

اطلاعات متقاضی				
1. ساکن شهرستان سانتا کلارا؟ بله / خیر	2. جنسیت	3. نام قانونی (نام خانوانگی، نام کوچک، نام میانی)	4. نام مادر قبل از ازدواج	5. همسر/ شریک زندگی
7. آدرس	کد پستی	8. تلفن	9. آدرس ایمیل	6. زبان مورد ترجیح؟
10. SSN (بیمار)	11. SSN (همسر/ شریک زندگی)	12. شهروند ایالات متحده؟ بله / خیر	13. وضعیت اقامت دائم دارد؟ بله / خیر اگر بله، برای چه مدت؟ طول: _____ سال ماه _____	14. کهنه سرباز ایالات متحده؟ بله / خیر

وضعیت خانوار خانواده				
15. اسامی همه اعضا در خانواده و خانوار خودتان، و نسبت آنها با خودتان را ذکر کنید. لطفاً خودتان اضافه کنید. لطفاً کادر (□) را در صورتی علامت بزنید که نام وی را در فرم اظهارنامه مالیاتی ذکر می‌کنید.				
نام	تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	نسبت	نام	تاریخ تولد (سال/روز/ماه)
	/ /	(□)		/ /
	/ /	(□)		/ /
	/ /	(□)		/ /

جدید ترین اشتغال و شغل				
16. کارفرمای بیمار:	17. شماره تلفن تماس	18. اگر خوداشتغال هستید، نام کسب و کار		
19. کارفرمای همسر:	20. شماره تلفن تماس	21. اگر اگر خوداشتغال هستید، نام کسب و کار		
22. تاریخ شروع:	23. تاریخ پایان:	24. شغل فعلی است: بله / خیر	25. معلولیتی دارید که انتظار می‌رود حداقل 12 ماه طول بکشد؟ بله / خیر	

اطلاعات پوشش بیمه				
26. بیمه درمانی دارید: بله / خیر	شماره تماس بیمه:	27. آیا جراحات شما توسط شخص ثالثی ایجاد شده است (مثلاً در حین حادثه رانندگی یا لغزش و سقوط)؟ بله / خیر	28. آیا بیمه دیگری دارید که می‌توانید از آن استفاده کنید از قبیل بیمه اتومبیل؟ بله / خیر	
نام بیمه:				

درآمد ماهانه فعلی				
30. آیا یک پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) در یک کلینیک عمومی دارید؟ نام PCP (پزشک مراقبت‌های اولیه) شما چیست؟ آیا یک پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) در VMC دارید؟ اگر پاسخ شما بله است، نام PCP (پزشک مراقبت‌های اولیه) شما چیست؟	منابع درآمد ماهانه			
	29a	پرداخت ناخالص (کسر مالیات و سایر موارد)	\$	بیمار
	29b	درآمد حاصل از مشاغل فعال (در صورت خوداشتغال بودن)	\$	همسر
	29c	سایر درآمدها:	\$	سایر
	29d	بهره و سود سهام	\$	
	29e	از محل املاک و مستغلات یا ملک شخصی	\$	
	29f	تأمین اجتماعی	\$	
	29g	سایر (مشخص کنید):	\$	
	29h	نقشه یا پرداخت‌های حمایتی دریافتی	\$	
	29i	مقادیر را از ستون سمت راست از سطر (29a) تا (29h) اضافه کنید	\$	
	29j	نقشه یا پرداخت‌های حمایتی پرداختی	\$	
29k	سطر (29j) را از سطر (29i) کسر کنید. این همان درآمد ماهانه فعلی شماست.	\$		
29l	مجموع درآمد از تمام ستون‌های سطر 29k	\$		

امضا				
من با توجه به مجازات شهادت دروغ اعلام می‌کنم اطلاعاتی که در بالا ارائه داده‌ام درست و کامل هستند. من می‌دانم که باید هر گونه تغییر در وضعیت اقامت، شرایط مالی، تعداد خانوار، و/یا واجد شرایط بودن برای پوشش بیمه را به نظام سلامت سانتا کلارا (CSCVHS) اطلاع دهم. من رضایت می‌دهم که اطلاعات سابقه سلامت خود را برای دریافت مراقبت بهداشتی مشترک در اختیار ارائه‌دهندگان طرف قرارداد با شهرستان سانتا کلارا، و نیز برای تعیین واجد شرایط بودن برای دریافت Medi-Cal و اشتراک‌گذاری اطلاعات درباره وضعیت Medi-Cal خود، در اختیار آژانس خدمات اجتماعی شهرستان سانتا کلارا (SCCASA) قرار دهم. من به CSCS اجازه می‌دهم تا درخواست یک گزارش اعتباری را دهد و/یا در صورت لزوم صحت هر یک از اطلاعات فوق را بررسی کند.				
تاریخ _____ امضا _____				