

申請人資料 APPLICANT INFORMATION					
1. 圣塔克拉拉县居民? <input type="checkbox"/> 是Yes / <input type="checkbox"/> 否 No	2. 性别	3. 法定名字 (姓氏, 名字, 中間名)	4. 母亲的娘家姓氏	5. 配偶/家庭登记伴侣	6. 首选语言?
7. 地址	邮政编码	8. 电话 1) ( ) 2) ( )	9. 電子郵件信箱		
10. SSN 社会安全码(患者)	11. SSN 社会安全码 (配偶/家庭登记伴侣)	12. 美国公民? <input type="checkbox"/> 是Y / <input type="checkbox"/> 否 N	13. 永久居留权 (綠卡)? <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	

家庭状况 FAMILY HOUSEHOLD STATUS					
15. 列出您家庭中所有成员的名字, 以及他们与您的关系。请加上您自己。如果您在纳税申报表上填报他/她为扶养亲属, 请于 (□) 处勾选。					
姓名	出生日期 (月 / 日 / 年)	关系	姓名	出生日期 (月 / 日 / 年)	关系
(□)	/ /		(□)	/ /	
(□)	/ /		(□)	/ /	
(□)	/ /		(□)	/ /	

最后的雇主和职业 MOST RECENT EMPLOYMENT AND OCCUPATION					
16. 患者雇主:	17. 联系电话号码( ) -		18. 如果是个体经营者, 企业名称:		
19. 配偶雇主:	20. 联系电话号码( )		21. 如果是个体经营者, 企业名称:		
22. 雇用开始日: _____ / _____ / _____	23. 雇用截止日: _____ / _____ / _____	24. 当前是否工作: <input type="checkbox"/> 是Y / <input type="checkbox"/> 否 N	25. 残疾预计是否会持续至少12个月? <input type="checkbox"/> 是Y / <input type="checkbox"/> 否 N		

保险范围信息 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. 您的伤害是由第三方 (例如在车祸或滑倒时) 造成的吗? <input type="checkbox"/> 是Y / <input type="checkbox"/> 否 N	28. 有其他可能适用的保险 (例如汽车保险)? <input type="checkbox"/> 是Y / <input type="checkbox"/> 否 N
保險公司名稱:			

当前月收入 CURRENT MONTHLY INCOME					
月收入来源 Monthly Income Sources		患者 Patient	配偶 Spouse	其他 Other	30. 您有初级保健医生 (PCP) 在社区诊所吗? 如果有, 初级保健医生 PCP 的名字是? _____
29a)	总/税前/毛收入(包括税金和其他扣除额)	\$	\$	\$	
29b)	营业收入 (如有自营)	\$	\$	\$	
29c)	其他收入:	\$	\$	\$	<b>For Office Use Only</b> 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: _____
29d)	利息和股息	\$	\$	\$	
29e)	来自地产或個人房产	\$	\$	\$	
29f)	社会安全津贴	\$	\$	\$	
29g)	其他 (请注明):	\$	\$	\$	
29h)	收到抚养费或贍养費	\$	\$	\$	
29i)	将第(29a)行至第(29h)行的金額相加	\$	\$	\$	
29j)	支付的抚养费或贍养費	\$	\$	\$	
29k)	第 (29i) 行減去第 (29j) 行。这是您当前每月的收入。	\$	\$	\$	
29l)	在第 29k 行加總患者配偶其他三欄位後总收入	\$			

签名 SIGNATURE	
本人声明, 本人所提供的资料均属真实及完整。如有不实, 愿接受伪证罪罚则。我明白, 我必须通知圣塔克拉拉县卫生系统 (CSCVHS) 我的居住、财务状况、家庭规模和/或保险范围资格的任何变化。本人同意向圣塔克拉拉县社会安全局 (SCC SSA) 披露本人的健康记录信息, 以便与与圣塔克拉拉县签订合同的医疗机构合作获得医疗保健服务, 以确定本人是否符合白卡 Medi-Cal 资格, 并分享有关本人白卡 Medi-Cal 状态的信息。本人授权圣塔克拉拉县卫生系统在其认为必要时要求提供信用成绩报告和/或核实上述任何信息。	日期 _____
签名 _____	日期 _____