

## CALFRESH 特殊醫療扣除項目補充表格

案件名稱: \_\_\_\_\_ 案件號碼: \_\_\_\_\_

此特殊醫療扣除表格是給任何 Calfresh 家庭成員是長者或傷殘的人士。請參閱本頁的背面解釋我們所謂的“長者或傷殘的人士”。

你或任何人有否替一位長者（60歲以上）或傷殘人士購買和準備食物而有任何需要自付的醫療費用？  是  否

如果是，請從下面列出這些適用的醫療費用類型例子勾選適用的方匣子（可能存在其他的例子在這裡沒有列出）。列出你預期在認證週期的費用。請填寫以下部分並附加票據，收據，或費用證明。

**注意：**請勿列出正在從社會安全局 (SSA) 或退役軍人局 (VA) 領取眷屬款項的配偶或兒童。允許的醫療費用是：

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 醫療或牙科護理             | <input type="checkbox"/> 住院治療或門診治療/護理服務     | <input type="checkbox"/> 需處方的藥物                      |
| <input type="checkbox"/> 非處方藥物               | <input type="checkbox"/> 保健及住院保險單保費         | <input type="checkbox"/> 醫療保險費（Medi-Cal的份額費用等）       |
| <input type="checkbox"/> 義齒，助聽器和義肢           | <input type="checkbox"/> 需處方的醫療用品和設備        | <input type="checkbox"/> 服務類動物（例如導盲或助聽犬）費用（糧食和獸醫帳單等） |
| <input type="checkbox"/> 需處方的眼鏡，隱形眼鏡         | <input type="checkbox"/> 交通費用（行駛里程或收費）治療或服務 | <input type="checkbox"/> 因獲得醫療和獲得醫療治療或服務的住宿費用        |
| <input type="checkbox"/> 因年齡，疾病或體弱而必需保持一個看護員 | <input type="checkbox"/> 提供給看顧員的膳食數目和費用     | <input type="checkbox"/> 其他（請註明）                     |

老年人/殘疾人士的姓名	什麼類型的費用？ (醫生處方，義齒，膳食次數，服務員，等等)	支出金額？	多久被支付一次？ (每月，每週，其他)	家庭會否被償還任何醫療費用？ (通過Medi-Cal的，保險等)
		\$		如果 <b>是</b> ，由何人支付： 多少金額：\$
		\$		如果 <b>是</b> ，由何人支付： 多少金額：\$
		\$		如果 <b>是</b> ，由何人支付： 多少金額：\$
		\$		如果 <b>是</b> ，由何人支付： 多少金額：\$
		\$		如果 <b>是</b> ，由何人支付： 多少金額：\$

---

---

特殊醫療扣除額補充表格是提供給任何CalFresh家庭裏的長者或傷殘成員。

我們所謂的“長者”是指任何60歲以上的人士。

我們所謂的“傷殘人士”是指任何人正在領取：

- (1) 社會安全局 (SSA) 的傷殘金 (除了保險補助收入/州政府補助計劃 (SSI/SSP) 或退伍軍人局 (VA) ; 或
- (2) 聯邦, 州或當地政府機構或鐵路退休委員會的傷殘退休福利; 或
- (3) 因為傷殘的 Medi-Cal 服務; 或
- (4) 臨時援助/一般緊急救助當正在等待領取 SSI / SSP 因為傷殘獲得社會安全局的批准。

#### 證明的類型

- 醫療賬單或收據
- 醫療交通賬單或收據
- 醫療或牙科保險或保險費
- 醫療保險卡 (僅是 Medi-Cal)
- 醫生聲明或由一個機構的發出的確定傷殘調查結果 (SSA/SDI/VA, 等等)
- 醫療證明表格 (CW61)