沿虛線撕下

Medi-Cal 申請表

請參照填表說明填寫本表格。字體要端正。只能夠使用黑色或藍色的筆。

第 1 部份 申請人資料(需要為自己，其家人或子女申請 Medi-Cal 的人士)。

1 姓	名		中間名簡寫
2 家庭住址(號碼和街名)。除非是無家居人士，否則不可填寫郵政信箱。		3 公寓號碼	4 家庭電話號碼：( )
5 城市／州	6 縣	7 郵政編號	8 工作電話號碼 ( )
9 郵遞地址(若與上述資料不同)或郵政信箱號碼		10 公寓號碼	11 留言電話號碼 ( )
12 城市			13 郵政編號
14A 您講得最流利的語言／方言是什麼？		14B 您閱讀得最輕鬆的語言是什麼？	

第 2 部份 申請人及其家庭成員、所撫養子女的個人資料，即使不需要保險的人士亦應填入。

	成人 1／本人	成人 2	子女 1	子女 2	子女 3
15 姓名：姓					
名					
中間名					
16 與申請人的關係					
17 若居住的地址與在第 1 部份中列出的不同，請填寫居住地址：					
18 性別：	❑ 男性 ❑ 女性	❑ 男性 ❑ 女性	❑ 男性 ❑ 女性	❑ 男性 ❑ 女性	❑ 男性 ❑ 女性
19 婚姻狀況：	❑ 單身 ❑ 已婚 ❑ 離婚 ❑ 分居 ❑ 喪偶	❑ 單身 ❑ 已婚 ❑ 離婚 ❑ 分居 ❑ 喪偶	❑ 單身 ❑ 已婚 ❑ 離婚 ❑ 分居 ❑ 喪偶	❑ 單身 ❑ 已婚 ❑ 離婚 ❑ 分居 ❑ 喪偶	❑ 單身 ❑ 已婚 ❑ 離婚 ❑ 分居 ❑ 喪偶
20 住在家中已婚的未成年人士的配偶姓名					
21 出生日期：	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年
22 是否懷孕：	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是
預產期：	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年	/ / 月 日 年
23 是否有身體、精神或情緒上的殘障？	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有
殘障預期持續的時間：	❑ 30 日或以上 ❑ 12 個月或以上	❑ 30 日或以上 ❑ 12 個月或以上	❑ 30 日或以上 ❑ 12 個月或以上	❑ 30 日或以上 ❑ 12 個月或以上	❑ 30 日或以上 ❑ 12 個月或以上

沿虛線撕下

接下頁

第 2 部份 續

	成人 1／本人	成人 2	子女 1	子女 2	子女 3
24 有沒有人領取過現金援助、SSI、糧食券或 Medi-Cal？	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有
如果「有」，是誰？					
25 如果有的話，Medi-Cal 的BIC 卡號碼：					
26 是否要醫療福利？	❑ 要 ❑ 不要	❑ 要 ❑ 不要	❑ 要 ❑ 不要	❑ 要 ❑ 不要	❑ 要 ❑ 不要
27 您在加州以外擁有或正在購買房屋嗎？	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是

第 3 部份 提供列於第 2 部份所有兒童的資料。

	子女 1	子女 2	子女 3	未出生
28	母親姓名：	母親姓名：	母親姓名：	母親姓名：
	母親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作 ❑ 去世 ❑ 不在	母親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作 ❑ 去世 ❑ 不在	母親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作 ❑ 去世 ❑ 不在	母親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作
29	父親姓名：	父親姓名：	父親姓名：	父親姓名：
	父親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作 ❑ 去世 ❑ 不在	父親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作 ❑ 去世 ❑ 不在	父親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作 ❑ 去世 ❑ 不在	父親： ❑ 有工作 ❑ 殘障 ❑ 沒有工作 ❑ 去世 ❑ 不在

第 4 部份 提供列於第 2 部份中人士的所有收入／金錢收入。

30 有收入／金錢收入人士的姓名	31 收入／金錢收入的來源 (工作／社會安全保障金)	32 有多少收入／金錢收入	33 每隔多長時間會收到這些錢 (每個月、每個月兩次、每週、每兩週一次、每日)

第 5 部份 提供第 2 部份中所有人士的每月開支／費用資料。

您家庭支付的款項	34 支付人姓名	35 每月支付的數目
撫養兒童費用		
贍養費		
其他醫療保險保費		
Medicare 保險保費		

36 托兒或照顧家屬 (列出兒童或家屬的姓名)	37 年齡	38 支付人姓名	39 每月支付的數目
1.			
2.			
3.			
4.			

沿虛線撕下

第 6 部份 *若僅為未滿 19 歲的兒童和／或孕婦(僅申請與懷孕有關的服務)申請，請跳過這一部份。*

否則為所有列在第 2 部份的人士作答	
40 有沒有任何人有現金或未兑現的支票？ 如果「有」，將數額列在這裡 _____ (參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有
41 有沒有任何人有支票戶口、儲蓄戶口或人壽保險？(參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有
42 家中是否有一部或以上的汽車？(參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有
43 有沒有任何人有法庭下令的和解協議或判決(Court ordered settlement or judgement)? (參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有
44 有沒有任何人有長期護理保險？(參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有
45 有沒有任何人有任何下列的物品，如股票、證券、退休基金、信托、房地產物業、商用的汽車、商用戶口、借據、房屋貸款、信托契據、休閑用的汽車、埋葬信托或基金、年金、珠寶(非祖傳或結婚珠寶)、石油或礦物權？(參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有
46 有沒有任何列在這份表格的人士在過去 30 個月內，轉讓、售出、交易過或送出任何上述物品？(參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有
47 有沒有任何在這個部份列出的物品花費過或用來做過醫療費用的抵押品？(參見填表説明)	❑ 有 ❑ 沒有

第 7 部份 僅供申請 Medi-Cal 的人士填寫。

	成人 1／本人	成人 2	子女 1	子女 2	子女 3
48 社會安全(工卡)號碼：					
	就算您沒有社會安全號碼，仍有可能可以領取 Medi-Cal 。				
49 出生地：(州或國家)					
50 是否美國公民？ 如果「不是」，寫上進入美國的日期	❑ 是 ❑ 不是 / / 月 日 年	❑ 是 ❑ 不是 / / 月 日 年	❑ 是 ❑ 不是 / / 月 日 年	❑ 是 ❑ 不是 / / 月 日 年	❑ 是 ❑ 不是 / / 月 日 年
51 是否住在長期護理或提供膳食和護理的設施中？	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是
如果「是」，設施的名稱：					
您打算出院回家嗎？	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算
您打算在六個月內出院回家嗎？	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算	❑ 打算 ❑ 不打算
52 是否有醫療／牙科或視力保險？	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有
53 在申請月份前的三個月內是否有醫療開支並希望 Medi-Cal 支付這些開支。	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有
54 是否有因意外或受傷而尚未解決的官司？	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有	❑ 有 ❑ 沒有

沿虛線撕下

接下頁 ➡

第 7 部份 續

	成人 1 / 本人	成人 2	子女 1	子女 2	子女 3
55 所列之成年人、配偶或兒童的父母現在或過去是否曾在美國服過兵役？	❑ 有 ❑ 沒有 ❑ 本人 ❑ 配偶 ❑ 父母	❑ 有 ❑ 沒有 ❑ 本人 ❑ 配偶 ❑ 父母	❑ 有 ❑ 沒有 ❑ 本人 ❑ 配偶 ❑ 父母	❑ 有 ❑ 沒有 ❑ 本人 ❑ 配偶 ❑ 父母	❑ 有 ❑ 沒有 ❑ 本人 ❑ 配偶 ❑ 父母
56 族裔(種族):(非必須填寫)					
57 是否全職學生？	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是
58 是否已離家居住？	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是	❑ 是 ❑ 不是

第 8 部份 資料公開（非必須填寫）。

59 若家庭成員不能獲得免費的 Medi-Cal ，但可能可以獲得低收費的醫療保險，請問社會福利辦事處可否把這份表格轉交 Healthy Families 計劃？ ❑ 可以 ❑ 不可以

60 我在填寫這份表格時獲得_____(提供姓名)的協助。
我同意社會福利辦事處可以向這些人士提供這份申請的辦理情況。申請人請在這裡填寫姓和名第一個字母的簡寫。_____

第 9 部份 簽名和證明。

61 本人謹根據加州提供虛假資料會被懲罰的法律聲明，在這份申請表中提供的答案和文件據本人所知且認為全部為正確和真實。
本人謹此聲明已經閱讀和了解申請表的填表說明、聲明和所有這份申請表上打印出來的資料。

簽名 _____ 日期 _____

證人簽名(若申請人以符號作簽名) _____ 日期 _____

協助申請人填寫表格的人士簽名 _____ 電話號碼 _____ 與申請人的關係 _____ 日期 _____

申請人／受益人代表簽名 _____ 電話號碼 _____ 與申請人的關係 _____ 日期 _____

若想索取下列計劃的資料，請勾選相應的方格，資料便會寄上。請參閱 **Medi-Cal** 小冊子，「**Health Care for Families with Children**」(有兒童家庭的醫療護理)，或上網查閱，網址是 **www.dhs.ca.gov**

- ❑ 個人護理服務計劃(PCSP)。提供家中護理的計劃。
- ❑ 母嬰計劃(AIM)。幫助中等收入孕婦獲得孕期醫療保險的計劃。
- ❑ 婦女、嬰兒和兒童營養計劃(WIC)。為孕婦、產後婦女和5 歲以下兒童提供的營養計劃。
- ❑ 節育計劃。
- ❑ 兒童健康和殘障計劃(CHDP)。為兒童和青少年提供的保健計劃。您希望將子女或未成年家屬轉介到CHDP 計劃嗎？ ❑ 希望 ❑ 不希望