

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



僅供縣政府使用

通知日期: _____
案例編號: _____
工人的姓名: _____
工人的 ID 號碼: _____
工人的電話號碼: _____
辦公時間: _____
辦公地址: _____

為 Medi-Cal 要求的額外收入資訊

要審查您的 Medi-Cal 資格、我們必須在之前獲得該資訊：

我們無法核實向 Medi-Cal 報告的收入

因為我們的電子來源 (如稅務記錄) 顯示不同的收入金額。我們需要您提供更多的收入資訊、才能瞭解收入不匹配的原因。如果您的收入最近發生了變化、或者逐月變化、您可以選擇下面的某個原因予以解釋。

State of California – Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

原因

如果以下任何原因適用於您、請選擇一個或多個可以解釋您的收入與我們的數據來源不同的原因。如果所有原因都不適用、請核對該列表當中的最後一個方框。然後閱讀下面的**下一步**。

就業或收入的變化

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ 失業 | ☐ 工作時間縮短 | ☐ 個體經營 |
| ☐ 季節性收入
(僅在本年部分
時間收到的收入) | ☐ 收入波動
(逐月變化) | ☐ 傭金工作
(根據銷售額支費) |

家庭變化

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 結婚 | ☐ 離婚 |
|-----------------------------|-----------------------------|

生活事件

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 身份被盜的受害人 | ☐ 自然災害受害人 |
| ☐ 家庭暴力 | ☐ 無家可歸 |

其他原因

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ 不用報稅 | ☐ 還沒有報稅 |
| ☐ 其他原因: 請在下面解釋 (我們可能需要更多資訊): | |

- ☐ 這些原因都不適用

State of California – Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

下一步

填寫該表以後、請選擇下列一種途徑提交。

如果您勾選了“這些原因都不適用”或沒有勾選上面的方框、請提供您的收入證明。通知上的另一份表格會告訴您他們需要怎樣的收入證明。您提供證明以後、當地縣辦事處會重新審核您的 **Medi-Cal** 資格。如果他們需要更多的資訊、他們會再次和您聯系的。

提交該表格或者被要求的收入證明簡單的方法:

郵件: 用隨本函的 信封郵寄。	線上: 網址 www.coveredca.com 或 www.benefitscal.com	親自提交:	電話:
------------------------------	---	--------------	------------

有問題嗎?

如果您存在疑問、需要更多的資訊或無法提供所需的證明、請聯繫我們、撥打在該通知上列出的電話號碼。

隱私權聲明

在該表格上或者通過該表格收集的個人和醫療資訊都是保密的。Department of Health Care Services (DHCS) 需要資訊才能為 **Medi-Cal** 驗證您的收入。除非獲得您的允許或者法律許可、否則 **DHCS** 不會出於其他目的使用或者分享該資訊。您無需將該表格交還給我們。如果您沒有提供要需的所有資

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

訊、我們無法為 Medi-Cal 審核您的收入。在大多數情況下、與該資訊相關的個人有權訪問。

DHCS 有權根據 42 CFR § 435.952 收集該資訊。California 民法典 1798.17 要求在這裏提供隱私權聲明。