

FORMULÁRIO COMPLEMENTAR DA CALFRESH PARA DEDUÇÕES MÉDICAS ESPECIAIS

Nome do caso: _____ Número do caso: _____

Este formulário é para deduções médicas especiais para qualquer membro agregado do CalFresh que seja idoso ou deficiente. Veja o outro lado desta página para entender o que definimos como "idosos ou deficientes".

Você, ou alguém para quem você compra e prepara alimentos, é um idoso (60 anos ou mais) ou pessoa com deficiência que tenha quaisquer despesas médicas fora do pacote? Sim Não

Se **sim**, marque todas as caixas dos tipos de despesas médicas que se aplicam a partir desses exemplos listados abaixo (pode haver outros não listados aqui). Liste as despesas que você espera ter durante o período de certificação. Preencha a seção abaixo e anexe contas, recibos ou comprovantes de gastos.

OBSERVAÇÃO: Não liste cônjuges ou filhos que recebem pagamentos como dependentes da Previdência Social (SSA), da Veteran's Administration (VA), etc. As despesas médicas permitidas são:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assistência médica ou odontológica | <input type="checkbox"/> Hospitalização ou tratamento ambulatorial / cuidados de enfermagem | <input type="checkbox"/> Medicação prescrita |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos sem receita | <input type="checkbox"/> Prêmios de política de saúde e seguro de hospitalização | <input type="checkbox"/> Prêmios Medicare (parte dos custos Medi-Cal, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Dentaduras, aparelhos auditivos e próteses | <input type="checkbox"/> Suprimentos e equipamentos médicos prescritos | <input type="checkbox"/> Despesas com serviços para animais (ou seja, consulta de olhos ou ouvidos de um cachorro) (alimentação e faturas com veterinários, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contato prescritas | <input type="checkbox"/> Custo de transporte (quilometragem ou taxa) para tratamento ou serviços | <input type="checkbox"/> Custo de hospedagem para obter consulta médica e obter tratamento médico ou serviços |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de manter um assistente devido a idade, doença ou enfermidade | <input type="checkbox"/> O número e os custos das refeições fornecidas a um assistente | <input type="checkbox"/> Outros (especifique) |

Nome do idoso ou deficiente pessoa	Tipo de despesa? (prescrições, dentaduras, número de refeições para o assistente, etc.)	A quantia de despesa?	Qual a frequência do pagamento? (mensal, semanal, outros)	O agregado familiar será reembolsado por quaisquer despesas médicas? (Pela Medi-Cal, seguro, etc.)
		\$		Se sim, por quem: Quanto \$
		\$		Se sim, por quem: Quanto \$
		\$		Se sim, por quem: Quanto \$
		\$		Se sim, por quem: Quanto \$
		\$		Se sim, por quem: Quanto \$

Este formulário complementar é para deduções médicas especiais para qualquer membro agregado do CalFresh que seja idoso ou deficiente.

Quando dizemos "idosos", queremos dizer alguém com 60 anos ou mais.

Quando dizemos "deficiente" queremos dizer quem está recebendo:

- 1) Pagamentos por deficiência recebidos da Social Security Administration (SSA) (ou Supplementary Security Income/State Supplementary Program (SSI/SSP)) ou Veterans Administration (VA); OU
- 2) Benefícios de aposentadoria por invalidez a partir de uma agência governamental federal, estadual ou municipal ou o Conselho de Aposentadoria das Estradas de Ferro; OU
- 3) Serviços Medi-Cal devido a uma deficiência; OU
- 4) Alívio geral para assistência provisória/de emergência enquanto espera conseguir SSI / SSP devido a uma deficiência **aprovada** pela Social Security Administration.

Exemplos de verificações:

- Despesas ou receitas médicas
- Despesas ou receitas para transportes médicos
- Políticas e prêmios de seguro saúde ou odontológico
- Cartão Medicare (*apenas para Medi-Cal*)
- Declaração médica ou constatação de invalidez feita por uma agência (SSA/SDI/VA, etc.)
- Formulário de verificação médica (CW61)