加州醫療福利（MEDI-CAL） 情況報告

注意: 州法律現在需要您填寫半年加州醫療福利MEDI-CAL情況報告。

您必須在規定的 _____
日期寄回此份報告，以便保持您的 加州醫療福利MEDI-CAL。

通知日期：_____
檔案號碼：_____
職工姓名：_____
職工號碼：_____
職工電話號碼：_____
辦公時間：_____

在您家庭，家中成員享用加州醫療福利 Medi-Cal 僅是老年人，或盲人，或殘障人士，或21歲以下的個別人士，或孕婦;並且 / 或她們享用福利資格僅在妊娠期間，**您就不必填寫此份報告。**

若您需要人協助您填寫這份報告，請致電給您的職工，其姓名就是上述所列。

第1節—情況沒有變化報告

若在最近6個月內，您的情況，對於在第2節所說的各項目，沒有任何變化，請在小格內打上符號。 ☐ **沒有變化**

- 不要在第 2節部份填寫。直接填寫第3部份。
- 在此份報告表後頁第 3 節部份**簽名** 和 **填寫日期**。您必須在此份報告表所規定的日子，請使用郵資已付，和印有回郵地址的信封寄回此份報告表。

有變化需要報告

若在6個月內，您的情況有變化，就需要報告，您必須在第 2 節部份和第 3節部份填寫妥當。

- 在第2節那個項目有變化,就在"有" 方格內打符號，並加以解釋。
- 請勿在此份報告內附寄任何文件。
- 直接填寫第3部份，在此份報告表第 3節部份**簽名** 和 **填寫日期**。您必須在此份報告表所規定的日子，並使用郵資已付，和印有回郵地址的信封寄回此份報告表。

切記，您必須在此頁背面簽名

背面繼續

請不要在這份表格內附寄任何文件

第2節 **若有變化，請在“有”方格內打個符號並加以説明**

收入有變化 ☐ **有**

您家庭的收入是增加還是減少? 在您家庭14歲以上任何人開始找到工作或辭退工作？例如：領鐘點薪水，領取兒童撫養金，領取失業金，小費，政府福利，退稅款額，禮物等等。**請解釋：**

支付其它開支費用有變化 ☐ **有**

您支付孩子料理費用數目是否有變化，健康保險，法庭規定的孩子贍養費，或孩子教育費用?

請解釋：

家庭居住人口有變化 ☐ **有**

您家中成員是否有人搬進或搬出? (例如：新生的嬰兒，家中成員嫁娶等等)?如若是，他們需要加州醫療福利（Medi-Cal）嗎? ☐ 是 ☐ 否 **請解釋：**

其它變化 ☐ **有**

家中成員的財產是否有變化，（例如銀行賬戶，車輛，物業或房地產等等）他們的移民身份狀況，或其它保險福利? **請解釋：**

殘障人士 ☐**有**

您家中成員是否有人成為殘障人士?

若有，是誰?

您家庭成員中是否有人懷孕? ☐**有**

若有，是誰?

若有，預產期是何時?

第3節 **必須填寫妥當**

簽名與核實

我明白我所有的收入，財產，和 / 或其它情況有變化，必須向縣機構報告，提供假資訊會受到法律制裁，我謹此保證上述所提供的資訊是真實和正確的。

簽名	電話 (　　)	日期
證人簽名（若當事人簽名用符號代替）	電話 (　　)	日期
代當事人簽名的人士	與當事人的關係	日期

MC 176 S (Chinese) (7/03)