



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



*Su destino para asistencia médica
de calidad, incluyendo Medi-Cal*

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

Necesitamos más información de usted o su plan de salud será cancelado

<Date>

Número de Caso:

Estimado/a {FIRST_NAME} {LAST_NAME},

Gracias por elegir su seguro de salud a través de Covered California.

Necesitamos documentos que demuestren que usted está legalmente presente en los Estados Unidos como ciudadano, nacional, o persona con estado de inmigración elegible para continuar su seguro de salud con Covered California. Estos documentos son confidenciales y sólo se usarán para determinar su elegibilidad para programas de salud. **No se usarán ni se compartirán para tramites migratorios.** Es posible que nos haya enviado estos documentos anteriormente, pero no pudimos verificar la ciudadanía o estatus migratorio de los siguientes miembros de su hogar:

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

Importante: Por favor, envíe o nos vuelve a enviar los documentos necesarios antes del 31 de agosto de 2015 para mantener su seguro de salud.

¿Qué debe hacer ahora?

1. Lea la "**Lista de documentos**" a continuación para ver qué documento(s) debe proporcionar.
2. Mande sus documentos, subiéndolos a su cuenta electrónica de Covered California, o mándelos por fax, o por correo postal. Puede que tenga que enviar más de un documento.
3. Si necesita ayuda, llame al **1-800-300-0213** o para TTY, llame al 1-888-889-4500. Lea la información a continuación.

¿Qué pasa si no envió los documentos?

Si no recibimos sus documentos, Covered California tiene que cancelar su seguro de salud, junto con el crédito fiscal (en la forma de créditos fiscales para la cuota y reducciones de costos compartidos) que puede estar usando para reducir su cuota mensual y gastos de bolsillo. **Si usted recibió créditos fiscales y su plan de salud es cancelado, es posible que tenga que pagar todo o algunos de los créditos fiscales que recibió cuando declare sus impuestos en el año 2016.** Si se cancela su plan de salud, es posible que también tenga que pagar una multa de impuestos si se queda sin seguro y no califica para una exención.

Si usted ya envió sus documentos

Si ya envió los documentos, por favor póngase en contacto con nosotros para asegurarse de que se recibieron o para ver si usted necesita enviar algo más. Es posible que nos haya enviado sus documentos, pero no pudimos verificar la ciudadanía o estatus migratorio con esa información. O bien, puede asegurarse de que sus documentos están en la lista de esta carta y vuelva a enviarlos antes del **31 de Agosto de 2015**. Si no recibimos los documentos correctos, perderá su seguro médico.

Cómo Encontrar Ayuda

Si necesita ayuda para subir los documentos, enviarlos por fax o por correo postal, o si tiene cualquier otra pregunta llame al **1-800- 300-0213**, o para TTY, llame al 1-888-889-4500.

Si un Consejero Certificado de Inscripción o un Agente Certificado de Seguros le ayudo a inscribir en su plan, usted puede contactar esa persona para que le ayude ahora. Su Consejero o Agente puede ayudar a determinar cuáles documentos necesita. También pueden ayudar a cargar los documentos a su cuenta en CoveredCA.com. Para encontrar un Consejero o Agente cerca de usted, vaya a www.CoveredCA.com/espanol y haga clic en "Encuentre Ayuda Cerca de Usted."

Cómo Enviar sus Documentos

Opción 1 (La mas rápida): SUBIR DOCUMENTOS a su cuenta www.CoveredCA.com/espanol. Puede escanear o tomar una foto del documento que desea cargar.

- Inicie Sesión en su cuenta.
- Haga clic en el enlace "Administrar Verificaciones" situado a la derecha, debajo de "Acciones".
- Haga clic en "Enviar Verificaciones" situado a la izquierda de la página.
- Haga clic en "Cargar documento".
- Seleccione el "Tipo de documento" del menú desplegable.
- Siga los pasos en la pantalla hasta alcanzar el mensaje de confirmación que aparece en inglés: "File uploaded successfully".

Si no encuentre su "Tipo de documento" en el menú desplegable, quiere decir que la lista no incluye todos los documentos posibles, seleccione "U.S.Passport" (incluso si usted no tiene un pasaporte de E.E.U.U) para que pueda continuar y subir los documentos.

Opción 2: Mande los documentos por FAX a Covered California (incluya la hoja, "Aquí está mi prueba" página 7, como portada)

Fax al 1-888-329-3700

Opción 3: Mande los documentos por CORREO POSTAL a Covered California (incluya la hoja, "Aquí está mi prueba" página 7, como portada)

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES. Por favor sólo envíe copias legibles.

¿Preguntas?

Si ha creado una cuenta en CoveredCA.com, inicie sesión en su cuenta en www.CoveredCA.com; o llame al Centro de Servicio de Covered California al **1-800-300-0213** o TTY (1-888-889-4500). Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita. También puede obtener ayuda de un consejero certificado de inscripción en "Buscar Ayuda Local" en www.CoveredCA.com que pueden hablar en su idioma.

LISTADO DE DOCUMENTOS PARA CIUDADANOS Y NACIONALES

Para ver ejemplos de algunos de estos documentos, vaya a la sección de "Preguntas Frecuentes" de CoveredCA.com/espanol. Recuerde: Incluso si usted no ve su documento enumerado aquí, usted puede enviar sus documentos de inmigración haciendo clic en "EE.UU. Pasaporte "si usted cree que los documentos mostrarán su estado de inmigración elegible.

Para comprobar ciudadanía o nacionalidad estadounidense, mande una copia de **UNO de estos documentos:**

- U.S. Passport/Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificate of Naturalization/Certificado de Naturalización (N-550/N-570)
- Certificate of Citizenship/Certificado de Ciudadanía (N-560/N-561)
- Documento de pertenencia a una tribu nativa estadounidense que incluya su nombre y el nombre de la tribu indígena reconocida por el gobierno federal que emitió el documento, y que muestre su membresía, inscripción o afiliación con la tribu.

Documentos que usted puede proporcionar incluyen:

- o Una tarjeta de inscripción tribal,
- o Un certificado de grado de sangre india,
- o Un documento de censo tribal,
- o Los documentos en papel con membrete tribal firmado por el funcionario tribal apropiado

- O -

Si no tiene los documentos en la lista anterior, para demostrar que usted es un ciudadano de EE.UU. o nacional, **mande copias de DOS documentos, UNO de cada una de las listas:**

UN documento de esta lista:	UN documento de esta lista: (estos documentos tienen una fotografía u otra información como su nombre, edad, raza, altura, peso, color de ojos, dirección, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • U.S. public birth certificate/Acta de nacimiento de los Estados Unidos • Consular Report of Birth Abroad (FS-240, CRBA)/Reporte consular de nacimiento en el Extranjero (FS-240, CRBA) • Certification of Report of Birth (DS-1350)/Certificado de Reporte de nacimiento (DS-1350) • Certification of Birth Abroad (FS-545)/Certificado de Nacimiento en el Extranjero (FS-545) • U.S. Citizen Identification Card/ Tarjeta de Identificación de Ciudadano (I-197 o versión anterior I-179) • Northern Mariana Card (I-873)/Tarjeta de Northern Mariana (I-873) • U.S. Civil Service Employment Record showing employment before June 1, 1976/Registro de Empleo de Servicio Civil que muestre empleo antes del 1 de junio de 1976 • Military record showing a U.S. place of birth/Registro militar que muestre nacimiento en los Estados Unidos • U.S. medical record from a clinic, hospital, physician, midwife or institution showing a 	<ul style="list-style-type: none"> • Driver's license issued by a U.S. State or Territory/Licencia de conducir emitido por un estado o territorio estadounidense • Identification card issued by the Federal, state, or local government/Tarjeta de identificación emitido por el gobierno federal, estatal, o local • School identification card/Tarjeta de identificación escolar • A clinic, doctor, hospital, or school record, including preschool or day care records (for children under 19 years old)/Registro de una clínica, doctor, hospital, o escuela, incluso guardería o preescolar (para niños menos de 19 años de edad) • U.S. military card or draft record or Military dependent's identification card/Tarjeta militar, registro de reclutamiento militar, o tarjeta de identificación como dependiente de militar • U.S. Coast Guard Merchant Mariner card/Tarjeta de mariner del U.S. Coast Guard • Voter Registration Card/Tarjeta de Registro de Votante • Two other documents that prove your identity, like employer identification cards,

<p>U.S. place of birth/Registro médico de una clínica, hospital, médico, o instituto que muestre nacimiento en los Estados Unidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • U.S. life, health or other insurance record showing U.S. place of birth/Registro de seguro de vida, salud, u otra póliza de seguro estadounidense que muestre nacimiento en los Estados Unidos • Religious record showing U.S. place of birth recorded in the U.S./Registro religioso que muestre nacimiento en los Estados Unidos • School record showing the child's name and U.S. place of birth/Registro escolar que muestre el nombre del niño y nacimiento en los Estados Unidos • Federal or State census record showing U.S. citizenship or U.S. place of birth/Registro de censo federal o estatal que muestre nacimiento en los Estados Unidos • Final adoption decree showing the person's name and U.S. place of birth/Decreto final de adopción que muestre nombre y nacimiento en los Estados Unidos • Documentation of a foreign-born adopted child who received automatic U.S. citizenship (IR3 or IH3)/Documentación de un niño adoptado del extranjero que recibió ciudadanía automática 	<p>high school and college diplomas, marriage certificates, divorce decrees, property deeds, or titles/Dos otros documentos que comprueban su identidad tal como: tarjeta de identificación de su empleador, diplomas de la secundaria o universidad, certificado de casamiento, decreto de divorcio, título de propiedad.</p>
---	--

LISTADO DE DOCUMENTOS PARA ESTATUS MIGRATORIO SATISFACTORIO

Si no es ciudadano o nacional estadounidense, puede comprobar su estatus migratorio satisfactorio con una copia de **UNO de estos documentos**:

- Permanent Resident Card, “Green Card” / Tarjeta de residente permanente (I-551)
- Employment Authorization Card “Work Permit” / Tarjeta de autorización de empleo (I-766)*
- Foreign passport with acceptable visa or stamp/Pasaporte extranjero con visa o sello admisible
- Arrival/Departure Record in foreign passport/ Registro de Llegada/Salida (I-94) o Reentry Permit/ Permiso de reingreso (I-327)
- Arrival/Departure Record/ Registro de Llegada/Salida (I-94/I-94A)
- Temporary I-551 Stamp/ Timbre de visa de inmigración temporal (on Passport or I-94/I-94A)
- Administrative order staying removal issued by the Department of Homeland Security/Orden Administrativo emitido por el Department of Homeland Security
- Document indicating withholding of removal (or withholding of deportation), Documento indicando la retención de la deportación o expulsión
- Refugee Travel Document/ Documento de viaje para refugiado (I-571)
- Machine Readable Immigrant Visa/ Visa de inmigración legible con máquina (with temporary I-551 language)
- Certificate of Eligibility for Nonimmigrant Student Status/ Certificado de elegibilidad para estatus de estudiante no-inmigrante (I-20)
- Certificate of Eligibility for Exchange Visitor Status / Certificado de elegibilidad para estatus de visitante de intercambio (DS-2019)
- Notice of Action/ Aviso de acción (I-797)
- Certification from U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of Refugee Resettlement (ORR)/ Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), Oficina de Relocalización de Refugiados
- Office of Refugee Resettlement (ORR) eligibility letter (if under 18), Carta de la Oficina de Relocalización de Refugiados
- Document indicating a member of a federally-recognized Indian tribe or American Indian born in Canada/ Documento de membresía en una tribu nativa estadounidense reconocida federalmente, o indígena estadounidense nacido en Canadá
- Resident of American Samoa Card/ Tarjeta de residente de Samoa Americana

*excepto un I-766 con el código de la categoría C-33, Acción Diferida para los Llegados en la Infancia

Personas que obtuvieron la Acción Diferida para los Llegados en la Infancia

Si usted es una persona con estatus de la Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA), usted podría recibir Medi-Cal si cumple con los requisitos de ingresos y de residencia. Sin embargo, usted no es elegible para comprar un plan de seguro de salud a través de Covered California. Si usted no califica para Medi-Cal, usted podría recibir atención a través de un programa local en su condado, clínica comunitaria o ser elegible para inscribirse en cobertura subsidiada por el empleador. Usted también puede comprar un plan de seguro de salud directamente de una compañía de seguros de salud afuera de Covered California.

AQUÍ ESTÁN MIS DOCUMENTOS

Ciudadanos y Personas Legalmente Presentes

(Incluya esta hoja de portada si está mandando sus documentos por fax o correo postal.)

Número de Caso (vea página 1 de esta carta): _____

Nombre del Contacto Primario: _____

Número de Teléfono del Contacto Primario: _____

Asegúrese de llenar la información en esta hoja. **IMPORTANTE:** Incluya esta hoja como portada sobre los documentos que esta enviando.

FAX: 1-888-329-3700

- 0 -

CORREO POSTAL:

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



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



Cómo obtener ayuda en un idioma distinto del inglés

*Su destino para asistencia
médica de calidad, incluyendo Medi-*

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.

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.

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**。

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

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 предоставленные Вами документы, подтверждающие, что Вы или члены Вашей семьи являются

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:

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 ដើម្បីឱ្យដឹងថាអ្នកមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈកម្មវិធី Covered California ឬ Medi-Cal ដែរឬទេ។ យើងខ្ញុំមិនបានទទួល ឬមិនអាចដំណើរការឯកសារដែលបានមកពីអ្នក ដែល បង្ហាញថាអ្នក ឬសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់អ្នក គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ជនជាតិអាមេរិក ឬស្ថិតនៅដោយ ស្របច្បាប់ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ដោយមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំត្រូវការ ឲ្យទាន់តាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ទេនោះ អ្នកអាចនឹង មិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការឡើយ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-**

906-8528 ដើម្បីនិយាយទៅកាន់នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យគេបកប្រែលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នក 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 أنك مواطنون أمريكيون أو أنك تقيمون بصورة قانونية في الولايات المتحدة وأن حالة الهجرة خاصتك تؤهلكم للاشتراك في البرنامج.

إذا لم تتلقى 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