

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ БЛАНК ПРОГРАММЫ CALFRESH ДЛЯ ВЫЧЕТОВ РАСХОДОВ НА ОСОБЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ

Название дела: _____ Номер Дела: _____

Это форма для вычетов расходов на особые медицинские потребности для любого пожилого члена семьи или инвалида, получающего льготы программы CalFresh. На оборотной стороне данной формы объяснено, что мы подразумеваем, когда мы говорим "пожилой или инвалид".

Являетесь ли вы или тот, с кем вы покупаете и готовите еду, пожилым человеком (60 или старше) или инвалидом, у которого есть личные расходы на медицину? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, отметьте все квадраты видов медицинских расходов, которые относятся к вам из указанных ниже примеров (возможны другие виды расходов, не перечисленные здесь). Укажите, какие расходы вы ожидаете в течение сертификационного периода. Пожалуйста, заполните раздел ниже и приложите счета, квитанции или подтверждение расходов.

ПРИМЕЧАНИЕ: Не указывайте супругов или детей, получающих платежи по инвалидности для лица, получающего льготы Администрации Социального Страхования (SSA), Администрации Ветеранов (VA) и т.п. Разрешенными медицинскими расходами являются:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Медицинская или стоматологическая помощь | <input type="checkbox"/> Госпитализация или амбулаторное лечение/уход | <input type="checkbox"/> Предписанные лекарства |
| <input type="checkbox"/> Предписанные лекарства без рецепта | <input type="checkbox"/> Взносы за медицинское страхование и страхование на случай госпитализации | <input type="checkbox"/> Взносы в программу Medicare (доля расходов на Medi-Cal и т.п.) |
| <input type="checkbox"/> Зубные протезы, слуховые аппараты и протезы | <input type="checkbox"/> Предписанные медицинские принадлежности и оборудование | <input type="checkbox"/> Расходы на служебных животных (собак-поводырей или собак помогающих глухим) (еда, оплата счетов ветеринарам и т.п.) |
| <input type="checkbox"/> Предписанные очки или контактные линзы | <input type="checkbox"/> Стоимость транспортных услуг (пробег или плата) для получения лечения или медицинских услуг | <input type="checkbox"/> Стоимость жилья в месте получения медицинского обслуживания |
| <input type="checkbox"/> Содержание сиделки, необходимой в силу возраста, болезни или немощи | <input type="checkbox"/> Расходы и стоимость приемов пищи предоставленные сиделке | <input type="checkbox"/> Другое (объясните) |

Имя пожилого человека/инвалида	Какой вид расходов? (предписанное лекарство, зубные протезы, кол-во блюд для сиделки и т.п.)	Сумма расходов?	Как часто платилось? (ежемесячно, еженедельно, другое)	Будут ли данной семейной группе возмещены расходы на медицинские услуги? (программой Medi-Cal, страховкой и т.п.)
		\$		ЕСЛИ ДА , КТО ВОЗМЕСТИТ: СУММА: \$
		\$		ЕСЛИ ДА , КТО ВОЗМЕСТИТ: СУММА: \$
		\$		ЕСЛИ ДА , КТО ВОЗМЕСТИТ: СУММА: \$
		\$		ЕСЛИ ДА , КТО ВОЗМЕСТИТ: СУММА: \$
		\$		ЕСЛИ ДА , КТО ВОЗМЕСТИТ: СУММА: \$

Дополнительная форма для вычета расходов на особые медицинские потребности предназначена для любого члена семейной группы, получающей льготы CalFresh, который является пожилым или инвалидом.

Когда мы говорим “пожилые”, мы имеем в виду лиц в возрасте 60 лет или старше.

Когда мы говорим “инвалиды”, мы имеем в виду любое лицо, которое получает:

- (1) Пособия по инвалидности от администрации социального страхования (Social Security Administration (SSA)) (кроме Дополнительного Социального Дохода/Дополнительной программы штата (Supplemental Security Income/State Supplementary Program (SSI/SSP)) или от программы Администрации Ветеранов (Veterans Administration (VA)), ИЛИ
- (2) Пенсионные льготы по инвалидности от федерального, государственного или местного правительственного учреждения или от пенсионного совета железнодорожников; ИЛИ
- (3) Услуги Medi-Cal по инвалидности, ИЛИ
- (4) Временную помощь/общую помощь при чрезвычайных обстоятельствах, пока ожидают льготы SSI/SSP **утвержденных** Администрацией Социального Страхования.

Виды доказательств

- Счета или квитанции за медицинское обслуживание
- Счета, квитанции на медицинские транспортные расходы
- Страховые полисы или взносы за медицинское или стоматологическое страхование
- Карта Medicare (только для получающих льготы программы Medi-Cal)
- Заявление от врача или инвалидность, определенная агентством (SSA/SDI/VA и т.п.)
- Медицинская форма подтверждения (CW61)