

申請人資料 APPLICANT INFORMATION					
1. 聖塔克拉拉縣居民? <input type="checkbox"/> 是 Yes / <input type="checkbox"/> 否 No	2. 性別	3. 法定名字 (姓氏, 名字, 中間名)	4. 母親娘家姓氏	5. 配偶 / 家庭登記伴侶	6. 偏好使用語言?
7. 地址	郵編	8. 電話 1) () 2) ()		9. 電子郵件信箱	
10. SSN 社會安全號碼 (患者)	11. SSN 社會安全號碼 (配偶 / 家庭登記伴侶)	12. 美國公民? <input type="checkbox"/> 是 Y / <input type="checkbox"/> 否 N	13. 永久居留權? <input type="checkbox"/> 有 Yes / <input type="checkbox"/> 沒有 No 如果有 有多久? 多久時間: _____ 年 _____ 月	14. 美國退伍軍人? <input type="checkbox"/> 是 Y / <input type="checkbox"/> 否 N	

家庭狀況 FAMILY HOUSEHOLD STATUS					
15. 列出所有家庭成員名字, 及與您的關係。請填入自己。如果您在報稅表格中有填報他/她為扶養親屬, 請勾選於方框(□)中。					
姓名	出生日期 (月 / 日 / 年)	關係	姓名	出生日期 (月 / 日 / 年)	關係
(□)	/ /		(□)	/ /	
(□)	/ /		(□)	/ /	
(□)	/ /		(□)	/ /	

最後的雇主和職業 MOST RECENT EMPLOYMENT AND OCCUPATION					
16. 患者雇主:	17. 聯絡電話 () -		18. 如果是自僱人士, 則公司名稱:		
19. 配偶的雇主:	20. 聯絡電話 () -		21. 如果是自僱人士, 則公司名稱:		
22. 雇用起始日: _____ / _____ / _____	23. 雇用終止日: _____ / _____ / _____	24. 目前是否工作: <input type="checkbox"/> 是 Y / <input type="checkbox"/> 否 N	25. 預計殘障是否會持續至少12個月? <input type="checkbox"/> 是 Y / <input type="checkbox"/> 否 N		

醫療保險資料 INSURANCE COVERAGE INFORMATION			
26. 是否有醫療保險: <input type="checkbox"/> 是 Y / <input type="checkbox"/> 否 N	保險聯絡電話: () -	27. 您的受傷是由第三方造成的 (例如, 在車禍發生或在滑倒時)? <input type="checkbox"/> 是 Y / <input type="checkbox"/> 否 N	28. 有其他可能適用的保險 (例如汽車保險)? <input type="checkbox"/> 是 Y / <input type="checkbox"/> 否 N
保險公司名稱:			

目前每月收入 CURRENT MONTHLY INCOME					
每月收入來源 Monthly Income Sources		患者 Patient	配偶 Spouse	其他 Other	30. 您有初級健保醫師 (PCP) 在社區診所嗎? 如果有, 初級健保醫師 PCP 的名字是? _____ 您在 VMC 有初級健保醫師 (PCP) 嗎? 如果有, 您的 PCP (初級健保醫師) 名字是? For Office Use Only Total Income Gross: _____ Frequency <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Semi-Monthly <input type="checkbox"/> Monthly Family Size: _____ Final FPL: _____
29a)	總/稅前/毛收入 (包括稅金和其他扣除額)	\$	\$	\$	
29b)	營業收入 (如果是自僱人士)	\$	\$	\$	
29c)	其他收入:	\$	\$	\$	
29d)	利息和股息	\$	\$	\$	
29e)	來自地產或個人房產	\$	\$	\$	
29f)	社會安全津貼	\$	\$	\$	
29g)	其他 (請註明):	\$	\$	\$	
29h)	收到撫養費或贍養費	\$	\$	\$	
29i)	加總第(29a)行至(29h)行金額	\$	\$	\$	
29j)	支出的撫養費或贍養費	\$	\$	\$	
29k)	第(29i)行減去第(29j)行。這是您目前每月的收入。	\$	\$	\$	
29l)	在第 29k 行加總患者配偶其他三欄位後總收入	\$			

簽名 SIGNATURE	
本人聲明, 本人所提供的資料均完整及屬實。如有不實, 願接受偽證罪罰則。我明白, 我必須通知聖塔克拉拉縣衛生系統(CSCVHS) 我的居住、財務狀況、家庭規模和/或保險範圍資格的任何變化。本人同意向聖塔克拉拉縣社會安全局 (SCCSSA) 披露本人的健康記錄資訊, 以便與與聖塔克拉拉縣簽訂合同的醫療機構合作獲得醫療保健服務, 以確定本人是否符合白卡 Medi-Cal 資格, 並分享有關本人白卡 Medi-Cal 狀態的資訊。本人授權聖塔克拉拉縣衛生系統在其認為必要時要求提供信用成績報告和/或核實上述任何資訊。	簽名 _____ 日期 _____