

فقط برای استفاده کانتی

تاریخ اطلاعیه: _____

شماره پرونده: _____

نام مددکار: _____

مددکار ID شماره: _____

شماره تلفن مددکار: _____

ساعات اداری: _____

آدرس دفتر: _____

درخواست برای اطلاعات مکمل مربوط به درآمد برای Medi-Cal

جهت بازبینی واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal، باید این اطلاعات را تا این تاریخ دریافت کنیم: _____

ما نتوانستیم درآمدی را که برای به Medi-Cal گزارش شده بود تأیید کنیم

این امر به این دلیل است که منابع الکترونیکی ما، مانند سوابق مالیاتی، میزان درآمد متفاوتی را نشان می دهد. برای اینکه بفهمیم چرا درآمدها با یکدیگر مطابقت ندارند، به اطلاعات درآمدی بیشتری از سوی شما نیاز داریم. اگر درآمد شما اخیراً تغییر کرده است یا ماه به ماه متفاوت است، می توانید دلیلی را در زیر برای توضیح انتخاب کنید.

دلایل

اگر یکی از دلایل زیر در مورد شما صدق می کند، یک یا چند مورد را انتخاب کنید تا توضیح دهید که چرا درآمد شما با منابع داده های ما متفاوت است. اگر هیچ یک از دلایل صدق نمی کند، آخرین کادر موجود در لیست را علامت بزنید. سپس مراحل بعدی را در زیر بخوانید.

تغییرات در شغل یا درآمد

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ از دست دادن شغل | ☐ کاهش در ساعات | ☐ خود اشغالی |
| ☐ کار با دریافت کمیسیون | ☐ نوسان در درآمد | ☐ درآمد فصلی |
| (پرداخت بر اساس فروش) | (از ماه به ماه متفاوت است) | (درآمد فقط طی بخشی از سال دریافت می شود) |

تغییرات در خانوار

- ☐ ازدواج ☐ طلاق

رویدادهای زندگی

- ☐ قربانی سرقت هویت ☐ قربانی بلایای طبیعی
- ☐ خشونت خانگی ☐ بی خانمانی

سایر

- ☐ اظهارنامه مالیاتی ثبت ☐ هنوز اظهارنامه مالیاتی ارسال نکرده ام
- ☐ سایر: لطفاً در زیر توضیح دهید (ممکن است به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم):

☐ هیچکدام از این دلایل صدق نمی کند

اقدامات بعدی

پس از پر کردن این فرم، آنرا به یکی از روش های زیر ارسال کنید. اگر "هیچ کدام از این دلایل صدق نمی کند" یا کادر بالا را علامت نزده اید، مدرکی دال بر درآمد خود ارائه دهید. فرم دیگری که همراه این اطلاعیه دریافت کردید، نشان می دهد که چه مدرکی برای درآمد مورد نیاز است. پس از ارائه مدرک مربوطه، دفتر شهرستان محلی شما واجد شرایط بودن Medi-Cal شما را مجدداً بررسی خواهد کرد. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، با شما تماس خواهند گرفت.

روشهای ساده برای ارسال این فرم یا مدارک درخواست شده برای اثبات درآمد:

پستی:	آنلاین:	حضوری:	تلفنی:
در پاکتی که به همراه این نامه ارسال شده بود.	در www.coveredca.com یا www.benefitscal.com		

سؤالی دارید؟

اگر سؤالی دارید، به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، یا نمی توانید مدارک اثبات کننده درخواستی را ارائه دهید، لطفاً با ما از طریق شماره تلفن مندرج در اطلاعیه تماس بگیرید.

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

اطلاعات شخصی و پزشکی گرد آوری شده در ارتباط و به همراه این فرم، خصوصی و محرمانه است.

Department of Health Care Services (DHCS) جهت تأیید درآمد شما برای Medi-Cal به این اطلاعات نیاز دارد. DHCS این اطلاعات را برای مقاصد دیگر استفاده نکرده یا به اشتراک نخواهد گذاشت مگر با اجازه شما یا طبق قانون. نیازی نیست این فرم را به ما باز گردانید. اگر تمام اطلاعات درخواستی را ارائه نکنید، نمی توانیم درآمد شما را برای Medi-Cal تأیید کنیم. در اکثر موارد، فرد یا افرادی که این اطلاعات به آنها مربوط می شود، حق دسترسی به آنرا دارند.

State of California – Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

DHCS طبق CFR § 435.952 42 مجاز به گردآوری این اطلاعات است.
اطلاعیه حفظ حریم خصوصی ارائه شده در اینجا بر اساس قانون مدنی
California 1798.17 الزامی است.