



Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725



我們需要您提供更多的文件
否則，您將失去您的健康保險

{FIRST_NAME} {LAST_NAME}
{ADDRESS_LINE1}
{ADDRESS_LINE2}
{CITY}, {STATE_CD (FK)} {ZIPCODE}

<Date>

案件編號：{#####}

親愛的 {FIRST_NAME} {LAST_NAME},

感謝您透過 Covered California 選擇健康保險。

我們需要能夠證明您的美國公民、美國國民或具有合法移民身份的非公民身份的文件，以便繼續透過 Covered California 維持您的健康保險。這些文件將予以保密，並僅用於確定您是否符合健康保險計劃的資格條件。它們不會用於移民執法目的。您之前可能已經向我們發送相關文件，但我們無法利用您發送的文件核對您的以下家庭成員的居民身份或移民身份：

- {FIRST_NAME} {LAST_NAME}
- {FIRST_NAME} {LAST_NAME}
- {FIRST_NAME} {LAST_NAME}

重要事項：您必須在 2015 年 8 月 31 日之前發送必需的文件，以便透過 Covered California 保留您的健康保險。

現在怎麼做

1. 請閱讀以下「[文件列表](#)」，瞭解您需要提供哪些文件。
2. 將您的文件上傳、傳真或郵寄給我們。您可能需要發送多份文件。
3. 如果您需要幫助，請致電 **1-800-300-1533**。TTY 用戶請撥打 **1-888-889-4500**。請參閱下文，瞭解更多資訊。

如果我沒有發送文件，會怎麼樣？

如果我們沒有收到您的文件，Covered California 將需要取消您的健康保險以及您獲得的用於降低您的每月保費和現付費用的（以保費稅收抵免及成本分攤扣減形式提供的）聯邦財政援助。如果您已經獲得保費稅收抵免，但您的健康保險被取消，您在 2016 年進行納稅申報時可能需要償還之前獲得的部分或所有稅收抵免。在您的健康保險被取消後，如果您不再參保並且不符合豁免條件，您還將面臨稅收罰款。

如果您已經發送文件

如果您已經發送文件，請聯絡我們，以確認我們是否已收到相關文件，或者詢問您是否需要發送其他資料。您可能已經發送文件，但我們無法根據收到的文件核實相關人士的公民身份或移民身份。您需要確保相

我們根據以下《平價醫療法案》規定向您發送該通告：

§155.315 與透過交易所加入 QHP 的資格相關的驗證流程

關文件為本信函列表上的文件，並且在 **2015 年 8 月 31 日**前重新發送。如果我們沒有收到正確的文件，您將會失去您的健康保險。

如何獲得幫助

如果您有任何疑問，或在上傳、傳真或郵寄文件時需要幫助，請致電 **1-800-300-1533**。TTY 用戶請撥打 **1-888-889-4500**。

如果您在登記期間獲得 **Covered California** 的經認證登記諮詢師或經認證保險代理人的幫助，您可以再次聯絡他們，獲得一對一的幫助。他們可以幫助您確定需要發送哪些文件。他們可以幫助您將文件上傳至您的 **CoveredCA.com** 賬戶。若要尋找您附近的登記諮詢師或代理人，請瀏覽 **www.CoveredCA.com** 及點擊「[尋找本地幫助](#)」。

如何發送文件

1. **選項 1**（最快的方法）：將文件上傳至您的 www.CoveredCA.com 賬戶。

您可掃描或拍攝您的文件，然後上傳。

- 登錄您的賬戶。
- 點擊「操作」下方右側的「管理驗證」連結。
- 點擊「提交驗證」。
- 點擊「上傳文件」連結。
- 在下拉菜單選擇「文件類型」。
- 按照屏幕所示步驟操作，直至看到確認訊息「文件已成功上傳」。

由於該列表並未包括所有可能的文件，如果您沒有在下拉列表中看到您的文件的類型，請選擇「美國護照」（即使您並沒有美國護照），以便繼續提交文件。

選項 2：將文件傳真至 **Covered California**（本信函的第 5 頁載有「這是我的證明」，請在傳真文件時，將該頁作為封面頁）。

傳真至 1-888-329-3700。

選項 3：將文件副本郵寄至 **Covered California**（本信函的第 5 頁載有「這是我的證明」，請在郵寄文件時，將該頁作為封面頁）。

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

切勿郵寄正本。請僅發送清晰的副本。

我們需要在 **2015 年 8 月 31 日**前收到您的文件。

有疑問？

如果您創建了 **CoveredCA** 賬戶，請登錄您在 www.CoveredCA.com 的賬戶，或者致電 **1-800-300-1533**（TTY 用戶請撥打 **1-888-889-4500**）聯絡 **Covered California** 服務中心。您可於週一至週五上午 8 時至下午 6 時以及週六上午 8 時至下午 5 時來電。此為免付費電話。您亦可透過 www.CoveredCA.com 的「[尋找本地幫助](#)」獲得能夠講您的語言的經認證登記諮詢師的幫助。

美國公民及國民的文件列表

若要查看某些文件的樣本，或獲得有關如何向我們發送您的文件的更多資訊，請瀏覽 www.CoveredCA.com 的「常見問題解答」部分。請記住：即使您的文件未在此處列出，如果您認為您的文件可證明您的合法移民身份，您仍可透過點擊「美國護照」發送您的移民文件。

若要證明您是美國公民或美國國民，請發送以下**其中一份文件**的副本：

- 美國護照
- 入籍證明 (N-550/N-570)
- 公民證明 (N-560/N-561)
- 聯邦認可印第安部落簽發的文件，該文件載有您的姓名、簽發該文件的聯邦認可印第安部落的姓名，并可證明您在該部落的成員身份、登記狀況及聯繫。您可提供的文件包括：
 - 部落登記卡
 - 印第安血統純度鑒定
 - 部落人口普查文件
 - 適當部落官員簽署的部落抬頭文件

- 或

如果您沒有上述列表所載的任何文件證明您是美國公民或美國國民，請發送**兩份文件的副本**（以下列表各一份）：

來自以下列表的一份文件：	來自以下列表的一份文件： (該等文件具有您的照片或其他資訊，如姓名、年齡、種族、身高、體重、眼睛顏色或地址)
<ul style="list-style-type: none">• 美國出生證明• 海外出生領事報告 (FS-240, CRBA)• 出生報告證明 (DS-1350)• 海外出生證明 (FS-545)• 美國公民身份證 (I-197 或之前的版本 I-179)• 北馬里納亞部落登記卡 (I-873)• 顯示 1976 年 6 月 1 日之前的就業狀況的美國公務員就業記錄• 顯示美國出生地的兵役記錄• 由診所、醫院、醫師、助產士或保健機構提供的顯示美國出生地的美國醫療機構• 顯示美國出生地的美國人壽、健康或其他保險記錄• 顯示美國出生地且在美國記錄的宗教記錄• 顯示兒童姓名及美國出生地的學校記錄• 顯示美國公民身份或美國出生地的聯邦或州人口普查記錄• 顯示相關人員姓名和美國出生地的最終收養判決書• 自動獲得美國公民身份的外國出生收養兒童的文件 (IR3 或 IH3)	<ul style="list-style-type: none">• 由美國州或管轄區簽發的駕駛執照• 由聯邦、州或地方政府簽發的身份證• 學生卡• 診所、醫生、醫院或學校記錄，包括學前或日托記錄（適用於年齡未滿 19 歲的兒童）• 美國軍人證或兵役記錄或軍屬身份證• 美國海岸警衛隊船員登記卡• 選民投票登記卡• 可證明您身份的另外兩份文件，如，僱主身份證、高中及大學畢業證、結婚證、離婚證、房契或產權證書。

我們根據以下《平價醫療法案》規定向您發送該通告：

§155.315 與透過交易所加入 QHP 的資格相關的驗證流程

證明合法移民身份的文件列表

如果您不是美國公民或美國國民，您可證明您的合法移民身份并發送以下**其中一份文件**的副本：

- 永久居留卡「綠卡」，(I-551)
- 工卡「工作許可證」，(I-766)*
- 外國護照帶可接受的印鑒或簽證
- 外國護照的入境/出境記錄 (I-94) 再入境許可 (I-327)
- 入境/出境記錄 (I-94/I-94A)
- 臨時 I-551 蓋章（護照或 I-94/I-94A 上）
- 國土安全部簽發的保釋遞解行政命令
- 表明不遞解出境的文件（或者驅逐出境的扣壓）
- 難民旅行證 (I-571)
- 機讀移民簽證（臨時 I-551 語言）
- 非移民學生身份資格證明 (I-20)
- 交換訪問學者身份資格證明 (DS-2019)
- 受理通知 (I-797)
- 由美國衛生和公眾服務部 (HHS) 難民安置辦公室 (ORR) 出具的證明
- 難民安置辦公室 (ORR) 的認可函（若年齡未滿 18 歲）
- 證明相關人士屬於聯邦認可的印第安部落成員或在加拿大出生的美國印第安人的文件
- 美屬薩摩亞居民身份證

*類別代碼為 C-33 的 I-766（暫緩遣返青少年）除外

屬於暫緩遣返青少年的人士

如果您是具有緩遣返青少年 (DACA) 身份的人士，只要您滿足收入和居住要求，您可獲得 Medi-Cal。但是，您沒有資格購買 Covered California 健康保險計劃。如果您不符合 Medi-Cal 的條件，您可透過本地的郡計劃、社區診所獲得護理，或有資格獲得基於僱主的承保。您亦可自 Covered California 以外的健康保險運營商處直接購買健康保險計劃。

這是我的證明
公民身份與合法存在
(如果您傳真或郵寄文件，請將該頁作為封面頁)

案件編號

主申請人姓名：_____

主要聯絡人電話號碼：_____

請務必填寫以上三行。重要事項：請將本頁置於您要發送的文件副本之上。

傳真： 1-888-329-3700

或

郵寄： Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725



**COVERED
CALIFORNIA**

*Your destination for quality
healthcare, including Medi-Cal*

獲得英文以外語言的幫助

英文：重要事項：您需要我們幫助您閱讀此函嗎？此次致函意在告知您有關您的健康保險申請事宜。我們需要您提供更多資訊，以確認您是否有資格透過 **Covered California** 或 **Medi-Cal** 獲得健康保險。我們並沒有收到或者無法處理您提供的可證明您或您的家庭成員是美國公民、美國國民或具有合法的移民身份，可在美國合法存在的文件。

若您未能於截止日期之前向我們發送所需的資訊，則您可能無法獲得所需的健康保險。您可撥打 **1-800-300-1533**，向講您的語言的人員諮詢。您亦可要求將此函翻譯為您的語言版本或索取其他格式（如大字版）的信函。TTY 用戶請撥打 **1-888-889-4500**。

English: IMPORTANT: Do you need help reading this letter? This letter is about your health insurance application. We need more information from you to see if you qualify for health insurance through Covered California or Medi-Cal. We did not get or could not process documents from you that show you or members of your household are U.S. citizens, U.S. nationals, or are lawfully present in the United States with eligible immigration status.

If you do not send us the information we need by the due date, you may not get the health coverage you need. You can call **1-800-300-1506** to speak with someone who speaks your language. You can also ask for this letter to be translated to your language or in another format such as, large print. For TTY call 1-888-889-4500.

Español: IMPORTANTE: ¿Necesita ayuda para leer esta carta? Esta carta es sobre su solicitud para un seguro de salud. Necesitamos más información sobre usted para ver si es elegible para un seguro de salud a través de Covered California o Medi-Cal. No recibimos o no pudimos procesar sus documentos que muestren que usted o los miembros de su hogar son ciudadanos o nacionales de EE.UU. o que están legalmente en los Estados Unidos y su estatus migratorio es elegible.

Si no nos envía la información que necesitamos a más tardar en la fecha límite, posiblemente usted no obtenga la cobertura de salud que necesita. Usted puede llamar al **1-800-300-0213** para hablar con alguien que hable su idioma. También puede pedir que traduzcan esta carta en su idioma o en otro formato, como letras grandes. Si tiene TTY, llame al 1-888-889-4500.

Tiếng Anh: QUAN TRỌNG: Quý vị có cần trợ giúp để đọc thư này không? Thư này trình bày về việc nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế của quý vị. Chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị để xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California hoặc Medi-Cal không. Chúng tôi đã không nhận được hoặc không thể xử lý tài liệu từ quý vị chứng minh quý vị hoặc thành viên hộ gia đình

我們根據以下《平價醫療法案》規定向您發送該通告：

§155.315 與透過交易所加入 QHP 的資格相關的驗證流程

của quý vị là công dân Hoa Kỳ, người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ với tình trạng nhập cư đủ điều kiện.

Nếu quý vị không gửi cho chúng tôi thông tin mà chúng tôi cần tính đến ngày hết hạn, quý vị có thể không nhận được khoản bao trả y tế mà quý vị cần. Quý vị có thể gọi **1-800-652-9528** để trao đổi với người nói ngôn ngữ của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu thư này được dịch sang ngôn ngữ của mình hoặc ở một định dạng khác như, bản in khổ lớn. Người dùng TTY gọi số **1-888-889-4500**.

영어: 중요: 본 통지문을 읽기 위해 도움이 필요하십니까? 이 편지는 귀하의 건강 보험 신청에 관한 내용입니다. 귀하의 **Covered California** 를 통한 건강 보험 또는 **Medi-Cal** 가입 자격을 확인하기 위해 보다 자세한 정보가 필요합니다. 귀하나 귀하의 가족이 미국 시민, 미국 국적을 갖고 있거나 합법적인 이민 신분의 미국 거주민임을 증명하는 서류를 저희측에서 받아보지 못했거나 처리하지 못했습니다.

필요한 정보를 마감일까지 제출하지 않으면 귀하에 필요한 건강 보험 보장을 받지 못하실 수 있습니다. **1-800-738-9116** 에 전화하여 귀하의 언어로 소통가능한 상담원과 통화하십시오. 또, 이 편지를 귀하의 사용 언어로 번역하거나 확대본처럼 다른 형식의 편지로 요청하실 수 있습니다. TTY 는 **1-888-889-3700** 으로 전화하십시오.

Tagalog: MAHALAGA: Nangangailangan ka ba ng tulong sa pagbasa ng sulat na ito? Ang sulat na ito ay tungkol sa iyong aplikasyon sa pangkalusugang insurance. Nangangailangan kami ng karagdagang impormasyon mula sa iyo upang malaman kung karapat-dapat ka para sa pangkalusugang insurance sa pamamagitan ng Covered California o Medi-Cal. Hindi natanggap o hindi mapoproseso ang mga dokumento mula sa iyo o sa mga kasapi ng iyong sambahayan na mga U.S. citizen, U.S. national, o mga legal na nasa Estados Unidos na may kwalipikadong estado sa imigrasyon.

Kung hindi mo ipapadala sa amin ang impormasyong kailangan namin bago lumipas ang petsa ng taning, maaaring hindi mo matanggap ang pangkalusugang kasaklawan na kinakailangan mo. Maaari kang tumawag sa **1-800-983-9816** upang makipag-usap sa isang tao na nakapagsasalita ng iyong wika. Maaari ring hilingin mo na isalin ang sulat na ito sa iyong wika o sa ibang pormat tulad ng malalaking imprinta. Para sa TTY, tumawag sa **1-888-889-4500**.

Lus Askiv: TSEEM CEEB: Koj puas xav tau kev pab nyeem tsab ntawv no? Tsab ntawv no hais txog koj daim ntawv thov pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv. Peb xav saib koj cov ntaub ntawv ntxiv seb koj puas muaj cai rau pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv los ntawm Covered California lossis Medi-Cal. Peb tsis tau txais lossis tsis tuaj yeem lis cov ntaub ntawv uas tuaj ntawm koj tau lossis cov neeg hauv koj cuab yig uas yog neeg pej xeem Meskas, neeg xam xaj Meskas, lossis yog cov nyob raug cai rau hauv Tebchaws Meskas uas muaj cai raws li neeg thoj nam.

Yog koj tsis xa cov ntaub ntawv no rau peb kom tsis pub dhau hnuv hais tseg, tej zaum koj yuav tsis tau txais pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv raws li koj xav tau. Koj tuaj yeem hu rau **1-800-771-2156** mus tham nrog ib tug neeg uas paub hais koj hom lus. Koj tuaj yeem thov kom tsab ntawv no txhais ua koj hom lus lossis muab kho ua lwm ntawv xws li muab luam tawm kom loj. Rau cov TTY hu rau **1-888-889-4500**.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Вам нужна помощь, чтобы прочитать это письмо? Это письмо касается Вашего заявления на медицинское страхование. Нам нужно получить больше информации от Вас, чтобы определить, соответствуете ли Вы требованиям для получения медицинского страхования через Covered California или Medi-Cal. Мы не получили или не смогли обработать

我們根據以下《平價醫療法案》規定向您發送該通告:

§155.315 與透過交易所加入 QHP 的資格相關的驗證流程

предоставленные Вами документы, подтверждающие, что Вы или члены Вашей семьи являются гражданами США, подданными США или лицами, проживающими в США на законных основаниях, с соответствующим требованиям иммиграционным статусом.

Если Вы не отправите нам требуемую информацию до установленной даты, Вы можете не получить необходимое Вам страховое покрытие медицинского обслуживания. Вы можете позвонить по номеру **1-800-778-7695**, чтобы поговорить с лицом, владеющим Вашим языком. Вы также можете обратиться с запросом на перевод этого письма на Ваш язык или на предоставление этого письма в другом формате, например, крупным шрифтом. Лица с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-(888)-889-4500.

Հայերեն: ԿԱՐԵՎՈՐ է: Ձեզ օգնություն հարկավոր է այս նամակը կարդալու հարցում: Այս նամակը առողջության ապահովագրության Ձեր դիմումի մասին է: Մեզ անհրաժեշտ է Ձեզանից լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք «Covered California» կամ «Medi-Cal» ծրագրերի միջոցով առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Մենք Ձեզանից չենք ստացել կամ չենք կարողացել քննել այն փաստաթղթերը, որոնք ցույց են տալիս, որ Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամները ԱՄՆ քաղաքացիներ, ԱՄՆ հպատակներ են կամ ներգաղթողի ընդունելի կարգավիճակով օրինականորեն գտնվում են Միացյալ Նահանգներում:

Եթե Դուք մինչև պահանջված ամսաթիվը մեզ չուղարկեք մեզ անհրաժեշտ տեղեկությունները, ապա հնարավոր է, որ Դուք չստանաք առողջության այն ապահովագրությունը, որի համար դիմել եք: Կարող եք զանգահարել **1-800-996-1009** հեռախոսահամարով և խոսել Ձեր լեզվով խոսող որևէ աշխատակցի հետ: Կարող եք նաև խնդրել, որ այս նամակը թարգմանվի Ձեր լեզվով կամ Ձեզ տրամադրվի որևէ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ խոշորատառ տպագրությամբ: TTY-ի համար զանգահարեք **1-888-889-4500**:

انگلیسی: مهم: آیا برای خواندن این نامه احتیاج به کمک دارید؟ این نامه در ارتباط با فرم تقاضای بیمه بهداشتی شما است. برای تعیین اینکه آیا شما از طریق Covered California یا Medi-Cal صلاحیت برخوردار از بیمه بهداشتی دارید، نیاز به اطلاعات بیشتر از سو شما داریم. اطلاعاتی که نشان می دهد که شما یا اعضاء خانوار شما تابعیت آمریکا، یا شهروندی آمریکا را دارند، یا به صورت قانونی با وضعیت صلاحیت دار مهاجرتی در آمریکا حضور دارند را دریافت نکردیم یا نتوانستیم آنها را پردازش کنیم.

اگر اطلاعات مورد نیاز ما را تا تاریخ سررسید به ما ارسال نکنید، ممکن است نتوانید پوشش بهداشتی مورد نیازتان را دریافت نمایید. برای گفتگو با شخصی که به زبان شما صحبت می کند می توانید با شماره **1-800-921-8879** تماس بگیرید. همچنین می توانید درخواست کنید که این نامه به زبان شما یا به فرمت دیگری مانند چاپ درشت به شما ارسال شود. برای TTY با شماره **1-888-889-4500** تماس بگیرید.

Khmer: ចំណុចសំខាន់៖ តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអានលិខិតនេះដែរឬទេ? លិខិតនេះគឺទាក់ទងនឹង ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក ដើម្បីឲ្យដឹងថាអ្នកមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈកម្មវិធី Covered California ឬ Medi-Cal ដែរឬទេ។ យើងខ្ញុំមិនបានទទួល ឬមិនអាចដំណើរការឯកសារដែលបានមកពីអ្នក ដែល បង្ហាញថាអ្នក ឬសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់អ្នក គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ជនជាតិអាមេរិក ឬស្ថិតនៅដោយ ស្របច្បាប់ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ដោយមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំត្រូវការ ឲ្យទាន់តាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ទេនោះ អ្នកអាចនឹងមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការឡើយ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-906-8528** ដើម្បីនិយាយទៅកាន់នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឲ្យគេបកប្រែលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នក ឬស្នើសុំលិខិតនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាឯកសារបោះពុម្ពជាអក្សរធំៗជាដើម។ សម្រាប់ TTY សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-889-4500។

العربية: ملحوظة مهمة: هل أنت بحاجة للمساعدة في قراءة هذا الخطاب؟ إن هذا الخطاب يتعلق باستمرار التأمين الصحي التي تقدمت بها. نحن بحاجة إلى مزيد من المعلومات لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في التأمين الصحي المقدم ضمن برنامج Covered California أو Medi-Cal. فأنت لم تقدم، أو لم يصل إلينا، أي مستندات تثبت أنك أو أفراد أسرتك تحملون الجنسية الأمريكية أو أنكم مواطنون أمريكيون أو أنكم تقيمون بصورة قانونية في الولايات المتحدة وأن حالة الهجرة خاصتكم تؤهلكم للاشتراك في البرنامج.

إذا لم نتلقى تلك المعلومات في الموعد المحدد، قد لا يمكنك الحصول على تغطية التأمين الصحي التي تحتاجها. يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-826-6317 للتحدث إلى أحد الموظفين اللذين يتحدثون لغتك. كما يمكنك طلب ترجمة هذه الرسالة إلى لغتك أو الحصول عليها في تنسيق آخر على سبيل المثال بحروف طباعة كبيرة. بالنسبة لمستخدمي جهاز الهاتف النصي (TTY) يرجى الاتصال بالرقم 1-888-889-4500