

ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВЫЧЕТОВ

ИНСТРУКЦИИ

— Эта анкета для специальных медицинских вычетов, для любого пожилого или нетрудоспособного члена семьи, который получает талоны на питание. На оборотной стороне этого листа есть объяснение, кого мы имеем в виду, когда говорим "пожилой или нетрудоспособный". НЕ указывайте супругу(а) или детей, получающих платежи на иждивенцев от администрации социального страхования (SSA), администрации по делам ветеранов (VA) и т.д.

FOR COUNTY USE ONLY

CASE NAME

1

ИМЯ

ДАТА РОЖДЕНИЯ

ВИД ПОЛУЧАЕМЫХ ЛЬГОТ (НАПРИМЕР: SSA, VA, ОТ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ И Т.Д.)

МЕДИЦИНСКОЕ СОСТОЯНИЕ ИЛИ КОНДИЦИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ УХОДА, ПРИСМОТРА.

/

/

/

/

/

/

2

Предоставьте следующую информацию **ТОЛЬКО** для людей, указанных выше. Перечислите все расходы, которые Вы планируете на период, на который одобрена помощь. Приблизительная стоимость предстоящих расходов должна основываться на медицинских расходах в настоящее время. Приложите счета или доказательства, которые у Вас имеются, для указанных выше членов семьи.

НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАСХОДА

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩИЕ УСЛУГИ

СУММА МЕДИЦИНСКОГО РАСХОДА

СУММА РАСХОДА ЗА МЕСЯЦ

БУДЕТ ЛИ ИСТОЧНИК ВНЕ СЕМЬИ, ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЗА РАСХОДЫ? (MEDI-CAL, СТРАХОВКА И Т.Д.)

a. Медицинская помощь, оказанная терапевтом или дантистом

☐

 ДА

☐

 НЕТ

b. Нахождение в больнице или амбулаторное лечение и присмотр мед. персоналом

☐

 ДА

☐

 НЕТ

c. Прописанные лекарства

☐

 ДА

☐

 НЕТ

d. Платежи за медицинскую страховку и нахождение в больнице

☐

 ДА

☐

 НЕТ

e. Платеж за Medicare: доля платежа за Medi-Cal и/или доказательства расходов относящихся к процессу уменьшения или перевода собственности для получения общественной помощи.

☐

 ДА

☐

 НЕТ

f. Зубные протезы, слуховые аппараты и протезы. Выписанные медицинские принадлежности и оборудование

☐

 ДА

☐

 НЕТ

g. Обслуживающее животное (собака - поводырь) расходы, включая расходы на еду и счета от ветеринара

☐

 ДА

☐

 НЕТ

h. Очки или контактные линзы прописанные терапевтом или глазным врачом

☐

 ДА

☐

 НЕТ

i. Транспортные расходы и проживание для получения лечения медицинских услуг

☐

 ДА

☐

 НЕТ

j. Содержание сиделки в связи возрастом, болезнью или слабостью

☐

 ДА

☐

 НЕТ

k. Количество и стоимость питания сиделки

☐

 ДА

☐

 НЕТ

l. Другое (объясните)

☐

 ДА

☐

 НЕТ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ

Вы или любой член семьи, кто сознательно даст ложную информацию, может быть осужден с наказанием штрафом и/или тюремным заключением. Следствием наказания может быть дисквалификация с программы, штраф до \$250,000 или тюремное заключение сроком до 20 лет. Наказание дисквалификацией с программы: 12 месяцев за первое нарушение, 24 месяца - за второе и постоянная дисквалификация за третье нарушение.

Я заверяю, что я понял вопросы на этой анкете. Я также понимаю, что (1) информация, которую я предоставил, будет проверена и подтверждена местными, штатными и федеральными работниками; (2) от семьи, любого взрослого члена семьи (даже если он(а) выехал), спонсора члена семьи иностранца или официального представителя жителя в соответствующем учреждении может потребоваться выплатить лишние льготы, которые семья не должна была получить даже, если это ошибка округа; и (3) что я предоставляю округу доказательства моих расходов или имя человека или организации, с которой округ может связаться, чтобы получить доказательства, если я не смогу их получить.

Я заявляю под страхом наказания за дачу ложных показаний по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, что информация, содержащаяся на этой анкете, является правдивой, правильной и полной.

ПОДПИСЬ (ВЗРОСЛЫЙ ЧЛЕН СЕМЬИ ИЛИ ПОЛНОПРАВНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

ДАТА

СВИДЕТЕЛЬ, ЕСЛИ ВЫ ПОСТАВИЛИ X ВМЕСТО ПОДПИСИ

ДАТА

ПОДПИСЬ РАБОТНИКА, ПРИНЯВШЕГО АНКЕТУ

ДАТА

Эта анкета для специальных медицинских вычетов для любого пожилого или нетрудоспособного члена семьи, который получает талоны на питание.

Когда мы говорим "пожилые", мы имеем в виду любого, кто 60 лет или старше.

Когда мы говорим "нетрудоспособные", мы имеем в виду любого, кто получает:

- (1) оплату по нетрудоспособности от администрации социального страхования (SSA) (отличается от дохода дополнительного страхования/дополнительной программы штата (SSI/SSP)) или администрации ветеранов (VA); ИЛИ
- (2) пенсионные льготы по инвалидности от федерального, штатного или местного государственного агентства или организации пенсии железнодорожников; или
- (3) услуги Medi-Cal по инвалидности; или
- (4) временную помощь/общее пособие при чрезвычайных обстоятельствах во время ожидания SSI/SSP по инвалидности, **утвержденной** администрацией социального страхования.