

Para sa Paggamit Lamang ng Lalawigan

Petsa ng Abiso: _____
Numero ng Kaso: _____
Pangalan ng Manggagawa: _____
Numero ng ID ng Manggagawa: _____
Numero ng Tel. ng Manggagawa: _____
Mga Oras ng Opisina: _____
Address ng Opisina: _____

Hiling para sa Karagdagang Impormasyon sa Kita para sa Medi-Cal

Upang suriin ang iyong pagiging karapat-dapat para sa Medi-Cal, dapat matanggap namin ang impormasyong ito bago ang: _____

Hindi namin maberipika ang kita na ini-ulat sa Medi-Cal para sa

Ito ay dahil ang aming mga elektronikong pinagkukunan, tulad ng mga talaan ng buwis, ay nagpapakita ng ibang halaga ng kita. Kailangan namin ng karagdagang impormasyon sa kita mula sa iyo upang maunawaan kung bakit ang kita ay hindi nagtutugma. Kung ang iyong kita kamakailan ay nagbago o nag-iiba nang buwan bawat buwan, maaari kang pumili ng dahilan sa ibaba upang ipaliwanag.

Mga kadahilanan

Kung ang alinman sa mga kadahilanan sa ibaba ay nalalapat para sa iyo, pumili ng isa o higit pa upang ipaliwanag kung bakit naiiba ang iyong kita mula sa aming mga pinagkukunan ng data. Kung wala sa mga dahilan ang nalalapat, lagyan ng tsek ang huling kahon sa listahan. Pagkatapos ay basahin ang **Mga Susunod na Hakbang** sa ibaba.

Pagbabago sa Trabaho o Kita

Pagkawala ng trabaho
Pana-panahong kita
(Ang kita ay natatanggap
lamang tuwing bahagi
ng taon)

Pagbawas sa mga oras
Pagbago-bagong kita
(Nag-iiba buwan-buwan)

Self-employed
Nagtatrabaho para sa
komisyon
(Bayad na nakabatay sa
mga benta)

Pagbabago sa Sambahayan

Pagkakasal

Diborsiyo

Mga Kaganapan sa Buhay

Biktima ng pagnanakaw ng pagkakakilanlan
Domestikong karahasan

Hindi pa nagfa-file ng mga buwis
Pagiging homeless

Iba pa

Hindi nagfa-file ng mga buwis

Hindi pa nagfa-file ng mga buwis

Iba pa: Mangyaring ipaliwanag sa ibaba (Maaaring kailanganin namin ang karagdagang impormasyon):

--

Wala sa mga kadahilanang ito ang nalalapat

Mga Susunod na Hakbang

Pagkatapos mong punan ang form na ito, isumite ito sa isa sa mga paraan sa ibaba.

Kung ini-tsek mo ang "Wala sa mga kadahilanang ito ang nalalapat" o hindi ka nag-tsek ng isang kahon sa itaas, magbigay ng patunay ng iyong kita. Ang isa pang form na natanggap mo kasama ang abiso ay nagsasabi kung anong patunay sa kita ang kinakailangan. Pagkatapos mong magbigay ng patunay, susuriin muli ng iyong lokal na tanggapan ng lalawigan ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal. Makikipag-ugnayan muli sila sa iyo kung kakailanganin nila ng higit pang impormasyon.

Madadaling mga paraan upang ipadala ang form na ito o hinihiling na patunay ng kita:

Koreo:	Online:	Personal:	Telepono:
Sa sobrang kasama ng liham na ito.	Sa www.coveredca.com o www.benefitscal.com		

Mga Katanungan?

Kung mayroon kang mga katanungan, kailangan ng karagdagang impormasyon, o hindi makapagbibigay ng hinihiling na patunay, mangyaring tawagan kami sa numero ng teleponong nakalista sa abiso.

Paunawa sa Pribasiya

Ang personal at medikal na impormasyong nakolekta sa at kasama ng form na ito ay pribado at kumpidensyal. Ang Department of Health Care Services (DHCS) ay kailangan ang impormasyon upang iberipika ang iyong kita para sa Medi-Cal. Hindi gagamitin o ibabahagi ng DHCS ang impormasyon para sa iba pang mga layunin maliban omittted sa iyong pahintulot o tulad ng pinahihintulutan ng batas. Hindi mo kinakailangang ibalik ang form na ito sa amin. Kung hindi mo ibibigay ang lahat ng mga hinihiling na impormasyon, hindi namin mabe-beripika ang iyong kita para sa Medi-Cal. Sa karamihan ng mga kaso, ang (mga) indibidwal kung kanino nauukol ang impormasyong ito ay may karapatang ma-access ito.

Ang DHCS ay awtorisado upang mangolekta ng impormasyong ito alinsunod sa 42 CFR § 435.952. Ang paunawa sa pribasiyang ibinibigay rito ay kinakailangan sa California Civil Code 1798.17.