

**MEDI-CAL MẪU ĐƠN TÁI XÉT HÀNG NĂM****Quý vị phải điền mẫu đơn này và gửi lại cho cơ quan quận để giữ bảo hiểm Medi-Cal của quý vị!**

<b>Số hồ sơ</b> (không bắt buộc)	<b>Số An Sinh Xã Hội</b> (không bắt buộc)	
<b>Viết họ tên đầy đủ bằng chữ in</b> (nếu quý vị không chuyển đi nơi khác, vui lòng đính nhãn ghi địa chỉ ở đây nếu quý vị nhận được tờ nhân này)	<b>Ngày tháng năm sinh</b> (không bắt buộc) (tháng/ngày/năm)	
<b>Địa chỉ số nhà hiện tại, số căn hộ</b> <input type="checkbox"/> (đánh dấu vào đây nếu đây là địa chỉ mới)	<b>Thành phố/Tiểu bang</b>	<b>Số Zip Code</b>
<b>Địa Chỉ Bưu Tín</b> (nếu khác với địa chỉ ở trên)	<b>Thành phố/Tiểu bang</b>	<b>Số Zip Code</b>

Dùng viết mực và **VIẾT BẰNG CHỮ IN** các câu trả lời của quý vị. Đừng quên ký tên và ghi ngày tháng trong mẫu đơn. Bỏ vào trong bì thư đã trả trước bưu phí và gửi lại. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, quý vị có thể đính kèm thêm tờ giấy riêng. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp điền mẫu đơn này, vui lòng gọi nhân viên phụ trách quý vị tại số điện thoại ghi trong Thông Báo Tái Quyết Định Hàng Năm (Annual Redetermination Notice).

**Mục 1. Lợi Tức**

- (a) Quý vị hoặc bất kỳ người nào trong gia đình quý vị có nhận được tiền do đi làm, tiền chu cấp nuôi con hoặc tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng đã li dị, tiền an sinh xã hội, trợ cấp cựu chiến binh, trợ cấp thất nghiệp hoặc trợ cấp tàn tật, tiền lương hưu, quà tặng, hoặc lãi suất hay cổ tức không?  Có  Không

Nếu có, điền phần dưới đây và liệt kê từng nguồn lợi tức trong một dòng riêng.

Gửi kèm theo các cuống phiếu lương mới nhất, trong đó cho biết mức lợi tức trước thuế hoặc các khoản khấu trừ, trợ cấp hoặc thư báo được nhận trợ cấp, ngân phiếu nhận được hoặc bản kết toán có chữ ký của hàng sở, hoặc bản khai thuế lợi tức liên bang của năm ngoái. Nếu nguồn lợi tức là do tự kinh doanh, gửi một bản sao của bản khai thuế hoặc bản kết toán lời lỗ gần đây nhất.

Tên của người có Lợi Tức (ghi cả tên gọi và tên họ)	Nguồn Lợi Tức	Số tiền lợi tức (trước khi trừ các khoản)	Trả bao lâu một lần (hàng tuần, hàng tháng, hai lần một tháng)	Số Giờ Làm Việc (một tuần hoặc tháng)

- (b) Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có được hoàn toàn miễn phí tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước, thực phẩm hay quần áo không?  Có  Không

Nếu có, đó là ai? \_\_\_\_\_

Cái gì được miễn phí? \_\_\_\_\_

- (c) Có được miễn phí tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước, thực phẩm hay quần áo để đổi lấy công việc đã làm không?  Có  Không

**Mục 2. Các khoản chi phí và khấu trừ**

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có trả chi phí chăm sóc trẻ em hoặc người lớn, lệ phí Medicare hoặc bảo hiểm sức khỏe, tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng đã li dị hoặc tiền chu cấp nuôi con theo lệnh tòa án, hoặc chi phí học hành không?

 Có  Không

Nếu có, vui lòng điền phần dưới đây và ghi từng khoản chi phí/khấu trừ trong một dòng riêng.

Gửi kèm bằng chứng về các khoản chi phí/khấu trừ.

Tên của người có khoản chi phí/khấu trừ (ghi cả tên gọi và tên họ)	Dạng chi phí hoặc khấu trừ	Số tiền trả	Trả Cho Ai	Trả bao lâu một lần (hàng tuần, hàng tháng, hai lần một tháng)

**Mục 3. Bảo hiểm sức khỏe khác**

(a) Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình quý vị có thay đổi về hoặc được nhận bảo hiểm sức khỏe, nha khoa, thị lực mới, hoặc bảo hiểm Medicare trong 12 tháng vừa qua không?

 Có  Không

Nếu có, ai có bảo hiểm đó? \_\_\_\_\_

Dạng bảo hiểm nào? \_\_\_\_\_

(b) Trong gia đình quý vị có ai đang nhận các dịch vụ liên quan tới thẩm tách thận không?

 Có  Không

Nếu có, đó là ai? \_\_\_\_\_

(c) Trong gia đình quý vị có ai được cấy ghép bộ phận cơ thể trong 2 năm vừa qua không?

 Có  Không

Nếu có, đó là ai? \_\_\_\_\_

**Mục 4. Hoàn cảnh sinh sống**

(a) Có ai chuyển tới hoặc chuyển ra khỏi nhà quý vị, chuyển tới sống với người khác, kết hôn, hoặc có con trong 12 tháng qua không? (Ví dụ: trẻ sơ sinh, trẻ em, hoặc người lớn chuyển tới hoặc chuyển ra khỏi nhà, cha/mẹ đi vắng nay trở về nhà.)

 Có  Không

Nếu có, điền mục ở dưới:

Tên (ghi cả tên gọi và tên họ)	Mối quan hệ với quý vị	Thay đổi cái gì?	Ngày thay đổi

(b) Trong gia đình quý vị có ai muốn có Medi-Cal nhưng hiện không được nhận bảo hiểm này không?

 Có  Không

Nếu có, đó là ai? \_\_\_\_\_

(c) Nếu trong gia đình có trẻ em mới chào đời, em bé đó chào đời ở đâu? \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Thành phố

Tiểu bang

Quốc gia

**Mục 4. Hoàn cảnh sinh sống** tiếp theo

(d) Trong gia đình có ai nhận dịch vụ chăm sóc chữa trị nội trú tại một cơ sở điều dưỡng hay y viện không?

Có  Không

Nếu có, đó là ai? \_\_\_\_\_

(e) Trong gia đình có ai đang mang thai không?

Có  Không

Nếu có, đó là ai? \_\_\_\_\_

Số em bé \_\_\_\_\_ Ngày dự liệu sinh nở: \_\_\_\_\_

**Mục 5. Bất động sản hoặc tài sản cá nhân**

(a) Cho biết tổng số tiền mặt và ngân phiếu chưa rút tiền mà bất kỳ người nào trong gia đình nắm giữ \$ \_\_\_\_\_

(b) Có ai có trường mục chi phiếu hoặc trường mục tiết kiệm, bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm chăm sóc dài hạn, bảo hiểm xe, số tiền có được do phán quyết hoặc thương lượng dàn xếp theo lệnh tòa án, cổ phiếu, trái phiếu, quỹ hưu bổng, quỹ tín thác nơi giữ tiền hoặc tài sản vì lợi ích của bất kỳ thành viên nào trong căn nhà, bất động sản hoặc xe cộ cho công việc, khách hàng hoặc tài sản, giấy cam kết trả nợ, hợp đồng vay trả góp mua nhà, kế ước của quỹ tín thác, xe giải trí, ngân quỹ hoặc quỹ tín thác cho chi phí an táng, tiền niên kim, trang sức (không phải là đồ gia truyền hay đồ đám cưới), hoặc quyền khai thác dầu hoặc khoáng sản không?

Có  Không

(c) Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có bán hoặc cho bất kỳ khoản tiền hay tài sản nào trong 12 tháng qua không, hay là có bất kỳ khoản nào trong mục này được chi tiêu hoặc dùng để đặt cọc cho các khoản chi phí y tế không?

Có  Không

Lưu ý: Nếu quý vị trả lời “có” cho các câu hỏi (b) hoặc (c), quý vị sẽ phải điền cả mẫu đơn phụ về tài sản, nộp mẫu đơn đó cho cơ quan quận và cung cấp chứng từ xác minh.

**Mục 6. Thay đổi tình trạng quốc tịch hoặc di trú**

Trong gia đình quý vị, có ai có Medi-Cal hoặc muốn Medi-Cal có tình trạng quốc tịch hoặc di trú thay đổi trong 12 tháng qua không? (Nếu tình trạng di trú của quý vị đã thay đổi, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận phúc lợi Medi-Cal toàn diện.)

Có  Không

Nếu có, ghi (các) tên đó ở dưới và gửi bằng chứng về tình trạng mới.

Tên Của Người Đó (ghi cả tên gọi và tên họ)	Thay đổi tình trạng quốc tịch hoặc di trú (gửi bằng chứng về tình trạng đó)

**Mục 7. Mù loà/Tàn tật/Mất năng lực**

(a) Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có một chứng bệnh về thể chất hoặc tinh thần khiến khó có thể làm việc, sinh hoạt cá nhân, hoặc chăm sóc con quý vị không?

Có  Không

Nếu có, đó là ai? \_\_\_\_\_

(b) Chứng bệnh về thể chất, tâm thần hoặc sức khỏe đó có phải là do thương tích hoặc tai nạn không?

Có  Không

Nếu có, vui lòng giải thích \_\_\_\_\_

**Mục 8. Thông tin khác về chương trình sức khỏe và giới thiệu**

- (a) Đánh dấu ô này nếu quý vị không muốn cho tiết lộ thông tin về con quý vị cho Healthy Families Program chi phí thấp nếu con quý vị được nhận Medi-Cal với một khoản đồng trả chi phí.
- (b) Quý vị có muốn biết thông tin về chương trình sức khỏe miễn phí cho trẻ em dưới 21 tuổi (*Child Health and Disability Prevention Program, hay còn gọi là CHDP*) không?  Có  Không
- (c) Quý vị có muốn biết thông tin về chương trình thực phẩm bổ trợ miễn phí dành cho phụ nữ đang mang thai hoặc phụ nữ cho con bú sữa mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi (*Women, Infants, and Children Program, hay còn gọi là WIC*) không?  Có  Không
- (d) Quý vị có muốn biết thông tin về Personal Care Services Program - là chương trình chăm sóc tại gia dành cho người cao niên, mù lòa hoặc tàn tật (còn có tên khác là In-Home Supportive Services) không?  Có  Không

**Mục 9. Chữ ký và xác nhận**

Người điền mẫu đơn này phải đọc và ký tên ở dưới.

- ▶ Tôi đã nhận được và đã đọc một bản *Thông Tin Quan Trọng dành cho Những Người Xin Medi-Cal* (MC 219).
- ▶ Tôi biết, hiểu, và đồng ý hoàn thành mọi trách nhiệm của tôi, như trình bày trong mẫu đơn MC 219.
- ▶ Tôi xác nhận rằng tôi sẽ báo cáo tất cả các khoản lợi tức, tài sản và/hoặc các thay đổi khác có thể ể ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal trong vòng mười ngày kể từ khi có thay đổi đó.
- ▶ Tôi hiểu rằng tất cả những gì tôi trình bày trong mẫu đơn này, bao gồm cả thông tin về lợi tức và phúc lợi, có thể sẽ được điều tra và xác minh.
- ▶ Theo hình phạt về tội khai man của luật pháp tiểu bang California, tôi xin cam đoan tất cả các thông tin trong mẫu đơn này là đúng và chính xác.

<b>Chữ ký</b>	<b>Ngày</b>
---------------	-------------

<b>Số điện thoại liên lạc ban ngày hoặc số nhắn tin</b>	<b>Số điện thoại nhà</b> <input type="checkbox"/> (đánh dấu ô này nếu là số mới)
---	--

**Chữ ký của người làm chứng (nếu ký tên bằng cách điểm chỉ), Thông dịch viên hoặc người trợ giúp**

— Chỉ dành cho cơ quan quận sử dụng —

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	