ПРОГРАМА ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ
ДОДАТКОВА ЗАЯВА НА ОСОБЛИВІ МЕДИЧНІ ВІДРАХУВАННЯ

ІНСТРУКЦІЇ – Це заява на особливі медичні відрахування для будь-якого члена родини, яка отримує талони на харчування, що є літньою або неповносправною особою. На звороті цієї сторінки подано значення слів "літня" або "неповносправна" особа. НЕ зазначайте чоловіка/дружину або дітей, які отримують виплати як утриманці від адміністрації соціального захисту (SSA), адміністрації у справах ветеранів (VA) тощо.

FOR COUNTY USE ONLY

CASE NAME

1

ІМ'Я	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ТИП ОТРИМАНИХ ПІЛЬГ (наприклад SSA (від адміністрації соціального захисту), VA (від адміністрації у справах ветеранів), RAILROAD (від залізниці) ТОЩО).	МЕДИЧНА ПРОБЛЕМА АБО СТАН, ЩО ПОТРЕБУЄ ДОГЛЯДУ
	/ /		
	/ /		
	/ /		

2

МЕДИЧНІ ВИТРАТИ

Надайте таку інформацію **ЛИШЕ** про вищезазначених осіб. Зазначте усі витрати, які ви очікуєте протягом періоду сертифікації. Ґрунтуйте свій підрахунок на чинних медичних витратах. Додайте рахунки або підтвердження витрат, які ви мали на вищезазначених членів родини.

НАЗВА МЕДИЧНИХ ВИТРАТ	ЧЛЕНИ РОДИНИ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ПОСЛУГИ	ЗАГАЛЬНІ МЕДИЧНІ ВИТРАТИ	ЗАГАЛЬНА СУМА МІСЯЧНИХ ВИТРАТ	ЧИ НЕСТИМЕ ДЖЕРЕЛО НЕ З РОДИНИ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ОПЛАТУ? (наприклад, ПРОГРАМА MEDI-CAL, СТРАХОВКА ТОЩО)
a. Медична допомога, надана сертифікованим терапевтом або дантистом.				☐ ТАК ☐ НІ
b. Шпиталізація або амбулаторне лікування та догляд мед. персоналом				☐ ТАК ☐ НІ
c. Прописані ліки.				☐ ТАК ☐ НІ
d. Платежі за медичну страховку та перебування у лікарні.				☐ ТАК ☐ НІ
e. Платежі програми Medicare: частина витрат Medi-Cal та/або витрачені кошти.				☐ ТАК ☐ НІ
f. Зубні протези, слухові апарати та протези. Прописані медичні прилади та обладнання.				☐ ТАК ☐ НІ
g. Витрати на тварину, що надає допомогу (наприклад, собаку-поводиря), включно з витратами на харчування та оплату рахунків ветеринара.				☐ ТАК ☐ НІ
h. Окуляри та контактні лінзи, прописані терапевтом або окулістом.				☐ ТАК ☐ НІ
i. Вартість траспортування та проживання для отримання медичного лікування та послуг.				☐ ТАК ☐ НІ
j. Утримання доглядальниці, необхідної через вік, хворобу або слабкість.				☐ ТАК ☐ НІ
k. Кількість та вартість харчування доглядальниці.				☐ ТАК ☐ НІ
l. Інше (вкажіть).				☐ ТАК ☐ НІ

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ПОКАРАННЯ

Ви або будь-який член родини, який навмисне надав неправдиву інформацію, може бути покараний штрафом, тюремним ув'язненням або і тим, і іншим. Покаранням може бути дискваліфікація з програми, штрафи на суму до $250 000,00 або тюремне ув'язнення на строк до 20 років. Дискваліфікаційні покарання: 12 місяців - за перше порушення, 24 місяці - за друге порушення, дискваліфікація назавжди - за третє порушення.

Я підтверджую, що я розумію запитання даної форми. Я також розумію, що (1) надана мною інформація буде перевіряться персоналом місцевих установ, установ штату та федерації: (2) від родини, будь-якого дорослого члена (навіть, якщо він виїхав), спонсора члена родини - іноземця або уповноваженого представника осіб, що проживають у відповідних установах, можуть вимагати відшкодування надлишкових пільг, які родина отримала без належних на те підстав, навіть якщо це сталося через помилку округу: та (3) я надам округу підтвердження моїх витрат або ім'я особи або організації, з якою округ може зв'язатися для отримання підтвердження, якщо я не можу зробити це самотужки.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, що міститься у даній формі, є правдивою, правильною та повною.

ПІДПИС (ДОРОСЛОГО ЧЛЕНА РОДИНИ АБО УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА)			ДАТА
СВІДКА, ЯКЩО "X" ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ	ДАТА	ПІДПИС ПРАЦІВНИКА, ЩО ПРОВОДИВ СПІВБЕСІДУ	ДАТА

Заява на особливі медичні відрахування призначена для будь-якого члена родини, що отримує талони на харчування, який є літньою або неповносправною особою.

Під терміном "літня особа" ми маємо на увазі будь-яку особу, що досягла 60-річного і більше віку.

Під терміном "неповносправна особа" ми маємо на увазі особу, яка отримує:

(1) виплати з неповносправності від адміністрації соціального страхування (SSA) (окрім додаткового доходу з соціального страхування/додаткової федеральної допомоги (SSI/SSP) або адміністрації у справах ветеранів (VA); АБО

(2) пенсійні пільги з неповносправності від місцевих установ, установ штату чи федерації або організації залізничників-пенсіонерів; АБО

(3) послуги за програмою Medi-Cal через неповносправність; АБО

(4) тимчасову допомогу/загальну допомогу за надзвичайних оставин під час очікування на отримання SSI/SSP через неповносправність, **затверджену** адміністрацією соціального захисту.