

ДОДАТКОВА ФОРМА CALFRESH ДЛЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗНИЖОК

Номер справи: _____ Номер справи: _____

Ця форма призначена для оформлення спеціальних медичних знижок для будь-якого члена домогосподарства (яке бере участь у програмі CalFresh) похилого віку або з обмеженими можливостями. Перегляньте іншу сторону цієї сторінки, щоб дізнатися значення термінів "похилий вік" і "з обмеженими можливостями".

Чи являєтеся ви (чи будь-хто, з ким ви разом купуєте продукти й готуєте їжу) особою похилого віку (від 60 років включно) або особою з обмеженими можливостями, яка має медичні витрати, на які не вистачає власних коштів. Так Ні

Якщо відповідь «Так», відмітьте поля, що відповідають типам ваших медичних витрат, наведені в списку нижче (список містить не всі наявні типи витрат). Укажіть витрати, які ви плануєте мати в період сертифікації. Заповніть розділ нижче та надайте рахунки, квитанції або інші підтвердження витрат.

ПРИМІТКА. Не вказуйте чоловіка/дружину або дітей, що отримують допомогу на утримання від Адміністрації соціального забезпечення, Адміністрації ветеранів тощо. До дозволених медичних витрат належать:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> медичне або стоматологічне обслуговування; | <input type="checkbox"/> госпіталізація або лікування в амбулаторних умовах/догляд; | <input type="checkbox"/> призначені лікарем медикаменти; |
| <input type="checkbox"/> призначені лікарем медикаменти, які відпускаються без рецепта; | <input type="checkbox"/> внески на страхування здоров'я та госпіталізацію; | <input type="checkbox"/> страхові внески на медичне обслуговування (частка витрат за програмою Medi-Cal тощо); |
| <input type="checkbox"/> зубні протези, слухові апарати та інші протези; | <input type="checkbox"/> призначене лікарем медичне приладдя й обладнання; | <input type="checkbox"/> витрати (рахунки за харчування та ветеринарне обслуговування тощо) на тварин-поводирів для осіб із вадами зору чи слуху; |
| <input type="checkbox"/> призначені лікарем окуляри чи контактні лінзи; | <input type="checkbox"/> вартість транспортування (відстань у милях або збір) для лікування або отримання відповідних послуг; | <input type="checkbox"/> витрати на оренду приміщення для отримання медичного обслуговування та відповідних послуг; |
| <input type="checkbox"/> витрати на доглядача, необхідного через вік, хворобу або фізичні вади; | <input type="checkbox"/> харчування, надане доглядачу; | <input type="checkbox"/> інше (укажіть). |

Ім'я особи похилого віку або особи з обмеженими можливостями	Тип витрат (призначені ліки, зубні протези, кількість обідів для доглядача тощо)	Сума витрат	Частота платежів (щомісяця, щотижня тощо)	Відшкодування за будь-які медичні витрати (згідно з програмою Medi-Cal, страховим полісом тощо)
		\$		Якщо так, хто відшкодовує: Сума відшкодування (у дол. США) \$
		\$		Якщо так, хто відшкодовує: Сума відшкодування (у дол. США) \$
		\$		Якщо так, хто відшкодовує: Сума відшкодування (у дол. США) \$
		\$		Якщо так, хто відшкодовує: Сума відшкодування (у дол. США) \$
		\$		Якщо так, хто відшкодовує: Сума відшкодування (у дол. США) \$

Додаткові роз'яснення щодо оформлення спеціальних медичних знижок для будь-якого члена домогосподарства (яке бере участь у програмі CalFresh) похилого віку або з обмеженими можливостями.

Термін "похилий вік" стосується осіб віком від 60 років включно.

Термін "з обмеженими можливостями" стосується особи, яка:

- 1) отримує фінансову допомогу у зв'язку з обмеженими можливостями від Адміністрації соціального забезпечення (окрім програм Supplementary Security Income/State Supplementary Program (SSI/SSP)) чи Адміністрації ветеранів; АБО
- 2) отримує пенсійні виплати у зв'язку з обмеженими можливостями від федерального, державного або місцевого закладу чи від Ради з питань соціального забезпечення залізничників; АБО
- 3) отримує послуги Medi-Cal у зв'язку з обмеженими можливостями; АБО
- 4) отримує загальну допомогу по догляду/невідкладну допомогу, доки чекає на затвердження Адміністрацією соціального забезпечення допомоги відповідно до програми SSI/SSP у зв'язку з обмеженими можливостями.

Приклади підтвердження:

- медичні рахунки або квитанції;
- медичні рахунки або квитанції за транспортування;
- страхові внески або страхові полюси на страхування здоров'я або надання стоматологічної допомоги;
- картка надання медичної допомоги за державною програмою (*лише для програми Medi-Cal*);
- висновок лікаря або інвалідність, підтверджена відповідною установою (Адміністрація соціального забезпечення/ Державне страхування інвалідів/Адміністрація ветеранів тощо);
- медична форма підтвердження (CW61).