

保留本文件以備用

# 您申請並加入Medi-Cal時 需要知道的有關事宜

## 我申請Medi-Cal時，我的資訊將被如何使用？

縣社會服務辦公室和/或 Covered California 將要問有關您的個人資訊，以便決定您、或您負責的人，是否有資格獲得Medi-Cal福利。您必須提供這些個人資訊以便得到Medi-Cal福利。

我們搜集的有關您的個人資訊可能通過以下方式使用：

- Covered California 和縣社會服務辦公室將用來瞭解您是否有資格享受 Medi-Cal 或加入 Covered California。
- 州的行政商 (administrative vendors) 在受理賠付和/或保險費支付以及發放福利身份卡 (Benefits Identification Cards) (BICs)時使用。
- 美國衛生及公共服務部 (United States Department of Health and Human Services) 審計和質檢以及核實社安號 (Social Security Numbers) (SSNs) 時使用。
- 必要時，與國土安全部 (Department of Homeland Security) (DHS) 核實移民身份時使用。除非您有欺詐行為，與DHS 分享的資訊不能用於移民執法。
- 醫療服務提供方和衛生保健組織 (Health Maintenance Organizations) (HMOs) 用於確認您是否有資格獲得有關服務。
- 用於查找其他保健承保福利並在必要時收回成本。以及其他僅依據法律要求而進行的其他使用。



欲閱讀有關您的隱私保護權利和Medi-Cal的資訊，請參見《Department of Health Care Services 隱私保護慣例通知》。通知連結在：

[www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

## 我申請Medi-Cal時有哪些權利？

1. 不論種族、膚色、原國籍、宗教、年齡、性別、性取向、性別認同、婚姻狀況、政治信仰、退伍軍人身份或殘障，您均有權利獲得公正和平等的待遇。如果您認為您遭到了Medi-Cal 計畫的歧視或該計畫未依據州或聯邦法律為您提供適當的便利，您有權投訴。

您可以通過致電Department of Health Care Services(DHCS)的民權辦公室(Office of Civil Rights)。電話號碼：1-916-440-7370。(TTY: 1-916-440-7399) 或訪問：[www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA\\_Title\\_VI\\_Discrimination\\_Complaint\\_Form.docx](http://www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx)，進行投訴。

2. 您有權獲得評估以便瞭解您是否有資格享受任何Medi-Cal計畫。
3. 您有權獲得有關Medi-Cal計畫的資訊以及申請Medi-Cal的幫助。
4. 如果您需要申請Medi-Cal的幫助、有疑問、或在說、讀或明白英文方面有困難，您有權獲得一位口譯人員的幫助。
5. 您有權與縣社會服務工作人員進行一次面對面的訪談。
6. 如果您認為您屬於殘障人士，您可以請Medi-Cal 重審您的申請，以瞭解您是否有資格享受殘障人士的保險福利。
7. 如果您在申請當月的前三個月內得到了保健服務，您有權得到評估以瞭解您是否有資格讓Medi-Cal 為您支付這些服務費用。這叫做追溯合格性。跟您的縣社會服務辦公室聯繫，瞭解更多資訊或詢問有關追溯合格性的資訊。
8. 您有權獲得書面通知，告訴您是否有資格獲得Medi-Cal或您的合格性是否有任何變化。
9. 您有權讓您提供給縣社會服務辦公室或Covered California 的所有資訊得以保密。您可以在縣社會服務辦公室的正常辦公時間內查看您的個人資料。
10. 如果您合格並且您有醫療緊急情況或您有身孕，您有權獲得一張「急需」Medi-Cal 卡。
11. 在等待您的移民身份得到核實期間，如果您滿足其他所有資格要求，您則有權獲得Medi-Cal。
12. 如果您居住縣的Medi-Cal 計畫不止一個，您有權選擇您想要的Medi-Cal健保計畫。
13. 通過把您還未付清的以往醫療賬單給Medi-Cal，您可以降低您的分攤費用（Share of Cost）(SOC), 如果您有這樣的費用的話。欲瞭解更多有關SOC的資訊，請跟您的縣社會服務辦公室聯繫。
14. 如果您的財產算在您是否符合Medi-Cal福利的財產上限內，您有權在您申請Medi-Cal當月的最後一天截至前減少您的財產以滿足Medi-Cal的財產上限要求。縣社會服務工作人員可以告訴您更多有關財產上限以及滿足財產要求的資訊。
15. 如果您，或您的配偶，在1990年1月1日當日或以後住進一家長期照護（long-term-care）機構，您和您的配偶有權讓Medi-Cal計畫告訴你們，在仍然有資格享受Medi-Cal情況下你們可以單獨以及共同保留的財產額。
16. 如果您的Medi-Cal 福利申請未被及時決定，您有權獲得一次州聽證會。Medi-Cal必須在您申請之日起的45天之內決定您的合格性，或如果您合格性的基礎是殘障，則必須在申請之日起的90天之內決定您的合格性，但您被要求提供額外資訊、卻並未提供的情況除外。

- 如果您因為您的Medi-Cal 合格性決定時間延誤而想要得到一次州聽證，您必須提出請求。您可以在45天或90天以後的任何時間因您的Medi-Cal 合格性決定時間延誤而請求一次聽證。
  - 您可以請求聽證的方式有1) 聯繫離您最近的縣社會服務辦公室；2) 致電Department of Social Services。電話號碼：1-855-795-0634 或TDD 1-800-952-8349；或3) 向您的縣社會服務辦公室提出書面請求。您可以填寫行動通知 (Notice of Action) (NA Back 9表)背面的聽證請求表格，然後寄出該表，或其他的書面請求，給離您最近的縣社會服務辦公室。您的縣社會服務辦公室可以提供該表格或訪問 [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Chinese/NA\\_Back9\\_CH%20.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Chinese/NA_Back9_CH%20.pdf)。
17. 如果您對當地縣社會服務辦公室、DHCS或Covered California作出的、但除了有關健康保險費支付 (Health Insurance Premium Payment) (HIPP) 計畫以外的決定不滿，您有權獲得一次州聽證會。HIPP不是應享權益計畫；因此，對於HIPP沒有上訴權。
- 如果您想獲得一次州聽證會以便上訴有關決定，在得到「行動通知」(NOA) 或郵寄給您該通知當日的**90天**以內請求聽證會。
  - 如果您沒有收到NOA，您必須在您發現令您不滿的行動或無行動之日起的**90天**以內請求聽證會，除非該無行動情況是因決定您Medi-Cal 福利申請遇到延誤而起。
- 您可以請求聽證的方式有1) 聯繫離您最近的縣社會服務辦公室；2) 致電Department of Social Services。電話號碼：1-855-795-0634 或TDD 1-800-952-8349；或3) 向您的縣社會服務辦公室提出書面請求。您可以填寫NOA (NA Back 9表)背面的聽證請求表格，然後寄出該表，或其他的書面請求，給離您最近的縣社會服務辦公室。您的縣社會服務辦公室可以提供該表格或訪問 [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Chinese/NA\\_Back9\\_CH%20.pdf](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Chinese/NA_Back9_CH%20.pdf)。
18. 您有權審閱您自己的Medi-Cal 文檔以及用來決定您是否有資格享受Medi-Cal的所有Medi-Cal 計畫規章制度的手冊。
19. 您有權獲得有關這些計畫的資訊以及獲得這些服務的幫助：
- Child Health and Disability Prevention Program
  - Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
  - Personal Care Services Program
  - Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
  - Family Planning Access Care and Treatment Program

20. 您也可以跟一位社工或縣社會服務工作人員討論其他比如CalFresh 和CalWORKs 的公共或私人服務或資源。

## 如果我得到Medi-Cal，我有哪些責任要承擔？

您必須在下面列出的任一變化發生的10天以內，告訴您的縣社會服務工作人員該變化：

1. 您或您家庭的一位成員收入發生了變化。這可以是收入增加、減少或開始有收入或收入停止。這包括來自社會保障署(Social Security Administration) (SSA)的收入、貸款、結算金、工資、失業金以及其他收入來源。
2. 您的住宅或郵寄地址有變。
3. 您的家裡有人搬進來或搬出去，無論此人跟您或您的家庭有無關係。這包括新生兒以及寄養的孩子。
4. 您或您的家庭成員產子、懷孕或中止懷孕。
5. 您、您的配偶、或您家庭的任一成員住進或離開老人院或長期照護機構。
6. 您收到、轉讓、贈送或出售房產或個人財產（包括金錢）、或開或關任何銀行帳戶。這項要求僅適用於有關財產被計入您加入的或正接受評估以決定是否有資格加入的Medi-Cal 計畫的財產上限內的情況。如果有人給您或您家庭的任一成員財產，比如車、房子或保險費，您也必須報告。
7. 別人幫您支付有關費用。
8. 您或您家庭的任一成員找到一份工作、換工作或不再有工作。
9. 您工作或教育相關費用有變，比如托兒所或交通費用。
10. 您或您家庭的任一成員（包括孩子）出現身體或精神殘障。
11. 您或您家庭的任一成員向SSA、退伍軍人管理署 (Veterans Administration) 或鐵路職工退休委員會申請或得到殘障福利。
12. 正在申請或獲得Medi-Cal的您或您家庭的任一成員的公民或移民身份有變。
13. 您或您家庭的任一成員的健康保險承保福利有變。
14. 如果您為以前的寄養孩童加入Medi-Cal 計畫，如果您的住宅或郵寄地址有變，請告知您的社會服務工作人員。您不需要告訴您的工作人員其他變化，比如您收入、工作或費用的變化。

**您也必須：**

1. 您被要求提供您是California居民證明時，請照辦。
2. 您申請Medi-Cal時，請申報您的公民或移民身份。
3. 提供每一個申請Medi-Cal福利的人的社安號(SSN)。
  - 如果您是United States (U.S.) 公民、U.S. 國民、或有令人滿意的移民身份的人，您必須提供一個 SSN。如果您沒有SSN，您必須申請一個，並在您申請的60天以內將您的號碼告知縣社會服務辦公室。
  - 您可以從縣社會服務工作人員那兒得到申請SSN 的幫助。您必須與社會保障署(SSA) 合作，澄清任何出現的疑問，否則您的Medi-Cal 將被否決或終止。
  - 如果您申請上的任何人有資格享受Medi-Cal 然而卻沒有令人滿意的移民身份，他或她可以申請有限的Medi-Cal 福利而不必提供一個SSN。
4. 除非有不申請的合理理由，得為您或您家庭的任一成員申請應當獲得的其他收入或福利。這包括養老金、政府福利、退休收入、退伍軍人福利、年金、殘障福利、社會保障福利（老年、遺屬及殘障保險）以及失業金。這不包括諸如CalWORKs 或CalFresh的公共援助福利。
5. 如果您合格，申請Medicare。盲人、殘障人士、患有晚期腎病(End Stage Renal Disease)或64歲以及9個月或以上的個人都符合Medicare資格。您有責任告訴您的提供者您既有Medi-Cal，也有Medicare 福利。
6. 申請並加入供您和您家庭免費使用的任何健康保險計畫。
7. 將您現有的或應當享受的任何保健承保福利或保險（包括Medicare）告知縣社會服務辦公室和保健提供者。如果您故意不提供該資訊，您的提供者可能會讓您支付賬單並且您可能因此而有罪。



**您明白：**

1. 如果您有其他可以支付有關醫療保健服務的健康保險計畫（比如Kaiser, TRICARE 或一個Medicare HMO），您必須用這些保險。Medi-Cal 可能不會支付可由其他保險計畫承保的任何服務。
2. 如果您對您有其他保健承保福利有異議，您可以：1) 跟您當地的縣社會服務工作人員聯繫；2) 致電 1-800-541-5555; 或 3) 在DHCS 網站<http://dhcs.ca.gov/ohc> 填寫取消其他保健承保福利表格。
3. 如果您，或您家庭的任一成員因受傷而獲得訴訟和解金，包括Medi-Cal 已支付的醫療費補償，Medi-Cal 則應當得到訴訟和解金中補償醫療費的那部分錢。
4. 如果您對想如何得到您的福利未做出選擇，您或您的家庭成員可能會被安排加入一個離您家較近的Medi-Cal 保健計畫。
5. 您必須在您的「福利身份卡」(BICs) 上署名，並只能用來為您自己或合格的家庭成員獲得必要的健康照護。
6. 您生病或有約去看您的醫療提供者時，必須帶上您的BIC。您沒帶BIC、但遇到急診情況時，您必須儘快把您的BIC 拿給您的醫療提供者。
7. 當Medi-Cal 為您支付了您因他人造成的事故受傷或因他人而受傷所接受的醫療服務時，您必須告訴DHCS <http://dhcs.ca.gov/pi>。這包括在工作場所受傷的情況，因為這種情況可以申請工傷賠付。
8. 您必須與州或縣合作，確定父子關係，並找到在父母中的一方不與子女同住情況下、您或您的家庭或許應當享受的任何可能的醫療保險承保福利，除非您懷有身孕。
9. 如果質檢審查小組選擇審查您的個案，您必須與州合作。如果您拒絕合作，您的Medi-Cal 福利將被終止。
10. 如果您不申請或保留免費的保健承保福利或州支付的福利，您的Medi-Cal福利和合格性將被否決或終止。
11. 如果您不提供必要的資訊或您提供您明知是錯誤的資訊，您的Medi-Cal福利可能被否決或終止。您的個案將疑為欺詐而被調查。
12. 在申請Medi-Cal 時您提供的資訊將通過電腦跟雇主、銀行、SSA, 国税局 (Internal Revenue Service)、加州税务局 (Franchise Tax Board)、社會服務和其他機構提供的事實進行對比核實。這是為了確認收入、公民身份、令人滿意的移民身份、納稅情況以及其他相關資訊，以確定您和您的家庭成員是否有資格獲得健康保險。您有權向您的縣社會服務工作人員和/或Covered California提供證明，糾正任何錯誤資訊。

13. 有關您或您家庭中任一成員資訊的任何變化都可能影響到家庭其他成員的合格性。
14. 只有申請獲得Medi-Cal的人必須提供他們的SSN以及他們的移民或公民身份資訊。沒有申請Medi-Cal的人不需要提供SSN或移民或公民身份證明。您可以自願提供一個非申請人的SSN，以便於瞭解其他家庭成員是否合格。
15. 任何沒有令人滿意的移民身份，然而卻有資格享受Medi-Cal的人可以申請有限的Medi-Cal福利而不必提供一個SSN。
16. Medi-Cal申請上提供的有關一個人移民身份的資訊依據法律是加以保密並且安全的。
17. 根據您的收入，您可能每月得為某些Medi-Cal計畫支付保險費。對於其他的計畫，根據您的月收入，您可能得支付一部分費用。如果您的Medi-Cal有SOC，在Medi-Cal為您支付有關服務的費用以前，您可能每月得支付或承諾支付您的不超過您的SOC額的醫療費用。
18. 如果您不立即報告您個人資訊的變化，然後獲得您沒資格享受的Medi-Cal福利，您可能得賠償DHCS。
19. 獲得Medi-Cal的您或您的任一家庭成員不能從另一州得到公共援助。
20. 如果您因殘障而獲得Medi-Cal，並且您向SSA申請殘障福利，而且SSA否決您的殘障賠付，您的Medi-Cal可能被終止。
  - 如果您立刻對SSA的否決提出上訴，您將繼續得到Medi-Cal，直到SSA做出最後的決定。
  - 如果SSA批准您的上訴，您將繼續得到Medi-Cal福利。
  - 如果SSA否決您的上訴，那麼您的Medi-Cal福利可能終止。
21. Medi-Cal合格性的一個前提條件就是州自動享有所有為您和您有法定責任的合格人提供的醫療援助和醫療服務款項的權利。
22. 如果法庭命令不與您的孩子同住的家長為您的孩子提供醫療援助，保險提供方必須讓您加入並在沒有不與您的孩子同住的家長同意情況下必須為您的孩子提供福利。
23. Medi-Cal提供方不能從您那兒收取私人保險的共付額、共同保險額或抵扣額，除非該款項是用於滿足您的Medi-Cal SOC，共付額或兩者。
24. 您申請Medi-Cal時，您將被評估以便決定您是否有資格享受包括HIPP計畫的其他醫療援助計畫。

25. 如果您有其他健康保險承保福利，您的 Medi-Cal 只能用於其他保健計畫不承保的服務。您的 Medi-Cal 提供者在給 Medi-Cal 有關賬單前必須核實其他保健計畫不承保該服務。
26. 如果您住進一家護理機構，並且您不打算回家住，州可享有對您財產的留置權。
27. 您去世後，州必須通過您的不動產得到您在55歲以後獲得的所有Medi-Cal 服務費用的償還（包括為您支付的保險費）。這不適用於您配偶或登記同居伴侶在世期間或您留下了未滿21歲的孩子、或任何年齡的盲人或殘障孩子（依據聯邦社會保障法令(Social Security Act)的詮釋）的情況，或如果這樣的償還會給您的繼承人造成生活困苦的情況。請告知您的繼承人此項可能的償還情況。
28. 如果你去世後留下了遺產，當您的配偶或登記同居伴侶離世後，州有權收回您的配偶或登記同居伴侶的遺產或向這些遺產的任何繼承人收回這些遺產。償還金額僅限於補償為您支付的Medi-Cal 福利費用或您去世時的財產價值，以較低額為準。
29. 如果您是護理機構、心智殘障中級照護機構或其他醫療機構的住院病人，州必須通過您的不動產以得到您在55歲生日前獲得的服務費用的償還（包括為您支付的保險費）。欲得到更多資訊，請與您的縣社會服務工作人員聯繫或訪問DHCS網站 <http://dhcs.ca.gov/er>。

保留本文件以備用