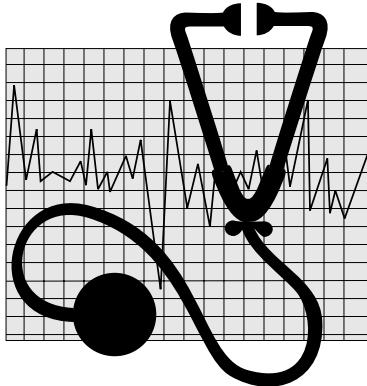


## МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА TRANSITIONAL MEDI-CAL

---

### MEDI-CAL ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ



#### ВАША СЕМЬЯ МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ!

**Программа Transitional Medi-Cal (TMC) предназначена для семей, проживающих в Калифорнии и не имеющих более право на денежную помощь программы CALWORKs или медицинскую помощь программы Medi-Cal для семей с низким доходом, из-за повышения их дохода. Все члены семьи могут по прежнему получить бесплатный Medi-Cal на период до 12 месяцев. Взрослые могут получать программу до 24 месяцев.**

#### ВАЖНЫЕ ФАКТЫ О ТМС И ДРУГИХ ВИДАХ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

Обязательно сообщите нам, если Вы только начали работать или Ваш доход на работе увеличился, но денежная помощь или Medi-Cal прекратилась по любой другой причине. Для того, чтобы сообщить работнику о Вашей работе, увеличении зарплаты или собственном бизнесе и попросить о TMC заполните и пришлите в Окружной Департамент Социального Обеспечения анкету на обороте.

#### Для получения ТМС в течение первых 6 месяцев, Вы должны:

- получать денежную помощь программы CalWORKs или Medi-Cal для семей с низким доходом и
- иметь ребенка в семье.

#### Для получения остальных месяцев ТМС Вы также должны:

- продолжать работать и
- иметь доход ниже определенной суммы и
- сообщать о своих доходах ежеквартально.

По окончанию первого года ТМС, работающие родители могут получить еще 12 месяцев, всего на 24 месяца, и их дети могут получить другое покрытие по программе Medi-Cal или Healthy Families.

#### ПРОДЛЕНИЕ MEDI-CAL СЕМЬЯМ, ПОЛУЧАЮЩИМ АЛИМЕНТЫ НА ДЕТЕЙ

Четыре дополнительных месяца льгот Medi-Cal могут быть предоставлены семьям, теряющим денежную помощь CalWORKs или Medi-Cal для семей с низким доходом в связи с увеличением алиментов на ребенка/супруга. **Если Вы желаете получить этот вид Medi-Cal, мы должны знать об этих изменениях. Пожалуйста, заполните вторую страницу этой анкеты.**

## ПРОСЬБА НА ПРОДЛЕНИЕ MEDI-CAL ИЛИ ПРОГРАММУ TRANSITIONAL MEDI-CAL

Прекратилось ли действие Medi-Cal или денежная помощь CalWORKs и:

- У Вас есть доходы от работы, бизнеса, который Вы начали или повышения зарплаты?  ДА  НЕТ
- Вы начали получать или увеличилась сумма получаемых алиментов на ребенка/супруга?  ДА  НЕТ

Если Вы ответили "**ДА**" на любой, из этих вопросов, Вы и члены Вашей семьи может по прежнему смогут получать Medi-Cal. Заполните эту анкету и приложите корешки чеков зарплаты или другое доказательство Вашего дохода. Если Вы имеете свой бизнес, перечислите расходы бизнеса на отдельном листе бумаги и приложите доказательства доходов и расходов.

Верните эту анкету по адресу:

Если Вы предоставили всю информацию, и рассмотрев Ваше дело, мы можем принять положительное решение, мы предоставим Вам и членам Вашей семьи продление программы Medi-Cal - Transitional Medi-Cal. Если нам будет нужна дополнительная информация, мы свяжемся с Вами.

**Сознавая ответственность за лжесвидетельство, я заявляю, что вся представленная информация истинна и достоверна.**

ИМЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	
ПОДПИСЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (        )	ДАТА
АДРЕС	ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ПОМОЩНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (        )	ДАТА