

فرم مکمل CALFRESH برای کسورات ویژه پزشکی

نام پرونده:

شماره پرونده:

این فرم جهت کسورات ویژه پزشکی برای هریک از اعضای سالمند یا از کارافتاده و معلول یک خانوار تحت پوشش CalFresh می باشد. برای آگاهی از معنی و مفهوم عبارات "سالمند یا از کارافتاده و معلول" به طرف دیگر این صفحه رجوع کنید.

آیا شما، یا هر فرد دیگری برای یک سالمند (شخص با سن 60 سال یا بالاتر) یا از کارافتاده و معلول که هرگونه مخارج شخصی پزشکی دارد، غذا خریداری یا آماده می کنید؟
☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت بوده است لطفاً از میان نمونه های ذکر شده در زیر، کادر جلوی تمام انواع مخارج پزشکی که مصداق دارند را علامت بزنید (امکان دارد انواع دیگری نیز وجود داشته باشند که در اینجا ذکر نشده اند). مخارجی که پیش بینی می کنید در طول دوره تأییدیه داشته باشید را فهرست نمایید. لطفاً بخش زیر را تکمیل کرده و صورتحساب ها، رسیدها، یا مدارک مربوط به مخارج را ضمیمه کنید.

توجه: لطفاً همسران یا کودکان دریافت کننده مبالغ مخصوص وابستگان از اداره سوشال سکيوریتی (SSA)، اداره امور بازنشستگان نیروهای مسلح (VA) و غیره را ذکر نکنید. مخارج قابل قبول پزشکی عبارتند از:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ مراقبت های پزشکی یا دندانپزشکی | ☐ بستری در بیمارستان یا مراقبت های سرپایی/مراقبت های پرستاری | ☐ داروهای تجویز شده |
| ☐ دندان مصنوعی، سمعک و وسائل کمک شنوایی و پروتزها | ☐ حق بیمه های بهداشتی و درمانی و بستری بیمارستانی | ☐ عینک کنتاکت لنز تجویز شده |
| ☐ داشتن یک خدمتکار که به دلیل سن، بیماری، یا ناتوانی به حضور او نیاز است | ☐ لوازم و تجهیزات پزشکی تجویز شده | ☐ داروهای تجویزی، دندان مصنوعی، # و عده غذایی برای خدمتکار، غیره) |
| | ☐ هزینه رفت و آمد (بر اساس مسافت یا تعرفه) جهت درمان یا خدمات | |
| | ☐ تعداد و هزینه وعده های غذایی که برای خدمتکار تدارک دیده شده است | |
| | ☐ داروهای تجویزی | |
| | ☐ حق بیمه های Medicare (سهم هزینه های Medi-Cal، غیره) | |
| | ☐ مخارج حیوانات آموزش دیده کمک رسان (مانند سگ های مخصوص کمک به نابینایان یا ناشنوایان) (غذا و صورتحساب های دامپزشکی و غیره) | |
| | ☐ مخارج اقامت جهت دریافت خدمات یا معالجات پزشکی | |
| | ☐ سایر (لطفاً مشخص کنید) | |

نام فرد سالمند یا از کارافتاده و معلول شخص	نوع مخارج چه بوده است؟ (نسخه های تجویزی، دندان مصنوعی، # و عده غذایی برای خدمتکار، غیره)	مبلغ مخارج؟	هرچند وقت یکبار پرداخت می شود؟ (ماهانه، هفتگی، سایر)	آیا خانوار از بابت مخارج پزشکی خود مبلغی دریافت می کند؟ (از Medi-Cal، بیمه، غیره)
		\$		اگر پاسخ شما مثبت است، از کجا:
				چه مقدار \$
		\$		اگر پاسخ شما مثبت است، از کجا:
				چه مقدار \$
		\$		اگر پاسخ شما مثبت است، از کجا:
				چه مقدار \$
		\$		اگر پاسخ شما مثبت است، از کجا:
				چه مقدار \$
		\$		اگر پاسخ شما مثبت است، از کجا:
				چه مقدار \$

فرم مکمل جهت کسورات ویژه پزشکی، برای هریک از اعضای سالمند یا از کار افتاده و معلول یک خانوار تحت پوشش CalFresh می باشد.

منظور از عبارت "سالمند" هر فردی است که سن او 60 سال یا بالاتر است.

منظور از عبارت "از کار افتاده و معلول" هر فردی است که این موارد را دریافت می کند:

1) پرداختی های از کار افتادگی و معلولیت از اداره سوشال سکيوریتی (SSA) (بغیر از درآمد مکمل تامین اجتماعی/برنامه مکمل ایالتی (SSI/SS) یا اداره بازنشستگان نیروهای مسلح (VA)؛ یا

2) مزایای بازنشستگی از کار افتادگی و معلولیت از یک سازمان فدرال، ایالتی یا سازمان دولتی محلی یا شورای بازنشستگی راه آهن؛ یا

3) خدمات Medi-Cal به دلیل از کار افتادگی و معلولیت؛ یا

4) کمک های موقت/کمک های عمومی اضطراری در زمان انتظار برای دریافت SSI/SSP به دلیل یک از کار افتادگی و معلولیت مورد تأیید اداره سوشال سکيوریتی.

نمونه مدارک اثبات کننده:

- صورتحساب ها یا رسیدهای مخارج پزشکی
- صورتحساب ها یا رسیدهای مخارج رفت و آمد برای امور پزشکی
- بیمه نامه ها یا حق بیمه های مراقبت های بهداشتی و درمانی یا دندانپزشکی
- کارت Medicare (فقط برای Medi-Cal)
- اظهارنامه از پزشک یا گزارش یافته های یک سازمان (SSI/SDI/VA، غیره) مبنی بر از کار افتادگی و معلولیت
- فرم تأیید پزشکی (CW61)