ОТЧЕТ О ПОЛУЧЕНИИИ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИ-КАЛ

ВНИМАНИЕ: ЗАКОН ШТАТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПОЛНЕНИЕ ПОЛУГОДОВОГО ОТЧЕТА О СОСТОЯНИИ ДЕЛ С ПОЛУЧЕНИЕМ ЛЬГОТ В РАМКАХ МЕДИ-КАЛ.

ДАННЫЙ ОТЧЕТ НЕБХОДИМО ВЕРНУТЬ К: _____ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ В РАМКАХ МЕДИ-КАЛ.

Дата уведомления: _____
Номер дела: _____
Фамилия, имя работника: _____
Идентификац. номер работника: _____
Номер тел. работника: _____
Рабочие часы: _____

Если из членов Вашей семьи льготы в рамках Меди-Кал получают только лица пожилого возраста, слепые или инвалиды, лица до 21 года, и/или беременные шенщины, пользующиеся льготами только в период беременности, **заполнение и возвращение данного отчета необязательно.**
Если Вам необходима помощь при заполнении данного отчета звоните Вашему социальному работнику, фамилия и номер телефона которого указаны выше.

РАЗДЕЛ 1—ИЗМЕНЕНИЙ В ОТЧЕТЕ НЕТ

Если за последние **шесть месяцев** данные, указанные в Разделе 2 не изменились, поставьте галочку в рамке.

☐ **ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ**

- Не заполняйте Раздел 2. Сразу переходите к Разделу 3.
- В разделе 3 на оборотной странице укажите **дату** и **подпишите** отчет. Данный отчет необходимо вернуть в прилагаемом конверте с указанным адресом и оплаченным почтовым взносом к дате, указанной в верхней части данной страницы.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОТЧЕТЕ

Если за последние **шесть месяцев** данные, указанные в отчете изменились, Вам необходимо заполнить Раздел 2 и Раздел 3.

Во всех пунктах Раздела 2, данные в которых изменились, пометьте ответ «ДА» и изложите изменения.

- Не высылайте с никакие документы с данным бланком.
- В разделе 3 укажите **дату** и **подпишите** отчет. Данный отчет необходимо вернуть в прилагаемом конверте с указанным адресом и оплаченным почтовым взносом к дате, указанной в верхней части данной страницы.

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ НА ОБОРОТЕ.

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА ОБОРОТЕ.

НЕ ПОСЫЛАЙТЕ НИКАКИЕ ДОКУМЕНТЫ С ДАННЫМ БЛАНКОМ

РАЗДЕЛ 2 При наличии изменений отметьте «Да» и объясните.

Изменение дохода ❒ **Да**

Уменьшился или увеличился ли Ваш семейный доход? Кто-либо из членов семьи старше 14 лет устроился на работу или уволился с работы? Например, укажите почасовую заработную плату, сумму пособия на ребенка, пособия по безработице, чаевые, государственные льготы, подарки, сумму возвращенного налога и т.п. **Пожалуйста, объясните:**

Изменение состава оплачивемых расходов ❒ **Да**

Изменились ли суммы оплаты по уходу за детьми, медицинской страховки, установленного судом пособия на ребенка или расходов на обучение? **Пожалуйста, объясните:**

Изменение условий проживания ❒ **Да**

Изменился ли состав Вашей семьи (например, родился ребенок или член семьи вступил в брак, и т.п.)? Если да, желают ли они получать Меди-кал? ❒ Да ❒ Нет **Пожалуйста, объясните:**

Другие изменения ❒ **Да**

Изменился ли объем собственности кого-либо из членов Вашей семьи (например, количество денежных средств на банковских счетах, транспортное сресство, недвижимость и т.п.), их иммиграционный статус или медицинский страховой полис в рамках других программ? **Пожалуйста, объясните:**

Инвалидность ❒ **Да**

Кто-либо из членов семьи стал инвалидом?

Если да, то кто?

Беременность ❒ **Да**

Кто-либо из членов семьи забеременел?

Если да, то кто?

Если да, укажите ожидаемую дату рождения ребенка.

РАЗДЕЛ 3 НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ

Подпись и сертификация

Я понимаю, что мне необходимо предоставлять отчет властям графства обо всех изменениях дохода, состава собственности и/или о других изменениях. Под угрозой наказания за лжесвидетельство заявляю, что вся вышеуказанная информация точная и достоверная.

Подпись	Номер телефона ( )	Дата
Подпись свидетеля (если заявитель подписался знаком)	Номер телефона ( )	Дата
Подпись лица, представляющего интересы получателя льгот	Кем приходится получателю льгот	Дата