اطلاعیه وفرم تکمیلی برای نام نویسی درخواست دهندگان

(COUNTY STAMP)

تاریخ اطلاعیه: _____

شماره پرونده: _____

نام مددکار: _____

شماره مددکار: _____

شماره تلفن مددکار: _____

ساعات کار دفتر: _____

اطلاعیه برای: _____

دفتر بخش محلی مدیکال (Medi-Cal) کپی درخواست School Meals شما را برای _____ دریافت کرده است. در این درخواست شما از ما خواسته اید معین کنیم که ایا فرزند شما صلاحیت استفاده از مزایای مدیکال را دارد. بر اساس اطلاعاتی که فراهم اوردید:

☐ **تشخیص داده شده است که فرزند شما موقتا صلاحیت استفاده از مزایای مدیکال را دارد.** اگر در حال حاضر دارای کارت شناسایی مزایای (BIC) نمیباشد. شما بزودی از طریق پست کارت BIC را دریافت خواهید کرد. فرزند شما بلافاصله میتواند از خدمات BIC استفاده کند. این صلاحیت موقت تا تکمیل وضعیت مدیکال ادامه خواهد داشت. برای معین شدن اینکه فرزند شما صلاحیت ادامه دریافت مدیکال دارد، ما نیاز به تکمیل، امضا و بازگشت این فرم داریم.

☐ **تشخیص داده شده است که فرزند شما موقتا صلاحیت استفاده از مزایای مدیکال را ندارد.** وی ممکن است پس از **بررسی کلیه اطلاعات برای مدیکال کسب صلاحیت نماید** ، ما نیاز به تکمیل، امضا و بازگشت این فرم داریم.

تذکر مهم: لطفا پاسخ سوالات ذیل را بدهید و هر گونه مدرک لازم را ضمیمه نمایید. لطفا این اطلاعات را در پاکت پیوست که هزینه پستی ان پرداخت شده است قرار دهید و دیرتر از تاریخ _____ ارسال نفرمایید در غیر این صورت ممکن است صلاحیت فرزند شما برای استفاده از مزایای مدیکال قطع شده و یا رد صلاحیت شود.

۱- اگر فرزند شما دارای شماره تامین اجتماعی است لطفا ان را در اینجا درج نمایید _____-_____-_____

(تذکر مهم: چنانچه فرزند شما شماره تامین اجتماعی ندارد میتوانید برای وی این شماره را درخواست نمایید و طرف ۶۰ روز ان را براي ما فرهم اورید. اگرفرزند شما قادر به دریافت شماره تامین اجتماعی نباشد ممکن است صلاحیت دریافت مدیکال اضطراری مربوطه را داشته باشد)

۲- ایا فرزند شما شهروند یا دارای ملیت امریکایی است؟ **بله** ☐ **خیر** ☐

اگر پاسخ **خیر** است اینجا را چک کنید که ایا وضعیت مهاجرت رضایتبخش دارد _____

و تاریخ ورود وی را به ایالات متحده بنویسید (مدارک وضعیت مهاجرت وی و یا رسیدی از INS که نشاندهنده درخواست جایگزینی مدارک مفقود شده باشد ضمیمه کنید.

اگر هم اکنون مدرکی ندارید میتوانید ظرف ۳۰ روز مدارک را به ادرس فوق بفرستید.)

۳- ایا شما می خواهید مدیکال، هر گونه هزینه پزشکی شما را که در سه ماه گذشته داشته اید پوشش دهد؟. **بله** ☐ خیر ☐

۴- ایا بچه دارای سایر بیمه های بهداشت، دندانپزشکی یا بینایی می باشد؟ **بله** ☐ خیر ☐

اگر پاسخ **"بله"** است لطفا پیوست فرم پرسشنامه (DHS6155) بیمه بهداشت و سلامتی را تکمیل کنید.

(تذکر مهم: فرزند شما حتی اگر سایر بیمه ها را دریافت کرده باشد می تواند هنوز صلاحیت مدیکال را داشته باشد)

۵- ایا در خانواده شما شخص دیگری علاقه مند به درخواست مدیکال است؟ **بله** ☐ خیر ☐

☐ اگر شما برای خدمات مراقبتی بچه (child care) ، حمایت از بچه (child support) ،بیمه های بهداشت و سلامتی بچه یا هزینه های خود استخدامی پرداخت می نماید ، کپی اخرین هزینه یا پرداختی های خود را ارسال نمایید . اثبات این هزینه ها میتواند جهت کاهش درامدی که برای مدیکال است لحاظ گردد. یک کپی از درامد شما از محل کار یا مزایای غرامت کارگري یا از کار افتادگی دولتی ممکن است کسورات بیشتر را برای شما در نظر گیرد .

☐ سایر: _____

در صورت هر گونه سوال یا نیاز به اطلاعات بیشتر با مددکار مدیکال که اطلاعات وی در گوشه سمت چپ بالا امده است تماس بگیرید.

بیانیه و امضا: من بموجب مجازات قانون شهادت کذب ایالات کالیفرنیا اعلام میدارم که پاسخهای ارائه شده در این فرم، اظهارات و اسناد ضمیمه شده تا حد بهترین اطلاعات و باورهای من صحیح و حقیقت دارند ، من اعلام میدارم پیوستی که با عنوان " اطلاعات مهم برای درخواست کنندگان مدیکال را دریافت، مطالعه و درک نموده ام.

امضا والدین/ قیم * _____ تاریخ _____

بر اساس مقررات ایالتي کالیفرنیا ، **تحت قانون ۲۲ بخش ۵۰۱۷۵ ، چنانچه شما در ارسال اطلاعات مورد لزوم و یا مدرک یا مدارک قصور ورزید و یا چنانچه اطلاعات مدرک یا مدارک ارسالی شما صحت و سقم صلاحیت شما را معین ننماید ، درخواست مدیکال شما رد می شود یا ادامه صلاحیت شما متوقف می گردد.**