک از افرادی که نامشان در فرم تقاضا درج شده است را بنویسید. نفقه کودک و نفقه همسر دریافت شده را نیز درج کنید. (هر منبع درآمد را در سطر جداگانه ای بنویسید.)

نام فردی که کسب درآمد می کند (کودکانی که در مدرسه هستند ملزم نیستند تا درآمدی که از کار عایدشان می شود را درج کنند.)	منابع درآمد (شغل، سوشیال سکوریتی، بازنشستگی، غیره)	درآمد چند وقت یکبار دریافت می شود؟ (هفتگی، دو هفته یکبار، ماهیانه)	درآمد چقدر است؟ (کل درآمد ناخالص)	شماره سوشیال سکوریتی (اختیاری)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

10 مخارج: مخارج ماهیانه را برای تمامی افراد فوق الذکر بنویسید.

محل نگهداری از کودک یا مراقبت از شخص معلول وابسته

برای (نام کودک یا شخص وابسته): سن: _____ مبلغ پرداخت شده: _____
چند وقت یکبار؟ _____

برای (نام کودک یا شخص وابسته): سن: _____ مبلغ پرداخت شده: _____
چند وقت یکبار؟ _____

نفقه کودک به حکم دادگاه
پرداخت شده به: _____ پرداخت شده توسط: _____ مقدار پرداخت شده: _____

نفقه همسر به حکم دادگاه
پرداخت شده به: _____ پرداخت شده توسط: _____ مقدار پرداخت شده: _____

لطفاً توجه داشته باشید که اطلاعات مکمل در ارتباط با اموال، درآمد و/یا منابع شما ممکن است در صورت ذریبط بودن درخواست شود.

تصدیق می کنم که اطلاعات فوق را خوانده و درک کرده ام. همچنین تصدیق می کنم که اطلاعات درج شده در این فرم صحیح و درست است.

امضاء _____ تاریخ _____