

VALE-REFEIÇÃO**FORMULÁRIO COMPLEMENTAR DE DEDUÇÕES MÉDICAS ESPECIAIS**

INSTRUÇÕES – Este formulário se destina a deduções médicas especiais para qualquer membro idoso ou deficiente da residência. Veja o verso desta página para entender o que queremos dizer com “idoso ou deficiente”. NÃO indique cônjuges ou crianças dependentes que recebam pagamentos da Administração de Identidade Nacional (SSA), Administração de Benefícios para Veteranos (VA) etc.

FOR COUNTY USE ONLY

1	NOME	DATA DE NASCIMENTO	TIPO DE BENEFÍCIO RECEBIDO (COMO SSA, VA, APOSENTADORIA PARA FERROVIÁRIOS ETC.)	PROBLEMA OU CONDIÇÃO MÉDICA QUE REQUER CUIDADOS
		/ /		
		/ /		
		/ /		

CASE NAME

2 Forneça as informações a seguir **SOMENTE** para as pessoas listadas acima. Indique todas as despesas que você espera ter durante o período de certificação. Baseie sua estimativa nas despesas médicas atuais. Anexe contas ou comprovantes das despesas que você teve com o(s) membro(s) da residência listado(s) acima.

DESPESAS MÉDICAS

ITEM DAS DESPESAS MÉDICAS	MEMBROS DA RESIDÊNCIA RECEBENDO O SERVIÇO	TOTAL DE DESPESAS MÉDICAS	TOTAL DE DESPESAS MENSAIS	UMA FONTE FORA DA RESIDÊNCIA SERÁ RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO? (isto é, MEDI-CAL, SEGURO ETC.)
a. Cuidados médicos ou odontológicos prestados por profissional certificado				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
b. Hospitalização ou tratamento sem internação e cuidados de enfermagem.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
c. Remédios receitados.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
d. Convênio médico e hospitalar.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
e. Prêmios do Medicare: parcela de custos com o Medi-Cal e/ou despesas gerais.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
f. Próteses dentárias, aparelhos auditivos e outras próteses. Suprimentos e equipamentos médicos receitados.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
g. Gastos com animal auxiliar (isto é, cão para cegos ou surdos), incluindo os custos com alimentação e veterinário.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
h. Prótese ocular e lentes de contato receitadas por um médico ou optometrista.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
i. Custos com transporte e alojamento para receber tratamento ou serviços médicos.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
j. Manutenção de atendente necessário para auxiliar pessoa idosa, doente ou enferma.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
k. Os custos e quantidade de refeições feitas pelo atendente.				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
l. Outro (especifique).				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

AVISOS DE PENALIDADES

Se você ou qualquer membro da residência fornecer informações erradas propositalmente, poderão sofrer penalidades de multa, prisão ou ambos. As penalidades podem resultar em desqualificação do programa, multas de até US\$ 250.000 ou até 20 anos de prisão. As penalidades de desqualificação são 12 meses na primeira violação, 24 meses na segunda violação e desqualificação permanente na terceira violação.

Certifico que compreendo as perguntas deste formulário. Também compreendo que (1) as informações fornecidas serão conferidas e verificadas pelo pessoal local, estadual e federal; (2) a residência, qualquer membro adulto (mesmo que tenha se mudado para outro lugar), o patrocinador de um membro estrangeiro da residência ou o representante autorizado do residente em uma instituição elegível poderão receber uma exigência de pagar os benefícios a mais que a residência não deveria ter obtido, mesmo que a culpa seja do condado; (3) fornecerei ao condado comprovantes das minhas despesas, ou o nome da pessoa ou organização com a qual o condado poderá entrar em contato para obter os comprovantes, caso eu não possa fornecê-los.

Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas neste formulário são verdadeiras, corretas e estão completas.

ASSINATURA (ADULTO MEMBRO DA RESIDÊNCIA OU REPRESENTANTE AUTORIZADO)			DATA
TESTEMUNHA, CASO VOCÊ TENHA ASSINADO COM UM X	DATA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DE ENTREVISTA	DATA

O formulário de deduções de despesas médicas se destina a qualquer membro da residência com vale-refeição que seja idoso ou deficiente.

Quando dizemos “idoso”, nos referimos a qualquer pessoa com 60 anos ou mais.

Quando dizemos “deficiente”, nos referimos a qualquer pessoa que esteja recebendo:

- (1) pagamentos para deficientes da Administração de Identidade Nacional (SSA) (que não sejam Rendimentos Suplementares de Seguro/Pagamentos Suplementares do Estado (SSI/SSP)) ou da Administração de Benefícios para Veteranos (VA); OU
- (2) benefícios de aposentadoria por deficiência de uma agência do governo federal, estadual ou local ou do Conselho de aposentados que trabalham em ferrovias; OU
- (3) serviços Medi-Cal devido à deficiência; OU
- (4) assistência provisória/auxílio geral de emergência durante a espera pelo SSI/SSP devido à deficiência, **aprovada** pela Administração de Identidade Nacional.