

واجد شرایط بودن Medi-Cal و استانداردهای بازیابی املاک

برای توزیع توسط بیمه گران، نمایندگان و دلالان

از ابتدای ژانویه 1، 2024، برنامه Medi-Cal دیگر دارایی‌های شما را هنگام تعیین واجد شرایط بودن شما برای مزایا محاسبه نمی‌کند. این بدان معنی است که شما نیازی به گزارش حساب‌های بانکی، وسایل نقلیه یا اموال خود ندارید. Medi-Cal همچنان درآمد شما را نگاه می‌کند تا ببیند آیا واجد شرایط هستید یا خیر. این شامل درآمد از مشاغل، حمایت از فرزند و همسر، بازنشستگی تامین اجتماعی مزایای از کارافتادگی، درآمد اجاره و غیره می‌شود.

سالیانه و بازیابی املاک Medi-Cal

هنگامی که یک فرد در Medi-Cal فوت می‌کند، Medi-Cal ممکن است پول برخی از خدماتی را که بعد از 55 سالگی یا بزرگتر دریافت کرده‌اند، پس بخواهد. این خدمات شامل مراقبت‌های پرستاری، کمک در منزل و هزینه‌های خاص بیمارستان و دارو می‌باشد.

اگر شخص در هنگام فوت مالک چیزی نبود یا مجبور به طی یک فرآیند قانونی به نام اعسار نبود، Medi-Cal پول پس نمی‌خواهد. ممکن است قوانین خاصی وجود داشته باشد یا موارد خاصی وجود داشته باشد که از آنها نخواهند.

انواع خاصی از برنامه‌های مالی به نام سالیانه ممکن است بخشی از Medi-Cal باشد، پس از فوت شخصی پول پس خواهند. با مراجعه به وبسایت Medi-Cal Estate Recovery Program در https://www.dhcs.ca.gov/TPLRD_ER یا تماس با

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

1-916-650-0590 می‌توانید اطلاعات بیشتری کسب کنید.

برای افرادی که از تسهیلات مراقبت پرستاری استفاده می‌کنند

اگر مجرد هستید، هر ماه بیشتر درآمد شما به مرکز پرستاری یا مراقبت‌های پرستاری شما اختصاص می‌یابد. شما می‌توانید برای نیازهای شخصی خود **\$35 هر ماه** نگه دارید.

قوانین خاصی وجود دارد که ممکن است به شما اجازه دهد بخشی یا تمام درآمد خود را به همسر یا شریک زندگی ثبت شده خود انتقال دهید. این قوانین کمک می‌کند مطمئن شوید که فرد در خانه پول کافی برای زندگی دارد. گاهی اوقات، یک قاضی ویژه دادگاه (قاضی حقوق اداری) ممکن است به آنها اجازه دهد که درآمد بیشتری از شما نگه دارند (42 United States Code § 1396r-5).
من اطلاعاتی فوق را خوانده ام و یک نسخه از آنرا دریافت کرده ام.
امضای خریدار:

_____ تاریخ: _____

امضای همسر یا شریک زندگی ثبت شده:

_____ تاریخ: _____

امضای نماینده قانونی:

_____ تاریخ: _____