加州醫療保健福利每年從新審核資格決定通知書

通知日期：_____

檔案號碼：_____

審核社工姓名：_____

審核社工號碼：_____

審核社工電話號碼：_____

辦公室時間：_____

不要失去您的加州醫療保健福利或保健計劃權益！
將附寄給您那份加州醫療福利每年從新審核資格決定表格
填寫妥當並且寄回

爲了繼續享用加州醫療保健福利(Medi-Cal), 您必須每年一次給我們您的資料。我們根據您供給我們的資料審查，您是否仍然有資格享用加州醫療福利。這是每年一次審核決定。

填寫那份加州醫療保健福利每年從新審核資格決定表格，並且在_____日期前把它寄回。

您目前仍然享用加州醫療保健福利。如果您不填寫那份加州醫療保健福利每年從新審核資格決定表格，和不寄回那份表格。我們將會採取步驟停止您的加州醫療福利。

就算您認爲您可能沒有資格再享用加州醫療福利，亦要填寫妥當和寄回那份表格。我們需要那份表格和您的資料，以便查核是否您或您家人仍然有資格享用，並找出哪一種加州醫療保健計劃對您和您的家人是最合適。如果您有疑問或那份表格需要有人幫助，請致電列在通知書上的審核社工電話號碼。

切記！若您的表格沒有填寫妥當寄回，我們沒有您的資料，您的加州醫療保健福利或保健計劃權益有可能會停止。若您錯過日期沒有寄回那份表格，並欲繼續享用加州醫療福利，請現在打電話給您的審核社工！