

GIỮ LẠI TÀI LIỆU NÀY ĐỂ LƯU

Những thông tin quý vị cần biết khi nộp đơn xin và ghi danh tham gia Medi-Cal

Khi nộp đơn xin tham gia Medi-Cal, thông tin của tôi sẽ được sử dụng như thế nào?

Các ty xã hội của quận và/hoặc Covered California sẽ yêu cầu cung cấp thông tin cá nhân về quý vị để quyết định quý vị (hoặc người mà quý vị chịu trách nhiệm) có hội đủ điều kiện nhận phúc lợi Medi-Cal hay không. Quý vị phải cung cấp thông tin cá nhân này để nhận phúc lợi Medi-Cal.

Thông tin cá nhân thu thập về quý vị có thể được sử dụng theo những cách sau đây:

- Covered California và ty xã hội của quận sẽ sử dụng để xác định quý vị có hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc tham gia Covered California hay không.
- Các cơ quan hành chính của Tiểu Bang (administrative vendors) có thể sử dụng để giải quyết các yêu cầu trả bảo hiểm và/hoặc các khoản tiền trả lệ phí bảo hiểm và cấp Thẻ Trợ Cấp (Benefits Identification Cards) (BICs).
- Bộ Y Tế và Nhân Vụ Hoa Kỳ (United States Department of Health and Human Services) sử dụng cho các hoạt động kiểm toán và thanh tra kiểm soát chất lượng và để xác minh Số An Sinh Xã Hội (Social Security Numbers) (SSNs).
- Để xác minh tình trạng di trú với Bộ An Ninh Quốc Phòng (Department of Homeland Security) (DHS), nếu bắt buộc. Thông tin chia sẻ với DHS không thể được sử dụng để thi hành luật di trú, trừ khi quý vị có hành động gian lận.
- Các nhà cung cấp dịch vụ y tế và các Tổ Chức Giữ Gìn Sức Khỏe (Health Maintenance Organizations) (HMOs) sử dụng để xác nhận quý vị hội đủ điều kiện nhận dịch vụ.
- Để xác định nguồn bảo hiểm sức khỏe khác và để truy thu chi phí khi cần. Theo những cách khác, nhưng chỉ trong trường hợp luật pháp yêu cầu.



Để đọc về các quyền bảo vệ thông tin riêng tư của quý vị và Medi-Cal, vui lòng xem Thông Báo về Cách Thức Bảo Vệ Thông Tin Riêng Tư của Department of Health Care Services. Quý vị có thể tìm đọc thông tin này tại:

www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

Tôi có những quyền gì khi nộp đơn xin Medi-Cal?

1. Quý vị có quyền được đối xử bình đẳng và công bằng bất kể sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, tuổi, giới tính, xu hướng tính dục, đặc điểm nhận dạng, giới tính, tình trạng kết hôn, quan điểm chính trị, tình trạng cựu chiến binh hoặc khuyết tật. Quý vị có quyền gửi khiếu nại nếu nghĩ rằng chương trình Medi-Cal đã phân biệt đối xử đối với quý vị hoặc không cung cấp các phương tiện trợ giúp hợp lý theo luật tiểu bang và liên bang.

Quý vị có thể khiếu nại bằng cách gọi Department of Health Care Services (DHCS), Văn Phòng Dân Quyền (Office of Civil Rights) tại số 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) hoặc trên mạng trực tuyến tại www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx

2. Quý vị có quyền được đánh giá có hội đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình Medi-Cal nào hay không.
3. Quý vị có quyền được biết về chương trình Medi-Cal và giúp nộp đơn xin Medi-Cal.
4. Quý vị có quyền có người thông dịch nếu quý vị cần giúp nộp đơn xin Medi-Cal, có thắc mắc, hoặc không nói, đọc hoặc hiểu thông thạo tiếng Anh.
5. Quý vị có quyền phỏng vấn trực diện với một nhân viên của ty xã hội quận.
6. Nếu nghĩ rằng quý vị bị khuyết tật, quý vị có thể đề nghị Medi-Cal xét đơn xin để xem quý vị có hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm cho người khuyết tật hay không.
7. Nếu quý vị nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong ba tháng trước tháng nộp đơn xin, quý vị có quyền được đánh giá có hội đủ điều kiện được Medi-Cal đài thọ cho các dịch vụ đó hay không. Trường hợp này gọi là *hội đủ điều kiện được đài thọ chi phí cho thời gian trở về trước*. Liên lạc với ty xã hội quận của quý vị để tìm hiểu thêm hoặc để xin đài thọ chi phí cho thời gian trở về trước.
8. Quý vị có quyền được thông báo bằng văn bản về tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc có thay đổi gì về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hay không.
9. Quý vị có quyền được giữ kín mọi thông tin cung cấp cho ty xã hội quận hoặc Covered California. Quý vị có thể xem thông tin cá nhân đó trong giờ làm việc bình thường của ty xã hội quận.
10. Quý vị có quyền có thể Medi-Cal “do cần ngay” nếu hội đủ điều kiện và có một trường hợp cấp cứu y tế hoặc quý vị đang mang thai.
11. Quý vị có quyền hưởng Medi-Cal trong khi chờ xác minh tình trạng di trú của quý vị, nếu quý vị hội đủ tất cả các điều kiện khác.
12. Quý vị có quyền chọn chương trình sức khỏe Medi-Cal mà quý vị muốn nếu có hơn một chương trình Medi-Cal tại quận nơi quý vị cư ngụ.
13. Khi cung cấp cho Medi-Cal các hóa đơn y tế trước đây mà quý vị chưa trả, quý vị có thể giảm mức Share Of Cost (SOC) của quý vị, nếu có. Để tìm hiểu thêm về SOC, vui lòng liên lạc với ty xã hội quận của quý vị.
14. Nếu tài sản của quý vị được tính vào điều kiện nhận phúc lợi Medi-Cal, quý vị có quyền giảm bớt tài sản để hội đủ mức giới hạn về tài sản của Medi-Cal trễ nhất là ngày cuối cùng của tháng nộp đơn xin Medi-Cal. Nhân viên ty xã hội quận có thể cho quý vị biết thêm về mức giới hạn tài sản và việc hội đủ các điều kiện về tài sản.
15. Nếu quý vị, hoặc vợ/chồng của quý vị vào một cơ sở chăm sóc dài hạn (long-term-care) kể từ sau ngày 1 tháng Một năm 1990, quý vị và vợ/chồng của quý vị có quyền được chương trình Medi-Cal cho biết số tiền tài sản riêng và chung mà quý vị có thể giữ mà vẫn hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal.
16. Quý vị có quyền có một buổi điều trần cấp tiểu bang nếu đơn xin phúc lợi Medi-Cal của quý vị không được quyết định đúng thời hạn. Medi-Cal phải quyết định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị trong vòng 45 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn xin, hoặc 90 ngày nếu quý vị hội đủ điều kiện là do bị khuyết tật, trừ khi quý vị được yêu cầu cung cấp thêm thông tin nhưng chưa làm như vậy.

- Nếu quý vị muốn có một buổi điều trần cấp tiểu bang về việc quyết định tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal đúng thời hạn, quý vị phải xin một buổi điều trần như vậy. Quý vị có thể xin một buổi điều trần về việc quyết định tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal đúng thời hạn vào bất cứ lúc nào sau ngày thứ 45 hoặc 90.
 - Quý vị có thể xin một buổi điều trần bằng cách 1) liên lạc với ty xã hội quận nơi gần nhất; 2) gọi Department of Social Services tại số 1-855-795-0634 hoặc TDD 1-800-952-8349; hoặc 3) gửi yêu cầu bằng văn bản tới ty xã hội quận. Quý vị có thể điền mặt sau của Thông Báo Thủ Tục (Notice of Action) (mẫu NA Back 9) để xin một buổi điều trần và gửi mẫu đơn này, hoặc giấy yêu cầu khác, tới ty xã hội quận nơi gần nhất. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này qua ty xã hội quận hoặc trên website www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Vietnamese/NABack9VN.pdf.
17. Quý vị có quyền có một buổi điều trần cấp tiểu bang nếu quý vị không hài lòng với quyết định của ty xã hội quận địa phương, DHCS, hoặc Covered California, trừ trường hợp liên quan đến chương trình Trả Lệ Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe (Health Insurance Premium Payment) (HIPP). HIPP không phải là một chương trình theo quyền lợi được hưởng, do đó không có quyền kháng cáo đối với HIPP.
- Nếu quý vị muốn có một buổi điều trần cấp tiểu bang để kháng cáo quyết định đó, quý vị phải xin buổi điều trần này trong vòng **90 ngày** kể từ ngày Notice of Action (NOA) đưa tận tay hoặc gửi tới cho quý vị qua đường bưu điện.
 - Nếu không nhận được NOA, quý vị phải xin một buổi điều trần trong vòng **90 ngày** kể từ ngày biết được hành động hoặc việc không hành động khiến quý vị không hài lòng, trừ khi việc không hành động đó là do quyết định chậm trễ về việc xin phúc lợi Medi-Cal của quý vị.
 - Quý vị có thể xin một buổi điều trần bằng cách 1) liên lạc với ty xã hội quận nơi gần nhất; 2) gọi Department of Social Services tại số 1-855-795-0634 hoặc TDD 1-800-952-8349; hoặc 3) gửi đơn xin bằng văn bản tới ty xã hội quận. Quý vị có thể điền mặt sau của NOA (mẫu NA Back 9) để xin một buổi điều trần và gửi mẫu đơn này, hoặc văn bản yêu cầu khác, tới địa điểm hoặc tới số fax ghi trong mẫu đơn đó. Quý vị cũng có thể tới ty xã hội quận để nộp đơn xin kháng cáo. Quý vị có thể lấy mẫu đơn này qua ty xã hội quận của quý vị hoặc trên website www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Vietnamese/NABack9VN.pdf.
18. Quý vị có quyền xem hồ sơ Medi-Cal của quý vị và tất cả các quy chế cũng như tài liệu qui định của chương trình Medi-Cal, được sử dụng để quyết định tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal của quý vị.
19. Quý vị có quyền được biết về các chương trình này và giúp có được các dịch vụ này:
- 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. Quý vị có thể hỏi một nhân viên xã hội hoặc nhân viên của ty xã hội quận về các nguồn trợ giúp hoặc các dịch vụ khác của chính phủ hoặc tư nhân, chẳng hạn như CalFresh và CalWORKs.

Tôi có những trách nhiệm gì nếu được nhận Medi-Cal?

Quý vị phải cho nhân viên ty xã hội quận biết về bất kỳ thay đổi nào sau đây trong vòng 10 ngày kể từ khi có thay đổi đó:

1. Quý vị hoặc một thành viên trong gia đình quý vị có thay đổi về lợi tức. Qui định này áp dụng nếu lợi tức tăng hoặc giảm hoặc bắt đầu hoặc chấm dứt. Trong đó bao gồm lợi tức từ Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration) (SSA), các khoản vay, các khoản trả nợ, việc làm, thất nghiệp, và bất kỳ nguồn nào khác.
2. Quý vị thay đổi địa chỉ nhà hoặc địa chỉ nhận thư.
3. Một người chuyển vào hoặc chuyển ra khỏi nhà quý vị, cho dù người đó có phải là họ hàng thân thích với quý vị hoặc gia đình quý vị hay không. Bao gồm cả trẻ sơ sinh và trẻ em nhận nuôi theo hợp đồng với chính phủ.
4. Quý vị hoặc một thành viên trong hộ gia đình quý vị sinh con, bắt đầu mang thai, hoặc không còn mang thai nữa.
5. Quý vị, vợ/chồng của quý vị, hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị bắt đầu vào hoặc rời cơ sở điều dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn.
6. Quý vị nhận được, chuyển nhượng, tặng, hoặc bán bất động sản hoặc tài sản cá nhân (kể cả tiền), hoặc mở hoặc đóng trương mục ngân hàng. Yêu cầu này chỉ áp dụng nếu tài sản đó được tính cho chương trình Medi-Cal mà quý vị ghi danh tham gia hoặc đang được xét tham gia. Quý vị cũng phải báo cáo nếu ai đó tặng quý vị hoặc một thành viên trong gia đình quý vị những thứ như xe hơi, nhà, hoặc tiền trả bảo hiểm.
7. Quý vị có các khoản chi phí được người khác đài thọ.
8. Quý vị hoặc một thành viên trong gia đình có việc làm, thay đổi việc làm hoặc không còn làm việc nữa.
9. Quý vị có thay đổi về chi phí liên quan đến việc đi học hoặc đi làm, chẳng hạn như chi phí giữ trẻ hoặc đi lại.
10. Quý vị hoặc một thành viên trong gia đình, kể cả trẻ em, bắt đầu bị khuyết tật về thể chất hoặc tâm thần.
11. Nếu quý vị hoặc một thành viên trong gia đình nộp đơn xin hoặc được nhận trợ cấp tàn tật qua SSA, Cơ Quan Quản Lý Cựu Chiến Binh (Veterans Administration) hoặc Hưu Trí Ngành Hỏa Xa.
12. Quý vị hoặc một thành viên trong gia đình đang nộp đơn xin hoặc đang nhận Medi-Cal có thay đổi về quốc tịch hoặc tình trạng di trú.
13. Quý vị hoặc một thành viên trong gia đình có thay đổi về bảo hiểm sức khỏe.
14. Nếu quý vị ghi danh tham gia chương trình Medi-Cal cho thanh thiếu niên từng là con nuôi theo diện hợp đồng với chính phủ, hãy cho nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị biết là địa chỉ nhà hoặc địa chỉ nhận thư của quý vị thay đổi. Quý vị không cần phải cho nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị biết về các thay đổi khác, chẳng hạn như thay đổi về lợi tức, việc làm hoặc chi phí.

Quý vị cũng phải:

1. Cung cấp bằng chứng là quý vị cư ngụ tại California, khi được yêu cầu.
2. Xác nhận tình trạng quốc tịch hoặc di trú của quý vị, khi quý vị nộp đơn xin Medi-Cal.
3. Cung cấp Số An Sinh Xã Hội (SSN) cho bất kỳ ai đang nộp đơn xin phúc lợi Medi-Cal.
 - Nếu quý vị là công dân United States (U.S.), kiều dân U.S., hoặc có diện di trú hội đủ điều kiện, quý vị phải cung cấp số SSN. Nếu không có số này, quý vị phải nộp đơn xin số SSN và cung cấp số đó cho ty xã hội quận trong vòng 60 ngày kể từ khi nộp đơn xin.
 - Quý vị có thể được giúp nộp đơn xin số SSN từ nhân viên của ty xã hội quận. Quý vị phải cùng Sở An Sinh Xã Hội (SSA) giải đáp mọi thắc mắc phát sinh, hoặc nêu không phúc lợi Medi-Cal của quý vị sẽ bị từ chối hoặc chấm dứt.
 - Nếu bất kỳ ai trong đơn xin của quý vị hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal nhưng không có diện di trú hợp lệ, người đó có thể nộp đơn xin phúc lợi Medi-Cal hạn chế mà không cần phải cung cấp số SSN.
4. Nộp đơn xin lợi tức hoặc phúc lợi khác mà quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình được quyền hưởng, trừ khi có lý do chính đáng để không nộp đơn xin. Điều này bao gồm trợ cấp hưu trí, phúc lợi chính phủ, lợi tức hưu trí, trợ cấp cựu chiến binh, tiền niên kim, trợ cấp tàn tật, trợ cấp An Sinh Xã Hội (Bảo Hiểm Tuổi Già, Người Sống Ở Lại và Tàn Tật) và trợ cấp thất nghiệp. Điều này không bao gồm các phúc lợi trợ cấp công cộng chẳng hạn như CalWORKs hoặc CalFresh.
5. Nộp đơn xin Medicare, nếu quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị sẽ hội đủ điều kiện nhận Medicare nếu bị mù lòa, tàn tật hoặc mắc Bệnh Thận Giai Đoạn Cuối (End Stage Renal Disease), hoặc từ 64 tuổi 9 tháng trở lên. Quý vị có trách nhiệm cho các nhà cung cấp dịch vụ của quý vị biết là quý vị có cả bảo hiểm Medi-Cal và Medicare.
6. Nộp đơn xin và ghi danh tham gia bất kỳ chương trình bảo hiểm nào có sẵn miễn phí cho quý vị và gia đình của quý vị.
7. Cho ty xã hội quận và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe biết về bất kỳ bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị có hoặc được quyền sử dụng, kể cả Medicare. Nếu quý vị cố ý không cung cấp thông tin này, nhà cung cấp dịch vụ của quý vị có thể gửi hóa đơn yêu cầu quý vị trả tiền và quý vị có thể bị kết tội.

Quý vị hiểu rằng:

1. Quý vị phải sử dụng chương trình chăm sóc sức khỏe khác của quý vị (chẳng hạn như Kaiser, TRICARE hoặc Medicare HMO) để chăm sóc chữa trị nếu quý vị có bảo hiểm sức khỏe khác bao trả cho dịch vụ đó. Medi-Cal không được phép đòi hỏi cho bất kỳ dịch vụ nào được bảo hiểm khác bao trả.
2. Nếu quý vị phản đối việc quý vị có bảo hiểm sức khỏe khác, quý vị có thể: 1) liên lạc với nhân viên của ty xã hội quận tại địa phương; 2) gọi số 1-800-541-5555; hoặc, 3) điền mẫu đơn loại bỏ bảo hiểm sức khỏe khác trên website của DHCS tại <http://dhcs.ca.gov/ohc>.
3. Nếu quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình nhận được tiền bồi thường theo luật cho thương tích, kể cả các khoản chi phí y tế mà Medi-Cal đòi hỏi, Medi-Cal có quyền được hoàn trả phần chi phí y tế đó từ số tiền bồi thường.
4. Nếu quý vị không lựa chọn cách thức muốn nhận phúc lợi, quý vị và các thành viên trong gia đình có thể được đưa vào một chương trình sức khỏe Medi-Cal ở gần nhà.
5. Quý vị phải ký Thẻ Nhận Trợ Cấp (BIC) của quý vị và chỉ được sử dụng thẻ này để nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho bản thân hoặc các thành viên gia đình hội đủ điều kiện.
6. Quý vị phải mang theo thẻ BIC khi đi khám bệnh hoặc có hẹn khám bác sĩ. Trong các trường hợp khẩn cấp nhưng không có thẻ BIC, quý vị phải đưa thẻ BIC đó cho nhà cung cấp dịch vụ y tế đó càng sớm càng tốt.
7. Quý vị phải cho DHCS biết tại <http://dhcs.ca.gov/pi> khi Medi-Cal đòi hỏi cho các dịch vụ y tế mà quý vị nhận được do một tai nạn hoặc thương tích mà người khác gây ra. Trong đó bao gồm thương tích tại nơi làm việc mà quý vị có thể nộp đơn yêu cầu bồi thường tai nạn lao động.
8. Quý vị phải hợp tác với cơ quan quận hoặc Tiểu Bang để thiết lập mối quan hệ cha con và xác định bất kỳ bảo hiểm y tế nào mà quý vị hoặc gia đình quý vị có thể được hưởng qua một người cha/mẹ vắng mặt, trừ khi quý vị đang mang thai.
9. Quý vị phải hợp tác với Tiểu Bang nếu nhóm thanh tra kiểm soát chất lượng muốn xem xét hồ sơ của quý vị. Nếu quý vị từ chối hợp tác, phúc lợi Medi-Cal của quý vị sẽ chấm dứt.
10. Nếu quý vị không nộp đơn xin hoặc giữ bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc bảo hiểm do tiểu bang đòi hỏi, phúc lợi Medi-Cal và tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị sẽ bị từ chối hoặc chấm dứt.
11. Nếu quý vị không cung cấp thông tin cần thiết hoặc nếu quý vị cung cấp thông tin mà quý vị biết là giả mạo, phúc lợi Medi-Cal của quý vị có thể bị từ chối hoặc chấm dứt. Hồ sơ của quý vị cũng có thể bị điều tra nếu nghi ngờ gian lận.
12. Thông tin mà quý vị cung cấp khi nộp đơn xin Medi-Cal sẽ được máy tính kiểm tra đối chiếu với thông tin dữ liệu mà các hãng sở, ngân hàng, SSA, Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service), Ủy Ban Thuế Kinh Tiêu (Franchise Tax Board), ty xã hội và các cơ quan khác cung cấp. Việc này là để xác nhận lợi tức, quốc tịch, diện di trú đủ điều kiện, thông tin về thuế và các thông tin liên quan khác để xem quý vị và các thành viên trong gia đình quý vị có hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe hay không. Quý vị có quyền cung cấp bằng chứng cho nhân viên của ty xã hội quận và/hoặc Covered California để hiệu chỉnh bất kỳ thông tin nào không đúng.

13. Bất kỳ thay đổi nào về thông tin của quý vị hoặc thông tin của bất kỳ thành viên nào trong gia đình đều có thể ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện của các thành viên khác trong gia đình.
14. Chỉ có những người nộp đơn xin Medi-Cal mới phải cung cấp số SSN và thông tin về diện quốc tịch hoặc di trú của họ. Những người không xin Medi-Cal không bắt buộc phải cung cấp số SSN hoặc bằng chứng về diện di trú hoặc quốc tịch. Quý vị có thể chọn cung cấp số SSN của một người không nộp đơn xin để biết các thành viên khác trong gia đình có hội đủ điều kiện hay không.
15. Những người không có diện di trú hợp lệ nhưng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal có thể nộp đơn xin phúc lợi Medi-Cal hạn chế mà không cần xin hoặc cung cấp số SSN.
16. Thông tin về diện di trú của một người trong đơn xin Medi-Cal được giữ kín và bảo mật, theo qui định của luật pháp.
17. Dựa trên mức lợi tức của quý vị, quý vị có thể phải trả một khoản lệ phí bảo hiểm hàng tháng cho một số chương trình Medi-Cal. Đối với các chương trình khác, quý vị có thể phải trả một phần chi phí tùy thuộc vào mức lợi tức hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị có Medi-Cal với SOC, quý vị có thể phải trả hoặc cam kết trả các khoản chi phí y tế của quý vị hàng tháng, tới mức tối đa bằng SOC, thì Medi-Cal mới bắt đầu bao trả cho các dịch vụ.
18. Nếu quý vị không báo cáo ngay các thay đổi về thông tin cá nhân và sau đó nhận phúc lợi Medi-Cal mà quý vị không hội đủ điều kiện được nhận, quý vị có thể phải hoàn trả cho DHCS.
19. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên gia đình nào đang nhận Medi-Cal, phải **không** được nhận trợ cấp chính phủ từ tiểu bang khác.
20. Nếu quý vị đang nhận Medi-Cal do bị khuyết tật và quý vị nộp đơn xin trợ cấp tàn tật của SSA, nhưng SSA từ chối đơn xin trợ cấp tàn tật của quý vị, phúc lợi Medi-Cal của quý vị có thể bị ngưng.
 - Nếu quý vị kháng cáo ngay quyết định từ chối SSA, quý vị sẽ tiếp tục nhận phúc lợi Medi-Cal cho đến khi SSA ra quyết định chính thức cuối cùng.
 - Nếu SSA phê chuẩn kháng cáo của quý vị, quý vị sẽ tiếp tục được nhận phúc lợi Medi-Cal.
 - Nếu SSA từ chối kháng cáo của quý vị, phúc lợi Medi-Cal của quý vị có thể chấm dứt.
21. Để hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal, Tiểu Bang tự động được hưởng tất cả các quyền nhận chu cấp y tế và tiền đài thọ dịch vụ y tế cho quý vị và bất kỳ người nào hội đủ điều kiện mà quý vị phải chịu trách nhiệm theo luật.
22. Nếu trợ cấp y tế là theo lệnh tòa án và do người cha/mẹ vắng mặt trả cho con của quý vị, hãng bảo hiểm phải cho phép quý vị ghi danh tham gia và phải cung cấp quyền lợi bảo hiểm cho con quý vị mà không cần sự đồng ý của người cha/mẹ vắng mặt kia.
23. Các nhà cung cấp dịch vụ của Medi-Cal không thể thu tiền đồng trả, đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ bảo hiểm tư nhân từ quý vị, trừ khi số tiền đó được trừ vào mức SOC Medi-Cal, tiền đồng trả của quý vị hoặc cả hai.
24. Khi nộp đơn xin Medi-Cal quý vị sẽ được đánh giá tình trạng hội đủ điều kiện tham gia các chương trình trợ cấp y tế khác, trong đó bao gồm cả Chương Trình HIPP.

25. Nếu có bảo hiểm sức khỏe khác, quý vị chỉ có thể sử dụng Medi-Cal cho các dịch vụ không được chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe đó bao trả. Nhà cung cấp dịch vụ Medi-Cal của quý vị phải kiểm tra xác nhận là dịch vụ đó không được bao trả trước khi gửi hóa đơn cho Medi-Cal.
26. Nếu quý vị vào một cơ sở điều dưỡng và không có ý định trở về nhà, tiểu bang có quyền giữ thể chấp căn nhà của quý vị.
27. Sau khi quý vị qua đời, Tiểu Bang phải thu lại chi phí tất cả các dịch vụ Medi-Cal mà quý vị được nhận sau năm 55 tuổi (kể cả lệ phí bảo hiểm trả thay mặt cho quý vị) từ tài sản của quý vị. Trường hợp này không áp dụng trong thời gian vợ/chồng hoặc người yêu đăng ký sống chung của quý vị còn sống hoặc nếu quý vị có con dưới 21 tuổi, hoặc có con bị mù lòa hoặc tàn tật ở bất kỳ độ tuổi nào (theo định nghĩa của Đạo Luật An Sinh Xã Hội của Liên Bang (Social Security Act)), hoặc nếu việc truy thu đó sẽ gây khó khăn cho những người thừa kế của quý vị. Vui lòng thông báo cho những người thừa kế của quý vị về khả năng truy thu này.
28. Nếu quý vị để lại tài sản vào thời điểm quý vị qua đời, khi người vợ/chồng hoặc người yêu đăng ký sống chung của quý vị qua đời sau đó, Tiểu Bang có quyền truy thu tài sản để lại của người vợ/chồng hoặc người yêu đăng ký sống chung của quý vị hoặc bất kỳ người nào khác được nhận các tài sản đó. Việc truy thu chỉ giới hạn ở số tiền phúc lợi Medi-Cal đã trả thay mặt cho quý vị hoặc giá trị tài sản mà quý vị sở hữu vào thời điểm qua đời, mức nào thấp hơn sẽ áp dụng.
29. Tiểu Bang có thể truy thu từ tài sản để lại của quý vị để bù trả cho các dịch vụ mà quý vị đã nhận (kể cả những khoản lệ phí bảo hiểm trả thay mặt cho quý vị) trước khi quý vị tròn 55 tuổi nếu quý vị là bệnh nhân nội trú tại một cơ sở điều dưỡng, cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người chậm phát triển trí tuệ, hoặc cơ sở y tế khác. Để tìm hiểu thêm, vui lòng liên lạc với nhân viên tư vấn xã hội quận của quý vị hoặc tới website của DHCS tại <http://dhcs.ca.gov/er>.

GIỮ LẠI TÀI LIỆU NÀY ĐỂ LƯU