

為收入或資源有限之人士提供的
醫療保險

MEDI-CAL

郵遞申請表和填表說明



若希望獲得免費的協助填寫 Medi-Cal 申請表服務，
請與當地的社會福利辦事處聯絡。

什麼是 Medi-Cal ？

- 為居住在加州，收入和資源低於規定的合格人士而設的醫療保險。

什麼人可以申請 Medi-Cal ？

- 65 歲或以上的人士
- 未滿 21 歲的人士
- 一些與未成年兒童同住的 21-65 歲之間的成年人
- 失明或殘障人士
- 孕婦
- 接受療養院護理的人士
- 某些難民、受政治庇護人士、來自古巴和海地的人士



我是否必須是美國公民才可以申請 Medi-Cal ？

- 不是，有身份或沒有身份的移民都可能符合申請 Medi-Cal 的資格。有一些人可能只能夠獲得與懷孕有關的服務和急診服務；其他人可根據移民身份而享受 Medi-Cal 的全部福利。

Medi-Cal 所指的「未成年兒童」是指什麼？

- 未滿 21 歲，與您同住或出外就學的已婚或未婚人士。

如何申請 Medi-Cal ？

- 填妥和寄回所附的申請表。
- 提交任何規定文件的副本（見填表說明）

我和我的家庭怎樣才會符合申請 Medi-Cal 的資格？

若您為以上「什麼人可以申請 Medi-Cal ？」中所列人士之一：

- 我們會將您的收入減去一些必要的開支，作為您家庭能否申請 Medi-Cal 的可計算收入。
- 我們根據您和您家庭所擁有的財產(如銀行戶口、汽車等)來決定您是否符合資源有限的規定。請注意：並非所有您和您家庭擁有的財產都計算在內；詳情請向當地的社會福利辦事處查詢。



若我不屬於上述所列的合格人士，是否仍然可以受保？

- 請與當地的社會福利辦事處聯絡，查詢有關您所住的縣可提供哪些醫療服務的資訊。

申請 Medi-Cal 時， 如出現以下情況應如何處理...

我因為患重病或懷孕等 情況而急需醫療服務

- 攜帶申請表直接到就近的社會福利辦事處立即辦理申請。

我有申請表但需要協助填寫

- 仔細閱讀填表說明。
- 與當地的社會福利辦事處聯絡，尋求協助。
- 請親友幫忙填寫。



我或我的配偶要入住療養院， 需要申請 Medi-Cal。

- 請立即聯絡當地的社會福利辦事處，索取 Medi-Cal 資格標準通知書表格(DHCS 7077)。這份表格將會解釋某些豁免資源、某些為配偶窮困而設的保障，以及某些可以將物業權轉手而不會影響申請 Medi-Cal 資格的情況。

我已填妥申請表，需要寄出

- 請將填寫完整的申請表和所需文件寄往當地的社會服務辦事處。

註：您申請加入 Medi-Cal 後，Medi-Cal 僅支付您從加入了 Medi-Cal 的醫療提供者處獲得的涵蓋服務。如果要 Medi-Cal 支付您獲得的服務，請確保您的醫生或其他醫療提供者是加入了 Medi-Cal 的醫療提供者。

我居無定所，或沒有郵遞地址

請不要寄出申請表

- 請親臨就近的社會福利辦事處遞交申請表。

我未成年，希望獲得保密的節育計劃、 與懷孕有關的護理、精神健康、 濫用毒品和酒精的治療／輔導、 性病 (英文簡稱 STD) 或性侵犯等 未成年人士的同意服務

- 若要保密，您必須親自攜帶申請表到當地的社會福利辦事處或合格的社工辦事處辦理申請手續。

切勿郵寄

我要親自申請 Medi-Cal 而不想郵寄申請表

- 請與當地的社會福利辦事處聯絡，要求當場辦理申請。

請記住，不論您是將申請表帶到社會福利辦事處或郵寄申請表，
都不需要向任何協助您填寫這份申請表的人士支付費用。

www.dhcs.ca.gov

若希望獲得免費的填寫 Medi-Cal 申請表協助，
請與當地的社會福利部門聯絡。

如何填寫申請表

- 撕下申請表
- 仔細閱讀整個填表說明
- 盡量填寫申請表的所有欄目
- 提供所有規定的文件 (見填表說明)
- 若需要協助，請與當地的社會福利辦事處聯絡
- 切勿延誤寄出申請表

申請表內應該填寫什麼人的資料？

- 若您是沒有與配偶同住和沒有兒女的成年人，請填寫您本人的資料。
- 若您是合法結婚並與配偶同住，請填寫您和配偶的資料。
- 若您是合法結婚，但您或您和配偶正居住在療養院或提供膳食和護理的機構中，請填寫您和您配偶的資料。
- 若您的子女未滿 21 歲，並與您及其另外一位父／母同住，請填寫您本人、您的子女和另外一位父／母的資料。
- 若您未滿 21 歲且不與父母同住，請填寫您本人的資料。
- 若您是未滿 21 歲的未婚未成年人士且與父母(或其中一方)同住，而要求接受未成年人士同意的保密服務，請填寫您本人的資料。



提交申請表後會發生什麼事情？

- 當地的社會福利辦事處會在十個工作日內通知您已收到您的申請表。告訴您一個可向其查詢申請進展情況的工作人員的姓名。
- 您將會收到所在縣寄出的包括詳細計劃資料的文件。
- 您可能會收到所在縣需要您提供更多資料以決定您是否符合資格的要求。
- 在大部分的情況下，當地的社會福利辦事處將會在 45 日內決定您是否符合資格，並書面通知您他們的決定。根據殘障而決定是否符合資格可能需要多達 90 日的時間。
- 如果您被確認符合資格，根據您所居住的郡縣，您可能可以選擇一個健康計劃。即使您還未確定是否符合獲得 Medi-Cal 的資格，仍然可以致電 1-800-430-4263 (免費電話) 查詢您所在區域提供的健康計劃，並索取一份包括申請表的資料套。
- 若您不符合申請免費的 Medi-Cal 的資格，而希望轉為申請 Healthy Families 計劃，社會福利辦事處將會把這份申請表轉交該計劃。

填表說明

填寫申請表前請仔細閱讀本說明

第 1 部份

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

問題 1-8:

填寫申請 **Medi-Cal** 的人士或申請 **Medi-Cal** 兒童的父母／照管人的姓名、家庭地址和電話號碼。



問題 9-13:

若申請 **Medi-Cal** 人士的郵遞地址與問題 2 所填寫的家庭地址不同，則在這裡填寫電話號碼和郵遞地址。有關申請及醫療福利的所有資料將會寄到這個地址。

問題 14A-B:

填寫您最為通曉的語言和文字。

提交身份證明：只需要家庭中的一位人士（父或母或照管人）提供身份證明文件。請提交以下其中一種身份證明文件的影印件：

- 加州駕駛執照
- 車管處發出的身份證
- 美國公民或移民身份文件(護照)
- 學生證
- 出生證
- 婚姻文件
- 社會安全卡或寫有社會安全號碼的文件
- 離婚判決書
- 工作證，出入證
- 領養文件
- 更改姓名的法庭命令
- 教會會員證或受洗證明書

以下人士不需要提交身份證明

- 已入住公共機構的人士
- 家中的兒童 (若父／母其中一方的身份已經確定)
- 申請 **Medi-Cal** 中未成年人士的同意服務的兒童
- 身份已確定人士的配偶

第 2 部份

列於第 1 部份的申請人以及家庭成員、所撫養子女的個人資料，即使不需要保險的人士亦應填入。

若有 5 人以上申請，請用另外一張紙或影印申請表的 A1、A2、A3 和 A4 頁來提供其他人士的資料。



什麼人算是成年人？

- 21 歲或以上的人士
- 未滿 21 歲，不住在父母或照管人家中，以及報稅表上沒有列為被撫養人的人士

什麼人算是兒童？

- 所有未滿 21 歲，住在家中的親生和領養的兒童
- 所有 18-21 歲的親生和領養，不住在家中，在報稅表上列為被撫養人的兒童
- 所有住在家中未滿 21 歲的繼子女

問題 15:

填寫家中每個人的姓、名和中間名。

第 2 部份 續

問題 16:

每個人與申請人的關係。例如：本人、妻子、丈夫、祖／外祖父母、朋友、女兒、繼子女、侄／姨甥等。

問題 17:

若地址與第 1 部份不同，填寫整個地址。例如：子女就讀大學和住在學校。

問題 18:

填寫每個人的性別。

問題 19:

填寫每位人士的婚姻狀況。

問題 20:

填寫任何住在家中未成年已婚人士的配偶姓名。配偶的任何收入必須列入第 4 部份。

問題 21:

填寫每個人的出生月、日和年。

問題 22:

寫明這個人目前是否懷孕。如果「是」，寫明預產期。

在提出申請的 60 日內，提交醫生開出的懷孕證明，以繼續獲得 Medi-Cal 的全部福利。若您只希望獲得與懷孕有關的醫療服務便不需要提交證明。

問題 23:

若這位人士有預期會持續起碼 30 日的失明或身體或精神疾病，在這裡填「有」。若這位人士不能工作，請填「是」。若此人為殘障人士，請填寫該名人士將會有多長時間不能工作。這將有助於我們決定您是否符合為殘障而設的 Medi-Cal 的資格。

問題 24:

告訴我們有沒有人曾經領取過現金援助、SSI、糧食券或 Medi-Cal。這將有助於社會福利辦事處在要求您提供這方面的資料前審查所需的資料。若您填「有」，請告訴我們您當時在何人的名下接受福利。

問題 25:

若您曾經領取 Medi-Cal 並仍然有 Medi-Cal 福利卡 (BIC) 的號碼，請把號碼告訴我們。

Medi-Cal 福利卡 (BIC) 號碼可以在這裡找到。



問題 26:

若您為這位人士申請醫療福利，請在這裡填「要」。

問題 27:

若您在加州以外的地方擁有或正在購買房屋，請告訴我們。您的回答有助於我們決定您是哪裡的居民。

提交加州居民證明 您可以使用收入證明作為您的加州居民證明。若您的收入不是來自加州，可提交其他的居民證明。例如：租金收條、水電收費單或子女的學校記錄等。

第 3 部份

為所有第 2 部份列出的兒童作答。

問題 28:

寫出每個兒童的生母或領養母親的姓名。填相關的方格告訴我們母親是否有工作、殘障、沒有工作、去世或不在家。

問題 29:

寫出每個兒童的生父或領養父親的姓名。填相關的方格告訴我們父親是否有工作、殘障、沒有工作、去世或不在家。



第 4 部份

列出第 2 部份人士的**所有**收入／金錢收入。

問題 30 及 31:

每一行填寫一位有金錢收入的人士。若這位人士有兩項不同來源的金錢收入，請分開兩行填寫。

例如：若申請人有兩份工作，每份工作需要分行填寫其收入。

問題 32:

寫出每次收到的金錢數目。

例如：您是每週收到錢，請在方格中寫出每週收到的數目。

若收到的數目時有不同，則寫出您經常收到數目的平均數。我們利用您提交的工資單存根或其他文件來計出您每月的正確收入。

若您知道在未來幾個月，您的家庭收入將會因為超時工作、升職、加薪、子女撫養費／贍養費會有所增加、裁員、停職等而會增加或減少，請另外用一張紙作詳細說明。

例如：瑪利亞這次工作總收入的支票是 \$1000，但她正常月入只有 \$800。另外用紙說明瑪利亞的收入支票包括 \$200 的超時補水，或現金花紅，以及說明超時工作會維持多久或多少時候會收到一次花紅等。

問題 33:

您每隔多長時間會收到這些錢？

例如：每個月 (每月一次)；每週 (每週一次)；每兩週一次 (每隔一個星期)；每月兩次 (一個月兩次)；或每日等。



收入文件

- **提交收入證明** 提交最近的收入存根。若沒有收入存根，提供一份有僱主簽名的證明書。證明書應該包括每月總收入和收到收入的日期。

或

- 去年聯邦報稅表的副本。

或

您可能需要提交的其他收入證明：

- 若是自僱人士，提交去年的聯邦報稅表，包括 C 表或 F 表，或過去 3 個月的盈虧報表。
- 若是擁有殘障或退休收入的人士，請提交裁定信件 (Award letter) 副本或顯示直接存入戶口的銀行月結單副本。
- 若是接受兒童撫養費和／或贍養費或配偶生活費的人士，請提交收到支票的副本或地方檢察處家庭支援部在上個月發出月結單的副本。
- 若是獲得學生貸款或補助金的人士，提交裁定信件或貸款文件的副本。

第 5 部份

列出第 2 部份**所有**人士的每月開支／費用資料。

告訴我們您是否需要支付法庭裁定的兒童撫養費、或贍養費，或有其他的醫療保險或 **Medicare** 保險的保費開支。

Medi-Cal 將會為您支付 **Medicare** 保險的費用，以及從您可以計入的收入中減去任何其他保險的保費。

問題 34:

填寫支付這些費用人士的姓名。

問題 35:

填寫每月支付的總數。

問題 36:

填寫托兒和／或照顧殘障家屬所支付的開支。

問題 37:

填寫兒童或殘障家屬的年齡。

問題 38:

填寫支付這些開支的人士姓名。

問題 39:

填寫每月為每位兒童或殘障家屬支付的總數。



提交列在第 5 部份的開支（費用）證明。
提供支付撫養兒童費或贍養費的證明。
托兒服務和照顧家屬開支則提供收據或已兌現的支票。

第 6 部份

若僅為未滿 19 歲的兒童和／或孕婦（只申請與懷孕有關的服務）申請，請跳過這一部份。否則請為**所有**列在第 2 部份的人士作答。

若您對填寫第 6 部份有不明之處或疑慮，可暫不填寫，然後聯絡當地的社會福利辦事處尋求協助。

您現在居住的房屋價值在申請 **Medi-Cal** 時不會計入。

問題 40:

填寫您現在手頭上有多少現金，是否有已收到但仍未兌現的支票。

問題 41:

若任何列出的人士有支票和／或儲蓄戶口或人壽保險，請提交以下文件的副本：

- 顯示所有戶口目前結餘額的銀行月結單。
- 所有人壽保險保單的副本。

問題 42:

若您填「有」，請提交車輛登記紙或車主證明 (**Pink slip**) 或合格車行或修車師傅作的車輛估價的副本。

問題 43:

若您填「有」，請提交所有法庭命令、文件及協議的副本。

問題 44:

若您填「有」，請提交您的保單、合約和購買協議的副本。若您的保單獲得加州長期護理伙伴 (**California Partnership for Long-Term Care**) 的證明，請提交最新的福利證明 (**Benefit statement**) 副本。

問題 45-47:

若您填「有」，可能會要求您提供詳細資料。亦可能需要填寫一份財產附表 (Property supplement form)。

第 7 部份

僅供申請 **Medi-Cal** 的人士填寫。

問題 48:

每位需要申請 **Medi-Cal** 全部福利的人士均必須提供社會安全號碼。若您沒有社會安全號碼，請立即申請。您可以現在申請，然後在 60 日之內補交社會安全號碼。

未能取得社會安全號碼的人士
可能可以獲得懷孕和急診服務。

若想知道如何申請社會安全號碼，請致電社會安全管理局 (Social Security Administration)，免費的電話號碼是：1-800-772-1213。

問題 49:

填寫每個人的出生地點。若在美國出生，填寫出生地所在州的名稱。若在美國以外的地方出生，填寫出生國家的名稱。

問題 50:

請填「是」或「不是」，告知我們此人是否美國公民。

只有申請醫療保險的人士才需要提供移民資料。不申請醫療保險的人士不需要提供移民資料。州政府只會使用這些資料決定申請人是否符合資格。有關移民的資料為私人性質並會保密。

符合所有移民規定的移民可能會獲得 **Medi-Cal** 的全部福利。沒有身份的移民可以獲得與懷孕有關的醫療和急診服務。



提交移民身份的證明或移民局的收據證明您已經申請補辦遺失的文件。許多移民就算沒有綠卡或移民文件亦可能可以獲得 **Medi-Cal** 的全部福利。請將文件正反兩面影印，可現在就提交或於申請後的 30 日內提交。即使您不提交這些證明，仍然可能符合獲得急診服務或與懷孕有關服務的資格。

不要提供非申請 **Medi-Cal** 人士的移民資料。移民資料是私人資料，應絕對保密。

問題 51:

告訴我們這位人士目前是否入住療養院、居住在一般住宅內，還是住在提供膳食和護理的設施內。如果您填「是」，請告訴我們設施的名稱。

問題 52:

勾選相應的方格來顯示各位人士是否有其他的醫療保險。

您可以領取 **Medi-Cal** 而同時持有其他的醫療保險。**Medi-Cal** 可能會支付其他醫療保險不支付的項目。



第 7 部份 續

問題 53:

如果您填「有」，Medi-Cal 可能可以幫您支付一部份或所有您在申請前 3 個月之內的已支付或尚未支付的醫療費用。

問題 54:

若任何人士因為意外或受傷、工傷或車禍而提出訴訟，請在這裡填「有」。

問題 55:

在方格填寫答案來顯示個人、配偶或個人的父母是否現在或曾經在美國軍隊內服役。要求這項資料的原因是看看您是否可以獲得其他的服務或福利。



問題 56 (非必須回答):

您有權選擇寫出每位人士的族裔 (種族)。這項資料只會作統計之用，不會影響您是否符合申請 Medi-Cal 的資格。



問題 57:

在方格填答案來顯示這位人士是否仍在學校就讀。未滿 21 歲而仍然在學人士的收入可能不會計入總收入中。

問題 58:

告訴我們這位人士是否已離家居住、因就學而離家，或在外地工作等。

第 8 部份

資料公開 (非必須填寫)。

問題 59:

填「可以」的話，當申請的一位或以上家人不符合申請 Medi-Cal 的資格時，社會福利辦事處便會把這份申請表轉交 Healthy Families 計劃。

Healthy Families 計劃提供全面的醫療、牙科和視力保險。若想了解詳情，請致電 **1-800-880-5305**，或造訪其網站，網址是 www.healthyfamilies.ca.gov。

問題 60:

若您填寫這個部份就是告訴社會福利辦事處可以把申請的進展情況告知在此列出姓名的人士。

第 9 部份

簽名和證明。

什麼人可以在這份申請表上簽名？

- 申請 Medi-Cal 的人士，或申請人的配偶。
- 申請 Medi-Cal 兒童的保護人、監護執行人或照顧人。
- 當申請 Medi-Cal 的人士無能力、處於昏迷中、失憶，以及沒有配偶、保護人、監護人或執行人時，代表申請人的人士便可以簽名。
- 沒有同父母、照顧他們的親戚，或助養父母一起居住的 14 到 21 歲人士。
- 要求未成年人士同意服務的 14 到 21 歲人士。

問題 61:

州和聯邦的法律規定您必須在這份申請表上簽名。您在這個部份的簽名表示您的聲明和答案都是真實的，以及您提交的文件亦是真實和正確的。

Medi-Cal 保密聲明

根據福利及制度法 (Welfare and Institutions Code) 14100.2 的規定，這份申請表所提供的資料是私人資料並絕對得以保密。
這些資料只會在符合這些法律規定情形下才會公開。

Medi-Cal 的權利、責任與聲明：

我有權利：

- 不論我的種族、膚色、宗教、原國籍、性別、年齡或政治信念如何而受到公平和平等的對待。
- 要求翻譯員。
- 若我認為本人申請 Medi-Cal 個案的決定不公平或錯誤，可以要求進行公平聆訊 (Hearing)。我必須在收到「行動通知書」(Notice of Action) 的 90 日內要求舉行聆訊。若想知道有關 Medi-Cal 公平聆訊的資料，請致電免費電話：1-800-952-5253。
- 親臨辦事處辦理申請。
- 查閱 Medi-Cal 的規則和手冊。

我有責任：

- 在這份申請表上資料有任何變更的 10 日內報告。
- 若家人申請殘障福利、入住公共福利機構、或因他人過失遭受意外或受傷而需要接受醫療護理時，及時通知本地的社會福利辦事處。
- 在審查我的個案時予以合作。
- 申請可以得到的收入。
- 在確定父子關係方面和進行醫療輔助執行工作時予以合作
- 賦予加州政府醫療輔助權。
- 賦予加州政府第三方醫療輔助權。

我明白：

- 作為符合 Medi-Cal 資格的其中一個條件是將所有醫療輔助的權利都自動賦予加州政府。
- 若我故意不提供所需的資料，或提供虛假資料，我明白申請可能會受拒絕或停止為我提供福利，並且可能必須償還已經為我支付的費用。我可能亦會受到欺詐調查。
- 我為其申請福利的人士均不在監獄或任何其他的感化設施服刑。
- 除非我有未亡人、未成年子女、失明或永久和完全殘障的子女，否則，在我去世後，州政府有權要求用我的遺產償還我在 55 歲以後獲得的 Medi-Cal 福利。
- 若我入住療養院而無意返回居所，州政府可能會對我的物業強加扣押 (Impose a lien)。



Medi-Cal 私隱聲明

1977 年的資料執行法 (The Information Practices Act of 1977) 和聯邦私隱法規定衛生部必須提供以下資料：福利和制度法第 14011 條和 CCR 第 22 篇中的條例規定 Medi-Cal 的申請人必須提供這份申請表要求的資格資料。

這些資料可以同聯邦、州和當地的政府機構分享，目的是為了確定申請人資格和供管理 Medi-Cal 等之用，包括會同移民局確定那些申請 Medi-Cal 全部福利人士的移民身份。(聯邦法律規定移民局除了辦理欺詐個案以外，不能使用這些資料。)這些資料將會用來處理福利申報 (Claim) 和印製福利卡 (BIC)。未能提供規定資料可能會導致申請遭到拒絕。

除了種族背景資料和其他所有自願提供或非必須填寫的項目外，本申請表要求的資料都必須填寫。除非僅僅是申請急診或與懷孕有關的服務，否則，根據社會安全法 (Social Security Act) 第 1137(a)(1) 和福利及制度法第 14011.2 的規定，必須提供社會安全號碼。



任何人都有權索取保存於
衛生部內的個人資料記錄

請與當地的社會福利辦事處聯絡
索取您的記錄



由加州政府提供



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:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
19 婚姻狀況:	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
殘障預期持續的時間:	<input type="checkbox"/> 30 日或以上 <input type="checkbox"/> 12 個月或以上	<input type="checkbox"/> 30 日或以上 <input type="checkbox"/> 12 個月或以上	<input type="checkbox"/> 30 日或以上 <input type="checkbox"/> 12 個月或以上	<input type="checkbox"/> 30 日或以上 <input type="checkbox"/> 12 個月或以上	<input type="checkbox"/> 30 日或以上 <input type="checkbox"/> 12 個月或以上

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 ? 如果「有」,是誰?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
25	如果有的話, Medi-Cal 的 BIC 卡號碼:					
26	是否要醫療福利?	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
27	您在加州以外擁有或正在購買房屋嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作 <input type="checkbox"/> 去世 <input type="checkbox"/> 不在	母親: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作 <input type="checkbox"/> 去世 <input type="checkbox"/> 不在	母親: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作 <input type="checkbox"/> 去世 <input type="checkbox"/> 不在	母親: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作
29 父親姓名:	父親姓名:	父親姓名:	父親姓名:
父親: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作 <input type="checkbox"/> 去世 <input type="checkbox"/> 不在	父親: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作 <input type="checkbox"/> 去世 <input type="checkbox"/> 不在	父親: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作 <input type="checkbox"/> 去世 <input type="checkbox"/> 不在	父親: <input type="checkbox"/> 有工作 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 沒有工作 <input type="checkbox"/> 去世 <input type="checkbox"/> 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	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
撫養兒童費用			1.			
贍養費			2.			
其他醫療保險保費			3.			
Medicare 保險保費			4.			

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 有沒有人有現金或未兌現的支票？
如果「有」，將數額列在這裡 _____（參見填表說明） 有 沒有
- 41 有沒有人有支票戶口、儲蓄戶口或人壽保險？（參見填表說明） 有 沒有
- 42 家中是否有一部或以上的汽車？（參見填表說明） 有 沒有
- 43 有沒有人有法庭下令的和解協議或判決（Court ordered settlement or judgement）？
（參見填表說明） 有 沒有
- 44 有沒有人有長期護理保險？（參見填表說明） 有 沒有
- 45 有沒有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、休閒用的汽車、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？（參見填表說明） 有 沒有
- 46 有沒有人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？
（參見填表說明） 有 沒有
- 47 有沒有人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？（參見填表說明） 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是
如果「是」，設施的 名稱：					
您打算出院回家嗎？	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算
您打算在六個月內出院 回家嗎？	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算	<input type="checkbox"/> 打算 <input type="checkbox"/> 不打算
52 是否有醫療／牙科或視 力保險？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
54 是否有因意外或受傷而 尚未解決的官司？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有

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？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母
56 族裔(種族): (非必須填寫)					
57 是否全職學生？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是
58 是否已離家居住？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是

第 8 部份 資料公開 (非必須填寫)。

59 如果您的孩子不符合加入免費 Medi-Cal 的資格，而您又不希望 Medi-Cal 與低收費的 Healthy Families 計劃分享您孩子的申請資料，請勾選右側方框。

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。
若上網查閱，網址是 www.dhcs.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。
- 兒童健康和殘障預防 (CHDP) 計劃是為兒童和青少年提供的預防保健計劃。

您希望將子女或未成年家屬轉介到 CHDP 計劃跟進嗎？ 希望 不希望