



兒童及孕婦 免費及低收費醫療保險

更健康的明天從
今天開始！

免費及低收費醫療保險
服務包括：

- 預防保健
- 產前保健
- 看醫生
- 視力/牙科保健
- 精神健康
- 處方藥物
- 住院
- 急診

本手冊內容

如何申請 2

申請表 A1- A4

需要協助? 3

家庭人數及收入 4

懷孕? 5

其他問題 6

幾項說明 7

本申請表有以下文字的版本：
 英語、西班牙語、越南語、韓國語、
 俄語、阿美尼亞語、波斯語、高棉
 語、寮語、阿拉伯語和菲律賓語。
 English, Español, Việt Ngữ, 한국어,
 Русский, Հայերեն, فارسی
 မြန်မာစာ, Hmoob, العربية, Tagalog

現在就可申請Medi-Cal和Healthy Families醫療保險計劃。

請遵循以下步驟：

- ① 填寫本手冊內的申請表。
- ② 請將第2頁所列文件的複印件寄給我們。
- ③ 如果您已懷孕，請參閱第5頁。
- ④ 在申請表上簽名，並將表格寄給我們。



甚麼人可以申請？

- 低收入及做工家庭19歲以下的兒童
- 孕婦

沒有移民身份的兒童和孕婦仍然可能有資格申請一些Medi-Cal的計劃。

費用是多少？

Medi-Cal計劃是免費的。Healthy Families計劃每個兒童每月交費 \$4 – \$24。

想知道您是否符合資格嗎？

資格取決於您的家庭人數、收入以及兒童的年齡。請查閱在封底的表格。

我們可以免費協助您申請！

- 打電話 - 我們可以在電話上協助您填寫申請表。
- 當面協助 - 經培訓的申請助理可以與您面談。
- 我們可以用任何一種您需要的語言為您提供幫助。

請撥免費電話：1-800-880-5305
或殘疾專線(TDD)：1-800-735-2929

星期一至星期五：上午8點至晚上8點，
星期六：上午8點至下午5點

申請方法如下：

懷孕？ 請參閱第5頁。

1 填寫這份四頁的申請表。

如果您對某個問題不明白，或是沒有其中任何一份文件，請打電話1-800-880-5305或在第3頁至第7頁中尋找您要的資料。

2 寄給我們有關您收入和開支的文件複印件。(您或許可以使用此處沒有列出的其他文件。)

住在您家中的每一個有工作的人，每人提供以下一種文件：

- 最新的工資單存根(在45天內的工資存根)，**或**
- 由僱主簽署並註名日期的證明，說明每次工資的總額以及多久領取一次工資，**或**
- 去年的聯邦報稅表格。

住在您家中的每一個自我營業者，每人提供以下一種文件：

- 您去年的聯邦報稅表格及以下副表：Schedule C，C-EZ，或F，**或**
- 一份由自願人簽署的逐項列出過去三個月內營利和虧損的聲明。如需要營利和虧損聲明的樣本，請上網查閱：www.healthyfamilies.ca.gov 網站，然後點擊「Downloads」(下載)一欄。

如果您有殘疾金、養老金、退休金、社安福利、退伍軍人福利、工傷勞保金、或失業金等收入，請寄出以下一份副本：

- 授予證書、支票、**或有**顯示直接存入記錄的最新銀行賬戶的月單。

如果您收到或支付兒童撫養金或離婚配偶撫養金，請寄出以下一份副本：

- 法庭的令狀、顯示撫養金扣除的工資收據、其他收據、或每月的撫養金支票，**或**
- 由加州兒童撫養服務部(Department of Child Support Services)提供的證明，或由撫養費支付人開出的證明。該證明需列明以下幾項：每月撫養費的數目、被撫養人姓名、支付人姓名及接收人姓名。

如果您支付兒童日托費用或殘疾家屬護理費用，請寄出一份副本：

- 顯示您每月支付數目的註銷的支票**或**收據、**或**兒童日托提供者簽署的證明。

3 為每個申請人寄出公民身份或移民身份文件。

(現在儘快寄出。)

公民或國民：寄上每一個申請人的出生證、護照、美國公民身份證書或歸化證書或其他公民身份證明的複印件。我們以後可能會要求您提供更多資料。

非公民：寄上移民身份的證明。複印文件的正反面。或是寄上移民局(USCIS)收據，顯示您已經申請遺失文件的補發。

即使申請人沒有移民身份的文件，您仍然可以申請Medi-Cal。

4 每戶家庭寄上一份證明加州居民身份的證明。

(您或許可以使用此處沒有列出的其他文件。)

- 顯示您在加州地址的工資單，**或**
- 加州駕駛執照或DMV簽發的身份證，**或**
- 房租收據或電氣公司的賬單，**或**
- 您孩子在學校註冊登記的證明。

5 在申請表上簽名並郵寄出申請表(申請表見A1至A4頁。)

請用附上的信封郵寄您的申請表和證明文件的複印件。不需貼郵票！

郵寄地址：Healthy Families/Medi-Cal, P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-9984

申請表

請完整地填寫共4頁的申請表。請用正楷書寫。
請僅使用黑墨或藍墨筆填寫。請將填好的申請表寄到：

Healthy Families/Medi-Cal
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-9984



需要協助？

請電：1-800-880-5305

請提供填寫這份表格的家人資料。

①	姓	名	中間名簡寫	出生日期(年/月/日)
②	住址(門牌號數及街道名稱) 不要使用郵政信箱 - 除非是無家可歸者			公寓號碼
③	城市	縣	郵遞區號	家中電話號碼
④	通信地址(如果與上址不同)或郵政信箱			公寓號碼
⑤	城市	郵遞區號	電子郵址(自願填寫)	工作電話號碼
⑥	您想我們用甚麼語言與您交談？		⑦ 我們應用甚麼語言給您寫信？	

請告訴我們您為誰申請。(如果超過三個子女，請複印A1和A2兩頁列出其他子女。)

	子女 1	子女 2	子女 3	孕婦	未出生子女
⑧ 姓名：	姓				參加Medi-Cal或AIM的孕婦：不必填寫這部分。 <input type="checkbox"/> 為您未出生的子女申請Healthy Families計劃，請在此打勾。
	名				
	中間名				
⑨ 出生證上的姓名：	姓				必須條件： • 至少懷孕有六個月， • 在申請表上附上醫生或診所提供的懷孕的證明，以及 • 當孩子出生後，再寄來出生證。 (詳情請參閱第5頁。)
(如與以上所列姓名不同)	名				
	中間名				
⑩ 該子女因上學而不能住在家裡嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
⑪ 家庭地址(如果與第②欄列出的家庭地址不同)					
⑫ 通信地址(如果與第④欄列出的通信地址不同)					
⑬ 出生日期	____/____/____ 年 月 日	____/____/____ 年 月 日	____/____/____ 年 月 日	____/____/____ 年 月 日	
⑭ 與第①項中的人的關係	<input type="checkbox"/> 我的子女 <input type="checkbox"/> 我的繼子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 我的子女 <input type="checkbox"/> 我的繼子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 我的子女 <input type="checkbox"/> 我的繼子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____	嬰兒預產期： ____/____/____	
⑮ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	預產嬰兒數目：_____	

	子女 1	子女 2	子女 3	孕婦	未出生子女
16 種族 - 可選擇是否提供 (參閱第6頁)					
17 出生地： 縣： 州： 或其他國家：					
18 社會安全號碼 (參閱第6頁及第7頁)	申請Healthy Families計劃、緊急醫療或與懷孕有關醫療者，可選擇是否提供填寫社會安全號碼。				
19 是否美國公民或國民？ (參閱第3頁及第7頁) 如果「否」，請填寫進入美國的日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____/____/____ 年 月 日	
20 Medi-Cal福利卡的號碼(BIC)如果您有，請填寫：					
21 此人是否有其他的醫療、牙科或視力保險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
22 提出申請的子女在過去3個月內是否有由某人的僱主所提供的醫療保險？ (參閱第6頁)	即使您有其他的醫療保險，Medi-Cal可能會承保其他保險不包括的項目。				
	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如果「是」，請說明健康保險停止的日期及停止的原因。) ____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如果「是」，請說明健康保險停止的日期及停止的原因。) ____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如果「是」，請說明健康保險停止的日期及停止的原因。) ____/____/____ 年 月 日		
	在方框內打勾，來說明醫療保險終止的原因：				
	<input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 工作變化 <input type="checkbox"/> 搬遷，沒有找到保險 <input type="checkbox"/> 所有員工的福利被終止 <input type="checkbox"/> 死亡、離婚或分居 <input type="checkbox"/> COBRA 保險結束 <input type="checkbox"/> 其它_____	<input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 工作變化 <input type="checkbox"/> 搬遷，沒有找到保險 <input type="checkbox"/> 所有員工的福利被終止 <input type="checkbox"/> 死亡、離婚或分居 <input type="checkbox"/> COBRA 保險結束 <input type="checkbox"/> 其它_____	<input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 工作變化 <input type="checkbox"/> 搬遷，沒有找到保險 <input type="checkbox"/> 所有員工的福利被終止 <input type="checkbox"/> 死亡、離婚或分居 <input type="checkbox"/> COBRA 保險結束 <input type="checkbox"/> 其它_____		
23 提出申請的人是否要申請支付在過去3個月內醫療費用的Medi-Cal？ (參閱第6頁)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	Medi-Cal可能會支付在過去3個月內醫療費用。				
24 母親姓名： 姓 名 中間名					
子女是否與母親居住？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
25 父親姓名： 姓 名 中間名					
子女是否與父親居住？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

從此處撕開

如果您需要更多空間，請複印本頁或是附上另一張紙。

家庭人數 列出在家裡住的其他**所有**家庭成員姓名。包括年齡在21歲以下的子女的姓名，繼父母的姓名，以及住在家中的未成年子女的配偶或懷孕女子的配偶。**不要**列姑孀姨、舅舅、侄子/女、外甥/女或祖父母及外祖父母等親戚。(詳情參閱第4頁。)

	姓名	性別	出生日期	與第①欄中所列的人的關係		
②6		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 繼子女	<input type="checkbox"/> 男友 <input type="checkbox"/> 女友	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他 _____
②7		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 繼子女	<input type="checkbox"/> 男友 <input type="checkbox"/> 女友	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他 _____
②8		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____/____/____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 繼子女	<input type="checkbox"/> 男友 <input type="checkbox"/> 女友	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他 _____

②9 住在家裡的人是否有人懷孕? 是 否
如果是，請說明是誰：_____ 她懷了幾個嬰兒? _____ 預產期：____/____/____
年 月 日

家庭收入 列出本申請表上**每個人**的收入。包括**收到**的子女或家眷撫養費。(每項收入來源，填寫一行。)

	收入者姓名 (仍在學校的子女不需列出他們工作的收入。)	收入來源 (工作、社會安全金、 養老金，等)	獲得收入的次數? (每週、每兩週、每月)	收入金額 (總收入)	社會安全號碼 (可選擇性填寫)
③0				\$	
③1				\$	
③2				\$	
③3				\$	
③4				\$	

費用開支 列出第①欄及上面所列的人每月的費用開支。

- ③5 子女日托費或殘疾家屬護理費
請填(子女或家屬的姓名)：_____ 年齡：_____ 支付金額：_____
- 請填(子女或家屬的姓名)：_____ 年齡：_____ 支付金額：_____
- 請填(子女或家屬的姓名)：_____ 年齡：_____ 支付金額：_____
- ③6 法庭裁定的子女撫養費
付給：_____ 支付人：_____ 支付金額：_____
- 付給：_____ 支付人：_____ 支付金額：_____
- ③7 法庭裁定的配偶撫養費
付給：_____ 支付人：_____ 支付金額：_____

家庭資料

- ③8 列在第①欄的人、上面列出的任何人或是家裡其他人是否有人想要Medi-Cal? 是 否
如果是，請說明是誰：_____ (如果您回答是，我們會與您聯絡。)
- ③9 您家裡是否有子女或其他人有身體、精神、情緒或發育障礙而且想要Medi-Cal? 是 否
如果是，請說明是誰：_____ (如果您回答是，我們會與您聯絡看您是否符合資格。)
- ④0 在申請此醫療保險的人中是否有人因受傷或事故而涉及法律訴訟?
(詳情請參閱第6頁) 是 否
- ④1 您家裡是否有多於一輛汽車?(自願填寫) 是 否
- ④2 家裡的銀行帳戶是否有\$3,150 以上的現金?(自願填寫) 是 否

從此處撕開

需要協助？

我們可以協助您申請！

- 打電話 - 我們可以在電話上協助您填寫申請表。
- 當面協助 - 經培訓的申請助理可以協助您申請。有些申請助理還可以幫您在網上填寫申請。
- 我們可以用任何一種語言為您提供幫助。
- 所有的幫助都是免費的！

請撥免費電話：1-800-880-5305

殘障專線(TDD)：1-800-735-2929

我能在網上獲得協助嗎？

可以。欲知有關Healthy Families計劃的詳情，請查訪網站：www.healthyfamilies.ca.gov

甚麼人可以為兒童申請？

孩子的父母、繼父母、監護人、照顧孩子的親戚都可以為孩子申請。法律上獨立的未成年人可以自己申請。

兒童或孕婦必須是美國公民或國民嗎？

不必。有合法身份和沒有合法身份的移民都可能有資格獲得Medi-Cal政府醫療福利。某些移民可能只符合獲得孕期保健服務和急診服務。其他人可能會有資格獲得完全免費的Medi-Cal醫療福利。

兒童必須是美國公民、國民或合法的移民才能獲得Healthy Families計劃福利。欲知有關詳情，請查閱Healthy Families的手冊或查訪網站：www.healthyfamilies.ca.gov。選按“FAQs”一欄。

我是否要提供家中每一個人的移民身份資料？

不必。您只須提供申請醫療保險福利的家庭成員的移民身份資料。

只是為子女申請的父母，不必提供他們自己的移民資料。

您提供的移民資訊是隱私而保密的。我們只會用來查看您是否符合資格。而且，我們不會用您的移民身份資料來向您索取您因合法得到的醫療服務而欠的費用。

我提供的資料你會保密嗎？

是的。我們只會用您提供的資料來判斷您是否符合資格或用於管理該醫療計劃。請參閱第7頁。

我是否要支付任何費用？

不必，您不用為Medi-Cal計劃付錢。

至於Healthy Families計劃，您現在也不用付錢。但是，一旦您加入該計劃之後，每個孩子每個月月費是\$4 – \$24，一家人每月最多不超過\$72。如果您現在就一次付清三個月的費用，您可以得到一個月免費。

我申請之後會怎樣？

我們會寄給您一封信，說明您的孩子可能會符合哪一個計劃的資格以及該計劃甚麼時候開始。您申請的審理可能需要長達45天的時間。

我甚麼時候可以查問我的申請的情況？

在您郵寄出申請表後10到15天，您可以打電話給我們。號碼是 1-800-880-5305。

我家中的所有孩子是否都會在同一個醫療計劃中？

可能。這要看您的家庭人數、收入和每個孩子的年齡。您可能會有較小的一個孩子在Medi-Cal計劃，而大一點的另一個孩子在Healthy Families計劃。

如果我現在無法寄給你所需要的文件該怎麼辦？

申請加入計劃的最快方式就是現在就寄全所有的文件。或儘快的寄出文件。或者您可以將文件傳真給我們。傳真號碼是：1-866-848-4974

如果我們需要更多的資料，我們將會給您打電話和通信聯絡。

家庭人數及收入

你們會如何使用我的個人和財務資料？

我們要看您家庭的人數和收入來決定您的孩子是否符合項目的資格。我們不一定會把每個人算做您家裡的人數，也不一定會包括每個人的收入。我們會為您做計算。

我應該將誰列為住在我家裡的家庭成員？

您應該列出：

- 所有21歲以下住在家裡的子女、以及離家住校的子女、及在報稅表上申報為家眷的子女
- 申請福利的兒童住在家中的親生父母、養父母或繼父母
- 孕婦及其未出生子女(如果她是已婚，列上她的丈夫。)
- 住在家中的任何未成年人的配偶
- 法律允許獨立的未成年人

不要列一下人員：

- 姑嬸姨、叔舅，
- 堂表兄弟姐妹，
- 侄子/女和外甥/女，
- 或祖父母及外祖父母。

可是，如果以上一位親戚想要Medi-Cal，請在申請表第38題的「是」打勾。

如果我的收入太高不符合資格怎麼辦？

您孩子仍可能符合資格，因為我們會從您的家庭收入中扣除了孩子的日托費用、兒童撫養費、家眷撫養費、以及離婚配偶生活費。如果該家庭成員有工作或領取州殘障保險福利或勞工受傷賠償，我們還會為其扣除每人最多為\$90的數額。

如果您的收入仍然太高，您的孩子仍可能有加入Healthy Kids計劃的資格。請參閱第6頁。

我孩子或配偶的生活撫養費是如何影響我們的收入？

如果您支付孩子或配偶撫養費，我們會從您的收入中扣減該數額。

如果您收取孩子或配偶撫養費，我們會將該數額加入您的家庭收入，但再減去最多為\$50的扣減數額。

你會從我的收入中減去兒童日托和殘疾家眷護理的費用嗎？

如果符合下列情況我們會扣減那些費用：

- 您為其支付費用的人住在家中，而且
- 家中的成年人無法提供這種看管和護理因為他們有工作或參加就職前培訓。

最大的扣減額取決於接受護理的人的年齡。見以下說明：

兩歲以下的孩子	\$200
兩歲或兩歲以上的孩子	\$175
殘疾的家屬(任何年齡)	\$175

如果我的收入很快就會有變化該怎麼辦？

如果你知道你的家庭收入在未來數個月中將因為提職、裁員或其他理由而有增減，請另附紙張說明。

例如：

我本月的收入是\$1000。但是，我平常每月的收入是\$800。因為這個月我多得到了\$200的加班費。在未來的6個月內我不會再有加班費收入。

甚麼是「總」收入？

總收入就是在扣除税金及其他扣減之前的收入總額。

如果我是自雇我的總收入如何計算？

我們會查您上一年聯邦報稅表的Schedule C上或在您最近3個月的收益表上的利潤或虧損。然後，我們再把您的用餐、娛樂和折舊費用扣減加回去。如果您在某一個月或一年的收支總計為虧損，我們就算您在這段時期的總收入為\$0。

懷孕？

孕婦的Medi-Cal醫療福利包括：

- 妊娠期服務(包括某些牙科服務)，或
- 完整的醫療保健服務

我如何申請？

只申請妊娠期服務，您要填寫申請表格並與第2頁上所列的文件一同寄給我們。如果您要申請完整的醫療保健，您還需要將您醫生或診所為您開的懷孕證明一道寄來。

我們可能需要長達45天的時間來審理您的申請，並會讓您知道您是否符合資格。

我能更快得到孕期的服務嗎？

可以。我們有一特殊的計劃專為正在申請Medi-Cal醫療計劃的孕婦提供立即、暫時的免費孕期醫療服務。這個計劃叫做「孕婦預定符合資格計劃」(Presumptive Eligibility for Pregnant Women)。請向您的醫生或診所詢問他們是否參與該計劃。

詳情可以打電話查詢：1-800-824-0088。

我是否能獲得在我的申請被批准之前所支付的孕期服務費用？

如果您的申請被批准，Medi-Cal可能會支付您在申請之前三個月內所獲得的孕期服務的費用，即使那些服務不是由Medi-Cal的提供者提供的。可是在您寄出申請表之後，只有您從Medi-Cal登記註冊的提供者獲得的服務才能取得償還款。

如果我不符合Medi-Cal計劃的資格怎麼辦？

如果您的收入太高而不符合Medi-Cal計劃的資格，您可以申請AIM計劃。(AIM是嬰兒與母親就醫的縮寫。)

AIM計劃是為因收入太高而不符合Medi-Cal計劃的資格而又沒有醫療保險的孕婦設立的低收費計劃。

詳情可以打電話查詢：

1-800-433-2611。

或上網：www.aim.ca.gov

如果我在懷孕時有Medi-Cal計劃或AIM計劃，我如何為我的新生嬰兒申請該醫療計劃呢？

您不必填寫這份申請表。

如果您有Medi-Cal計劃，請與您的資格審理工作人員聯絡，確認您的嬰兒已在計劃內。或是填寫一份「新生兒轉介表」，請從以下網址印出表格：www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf

如果您有AIM計劃，您的嬰兒可能有資格加入Healthy Families計劃。請與Healthy Families計劃聯絡報告您嬰兒的出生。請打電話：1-800-880-5305或上網到www.aim.ca.gov，然後，選擇“Register Your Baby”為嬰兒註冊。

如果我在懷孕時沒有Medi-Cal或AIM，我能在嬰兒出生前為他/她申請Healthy Families嗎？

可以。請遵守以下步驟：

1. 在您懷孕至少六個月時申請Healthy Families。填寫這份申請表，並在A1頁的方格打勾（在「未出生子女」一欄）。
2. 連同申請表附上一份您的醫生或診所聲明，指出您正在懷孕以及您的預產期。
3. 如果您的嬰兒符合Healthy Families的資格，請在30天內寄上出生證明。出生證明是：
 - 接生嬰兒的保健提供者或是嬰兒出生醫院的簽名信，或
 - 醫院的出生證，或
 - 出生證。

出生證明必須列出嬰兒的姓和名、出生日期、出生地點和性別。

重要須知！如果您在懷孕時沒有獲得AIM承保，嬰兒的Healthy Families承保會從我們接到出生證明的13天後生效。

其他問題

我如何填寫種族一欄？

請填寫孩子和孕婦的種族名稱。

以下所列的種族名稱可能會對您有幫助：

阿拉斯加原住民	西班牙裔
美亞混血兒	日裔
印度裔	韓裔
黑人/非裔	寮裔
柬埔寨裔	本土印第安裔
華裔	其他亞裔
菲律賓裔	薩摩亞裔
關島人	越南裔
夏威夷人	白人
其他	

如果我沒有社會安全號碼而希望申請完整的Medi-Cal福利該怎麼辦？

您仍有可能得到完整Medi-Cal福利如果您現在就申請社會安全號碼，並在60日內將您的社會安全號碼提供給我們。

有關申請社會安全號碼的詳情，請打電話到社會安全管理局查詢：

1-800-772-1213(免費電話)。

如果您得不到社會安全號碼，您仍有資格獲得孕期和緊急醫療服務。

如果我的孩子以前有由某人的僱主提供的醫療保險但現已終止了該怎麼辦？

如果您有資格，Medi-Cal可以立即為您承保。

Healthy Families計劃會在孩子原來的醫療保險終止三個月後生效。如果您的醫療保險終止的原因是因為就業狀況變化、搬遷、所有員工的福利被終止、死亡、離婚或分居或COBRA保險結束，您可能會更快符合醫療福利的資格。

Medi-Cal計劃能幫助我支付以前醫療服務的費用嗎？

可以。Medi-Cal計劃可能會支付您在提出申請前三個月之前您已經支付或沒有支付的醫療費用。請在本申請表第②欄的方格中打勾。

如果我捲入法律訴訟案並獲得賠償該怎麼辦？

如果在您的事故或受傷法律訴訟中您勝訴而且Medi-Cal計劃支付了您的醫療費用，您可能需要用得到的賠償來付還Medi-Cal計劃已支付醫療費用。

Medi-Cal計劃會支付我的申請被批准以前的醫療服務費用嗎？

如果您想要Medi-Cal計劃支付您的費用，請首先確認您的醫生或診所已在Medi-Cal計劃註冊登記。Medi-Cal可能會支付您在申請之後從註冊登記的提供者所獲得的服務。

我如何選擇我Medi-Cal計劃醫療保險計劃？

我們會把資料袋寄給您。如果您不想等，請打電話給Health Care Options(保健選擇公司)

1-800-430-4263。他們會告訴您有關您所在縣的Medi-Cal計劃醫療保險計劃並會給您郵寄一份登記表格。

本土印第安裔和阿拉斯加原住民：

如果您不符合免費Medi-Cal的資格，您可以獲得免費的Healthy Families。請確認您在申請表的第⑤欄中勾畫「是」一格。您必須現在或在登記之後兩個月內寄來以下文件中的一份(父母的或是孩子的文件)：

- 在聯邦確認的部落的登記文件，或
- 印第安人事務局頒發的印第安血統證書(CDIB)，或
- 由加州印第安人保健服務診所簽發的印第安血統證明。

如果我的孩子不符合計劃的資格該怎麼辦？

他們可能符合另一項專為不符合完整Medi-Cal或Healthy Families的兒童開設的免費或低費用的保健計劃。

這項計劃在許多縣稱為Healthy Kids計劃。如果您縣內的這項計劃可以接受這份申請表，我們就會寄給他們。

要查詢您的縣是否有Healthy Kids計劃，請打電話：**1-800-880-5305**。

Healthy Families計劃的幾項說明

聲明

我聲明我申請的每一個人：

- 是加州居民。
- 不是在監獄或精神病院。
- 沒有資格得到Medicare A部份及B部份。
- 沒有資格得到任何加州公務員退休系統健康計劃的福利，或者是有資格得到加州公務員退休系統健康計劃的福利，但是僱主對家眷醫療保險的付費部分不到\$10。

我還聲明：

- 列在申請表上的每一個人將遵守所加入保健計劃的參加規則、使用審核過程及爭議解決過程。
- 我證明我申請的每一個人的身份屬實。
- 我已閱讀並瞭解Healthy Families手冊。我了解各項醫療保健、牙科與視力計劃及它們所提供的福利。
- 我為我所有符合Healthy Families要求的子女提出申請，除非他們已加入該計劃，或除非我只是為自己申請。
- 我允許Healthy Families調查我的家庭收入、醫療保險狀況、申請人的移民身份及本申請表內所有其它資料。
- 我同意，如果任何被接受參加本計劃者的地址或收帳單的地址有變更，我將在30日內通知有關部門。

隱私

法律規定您在申請Healthy Families計劃時必須提供所要求的資料。(CCR 法規標題10, 第2699.6600節) 您所提供的個人及醫療資料將僅限用於識別您的身份及管理本計劃。這意味著我們可能會與您加入的保健計劃以及管理機構共同使用該資料。

公民和移民身份資料

申請表中問您有關公民身份和移民身份的問題。您必須回答那些問題。我們僅將您的回答用來管理保健計劃以及決定您的資格。如果您是父母或監護人而且自己並不申請，我們將不會與其他的部門，包括移民局等機構，共同使用您的移民身份資料。但是如果您不回答這些問題，我們有可能拒絕您的申請。

種族

除非您是申請基於您的印第安人血統的福利計劃，否則，您不必回答與種族有關的問題。

社會安全號碼

如果您不想提供社會安全號碼，您可以不必提供。

查閱檔案資料的權利

您有權要求查閱由風險管理醫療保險局保管的您的個人資料檔案。如果您需查閱，請寫信聯絡：

Managed Risk Medical Insurance Board
Attn: HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
電話：(916) 324-4695

Medi-Cal計劃的幾項說明

權利、義務及聲明

我有下列權利：

- 無論我屬甚麼種族、膚色、宗教、原國籍、性別、年齡或政治理念都應得到公平的對待。
- 要求翻譯人員協助。
- 如果我認為我的Medi-Cal個案的決定不公平或錯誤，我可以要求公平聽證。我必須在「行動通知」寄給我以後的90日內要求聽證。有關Medi-Cal公平聽證的詳情查詢，請打免費電話：1-800-952-5253。

我有下列義務：

- 當縣政府要求時，提供身份報告。
- 我在本申請表提供的資料有任何變更時，應在10日內提出報告。
- 向縣政府報告下列情況：有家庭成員申請傷殘福利；住進公共機構里；由別人引起的意外事故或受傷而接受治療。
- 在我的個案被審查時提供合作。

我聲明提出申請的每一個人：

- 居住在加州。
- 沒有接受加州以外的公眾援助。
- 並不是在監獄或任何其它懲戒設施中。

我更進一步聲明：

- 我瞭解作為符合Medi-Cal資格的條件之一，就是所有收取醫療費用的補助和第三者付款權利將自動轉給加州政府。
- 我瞭解，如果我不符合參加此Medi-Cal計劃的資格，我可能有資格參加其它計劃，並有權利申請這些計劃。
- 我瞭解，如果我不提供所需的資料，或提供不實的資料，我的福利可能被拒絕或終止，並可能需要付還所得的福利。我還可能因詐欺而受調查。

保密

您在本申請表中提供的資料都是私有及保密的。只有在法律要求的情況下才會被披露。(福利及機關法第10850節和第14100.2節)

隱私

法律要求Medi-Cal計劃的申請人必須回答申請表中所有的問題，除非問題標有回答或不回答的選擇性。(福利及機關法第14011節及CCR 法規標題22) 您所提供的個人及醫療資料將僅限用於識別您的身份及管理本計劃。這意味著我們可能會與聯邦、州和地方政府的機構共同使用該資料。

公民和移民身份資料

如果您申請福利，您必須回答有關公民和移民身份的問題。如果您是父母或監護人，而且自己並不申請，您不必提供您的移民身分資訊。如果您申請完整的Medi-Cal，我們只會為了判定您的資格而與移民局(USCIS)聯絡確定您的移民身份。我們不會為了任何其它原因與移民或其他機構分享您的移民身份資料。如果您不為申請人回答這些問題，您的申請表就不完整，我們有可能拒絕您的申請。

社會安全號碼

除非是申請緊急或與懷孕有關的福利，社會安全法第1137(a)(1)部份及福利與機關法第14011.2節要求所有申請人必須提供社會安全號碼。

查閱檔案資料的權利

您有權要求查閱由Department of Health Care Services保管的您的個人資料檔案。如果您需查閱，請與縣的健康與民眾服務部門或社會服務部門聯絡。

免費及低收費醫療保險：

- 預防保健
- 產前保健
- 精神健康
- 住院
- 看醫生
- 視力/牙科保健
- 處方藥物
- 急診

想知道您是否符合資格嗎？

立即就寄出您填好的申請表及其他文件！我們可以在45天內讓您知道您是否符合資格！請在以下表格中查出您的家庭人數、每月收入(交稅和扣減之前)以及孩子的年齡，看申請的人符合哪一種計劃。您可以扣減某些開支。詳情請參閱第4頁。

在2012年3月31日前有效

兒童年齡▶	0 - 1 歲或孕婦	0 - 1 歲	1 - 5 歲		6 - 18 歲	
家庭人口 孕婦= 2 人 ▼	Medi-Cal	Healthy Families	Medi-Cal	Healthy Families	Medi-Cal	Healthy Families
1	\$0 - \$1,815	\$1,816 - \$2,269	\$0 - \$1,207	\$1,208 - \$2,269	\$0 - \$ 908	\$ 909 - \$2,269
2	\$0 - \$2,452	\$2,453 - \$3,065	\$0 - \$1,631	\$1,632 - \$3,065	\$0 - \$1,226	\$1,227 - \$3,065
3	\$0 - \$3,089	\$3,090 - \$3,861	\$0 - \$2,054	\$2,055 - \$3,861	\$0 - \$1,545	\$1,546 - \$3,861
4	\$0 - \$3,725	\$3,726 - \$4,657	\$0 - \$2,478	\$2,479 - \$4,657	\$0 - \$1,863	\$1,864 - \$4,657
5	\$0 - \$4,362	\$4,363 - \$5,453	\$0 - \$2,901	\$2,902 - \$5,453	\$0 - \$2,181	\$2,182 - \$5,453
6**	\$0 - \$4,999	\$5,000 - \$6,248	\$0 - \$3,324	\$3,325 - \$6,248	\$0 - \$2,500	\$2,501 - \$6,248

* 如果胎兒超過一個，請寄出您的保健提供者聲明，指出預產嬰兒數目。（這會增加家庭人數）。

** 如果您家裡人數超過6個人，請打電話 1-800-880-5305。

許多兒童和孕婦都符合資格。

資格取決於您家庭的人數、收入及您孩子的年齡。如果您沒有移民身份文件，您仍然可能符合某些Medi-Cal計劃。

如果您不符合資格，我們可能可以介紹您加入一項叫做Healthy Kids的低收費的縣辦醫療保險計劃，或其他可能能為您的孩子提供醫療保險的計劃。

免費或低收費。

Medi-Cal是免費的，包括免費看醫生。

Healthy Families每名兒童每月\$4 – \$24，最高費用為每一家庭\$72。預防保健，如免疫接種，均為免費服務。其他看診須支付\$5 – \$15 共付診金

計劃讓您自己選擇醫生。而且大多數的縣都讓您選擇保健計劃。

今天就打電話 - 這是免費電話
1-800-880-5305

殘障專線：1-800-735-2929

星期一至星期五：上午8點至晚上8點，星期六：上午8點至下午5點。

請上網查閱Healthy Families網站：www.healthyfamilies.ca.gov