

## نموذج CALFRESH التكميلي المختص للخصومات الطبية الخاصة

اسم الحالة: \_\_\_\_\_ رقم الحالة: \_\_\_\_\_

يتعلق هذا النموذج التكميلي بالخصومات الطبية الخاصة لأي فرد من أفراد الأسرة التي تتلقى المساعدة الغذائية (CalFresh) من كبار السن أو من ذوي الإعاقة. انظر على الجانب الآخر من هذه الصفحة لمعرفة ما نقصده بقول "كبار السن أو ذوي الإعاقة".

هل أنت، أو أي شخص تشتري معه الطعام وتحضره، من كبار السن (تبلغ من العمر 60 عامًا أو أكثر) أو من ذوي الإعاقة وتحتاج إلى أي مصروفات طبية ضرورية؟  
 نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد جميع المربعات الخاصة بأنواع المصروفات الطبية التي تنطبق عليك من هذه الأمثلة المُدرجة أدناه (قد يكون هناك مصروفات أخرى غير مُدرجة هنا). أدرج المصروفات التي تتوقع الحصول عليها خلال فترة اعتمادك. يُرجى إكمال القسم أدناه وإرفاق الفواتير، أو الإيصالات أو إثبات المصروفات.

**ملاحظة:** لا تدرج الأزواج أو الأطفال الذين يتلقون دفعات معتمدة من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA)، وإدارة مستشفيات المحاربين القدامى (VA)، وغيرهما. المصروفات الطبية المسموح بها هي:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> الرعاية الطبية أو طب الأسنان                                 | <input type="checkbox"/> علاج المرضى الخارجيين أو بداخل المستشفى/الرعاية التمريضية | <input type="checkbox"/> الدواء الموصوف   |
| <input type="checkbox"/> الأدوية الموصوفة والمتاحة بدون وصفة طبية                     | <input type="checkbox"/> أقساط بوليصة التأمين الصحي ودخول المستشفى                 | <input type="checkbox"/> أقساط الرعاية الطبية (Medicare) (حصّة تكاليف المساعدة الطبية (Medi-Cal)، إلخ).                                       |
| <input type="checkbox"/> أطقم الأسنان، وأجهزة السمع والأطراف الصناعية                 | <input type="checkbox"/> المعدات والإمدادات الطبية الموصوفة                        | <input type="checkbox"/> مصروفات حيوانات الخدمة (أي الكلاب المرشدة لمساعدة المعاقين سمعيًا أو بصريًا) مثل فواتير الطعام والطبيب البيطري، وإلخ |
| <input type="checkbox"/> النظارات الطبية الموصوفة والعدسات اللاصقة                    | <input type="checkbox"/> تكلفة العلاج أو خدمات الانتقالات (المسافة أو الرسوم)      | <input type="checkbox"/> تكلفة الإقامة للحصول على الرعاية الطبية والحصول على الخدمات أو العلاج الطبي  |
| <input type="checkbox"/> الالتزام بالحضور ضروري نظرًا لكبر السن، أو المرض، أو الإعاقة | <input type="checkbox"/> عدد الوجبات المقدمة للشخص الحاضر وتكلفتها                 | <input type="checkbox"/> أخرى (وضح)   |

اسم الشخص الكبير في السن أو ذي الإعاقة	ما نوع المصروفات؟ (الوصفات الطبية، أطقم الأسنان، عدد # الوجبات المقدمة للشخص الحاضر، إلخ.)	ما هو مقدار المصروفات؟	ما عدد مرات الدفع؟ (شهريًا، أسبوعيًا، غير ذلك)	هل سيتم تعويض الأسرة عن أي مصروفات طبية؟ (من خلال المساعدة الطبية (Me-di-Cal)، أو التأمين، أو غيرهما)
		\$		إذا كانت الإجابة نعم، فبواسطة من: كم المبلغ \$
		\$		إذا كانت الإجابة نعم، فبواسطة من: كم المبلغ \$
		\$		إذا كانت الإجابة نعم، فبواسطة من: كم المبلغ \$
		\$		إذا كانت الإجابة نعم، فبواسطة من: كم المبلغ \$
		\$		إذا كانت الإجابة نعم، فبواسطة من: كم المبلغ \$

يتعلق هذا النموذج بالخصومات الطبية الخاصة لأي فرد من أفراد الأسرة التي تتلقى المساعدة الغذائية (CalFresh) من كبار السن أو من ذوي الإعاقة.

عندما نقول "كبار السن": نقصد بذلك أي شخص يبلغ من العمر 60 عامًا أو أكبر.

عندما نقول "من ذوي الإعاقة" نقصد بذلك أي شخص يحصل على:

- (1) دفعات الإعاقة من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) (بخلاف دخل الضمان التكميلي/البرنامج التكميلي للدولة (SSI/SSP)) أو إدارة مستشفيات المحاربين القدامى (VA)؛ أو
- (2) منافع التقاعد بسبب الإعاقة من الوكالة الحكومية المحلية أو الدولية، أو الفيدرالية أو لجنة التقاعد من السكة الحديد؛ أو
- (3) خدمات Medi-Cal بسبب إعاقة؛ أو
- (4) المساعدة المؤقتة/الإغاثة العامة الطارئة أثناء انتظار الحصول على دخل الضمان التكميلي/البرنامج التكميلي للدولة بسبب تصديق إدارة الضمان الاجتماعي على الإعاقة.

أمثلة التوثيق:

- فواتير أو إيصالات طبية
- فواتير أو إيصالات انتقالات طبية
- بوليصة أو أقساط تأمين صحي أو تأمين على الأسنان
- بطاقة Medicare (خاص ببرنامج Medi-Cal فقط)
- بيان الطبيب أو اكتشاف الإعاقة من قبل إحدى الوكالات (SSA/SDI/VA)، وما إلى ذلك
- نموذج التوثيق الطبي (CW 61)