

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

เพื่อใช้เฉพาะสำนักงานเขตเท่านั้น

วันที่แจ้ง: _____

หมายเลขเคส: _____

ชื่อเจ้าหน้าที่: _____

หมายเลข ID เจ้าหน้าที่: _____

หมายเลขโทรศัพท์เจ้าหน้าที่: _____

เวลาทำการสำนักงาน: _____

ที่อยู่สำนักงาน: _____

หนังสือแจ้งขอข้อมูลรายได้เพิ่มเติมสำหรับ **Medi-Cal**

เพื่อตรวจสอบสิทธิ์ **Medi-Cal** ของคุณ เราต้องได้รับข้อมูลนี้ภายใน:

เราไม่สามารถตรวจสอบรายได้ที่ถูกรายงานไปยัง **Medi-Cal** ของ

สิ่งนี้เกิดจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของเรา อาทิ บันทึกภาษีที่แสดงจำนวนรายได้ที่แตกต่างกัน เราจำเป็นต้องขอข้อมูลรายได้เพิ่มเติมจากคุณ เพื่อทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใด รายได้ถึงไม่ตรงกัน หากไม่นานมานี้รายได้ของคุณเพิ่งเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างกันไปในแต่ละเดือน คุณสามารถเลือกเหตุผลด้านล่างเพื่ออธิบายได้

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

เหตุผล

หากเหตุผลใดๆ ด้านล่างตรงกับคุณ ให้เลือกอย่างน้อยหนึ่งข้อเพื่ออธิบายว่าเพราะเหตุใดรายได้ของคุณถึงแตกต่างจากแหล่งข้อมูลของเรา หากไม่มีเหตุผล ให้เลือกช่องสุดท้ายในรายการ จากนั้นอ่านขั้นตอนต่อไปที่ด้านล่าง

การเปลี่ยนแปลงในการจ้างงานหรือรายได้

- | | |
|--|--|
| ☐ การสูญเสียงาน | ☐ ชั่วโมงการทำงานลดลง |
| ☐ การประกอบอาชีพอิสระ | ☐ รายได้ตามฤดูกาล |
| ☐ รายได้ผันผวน
(แตกต่างกันไปในแต่ละเดือน) | (รายได้ที่ได้รับเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่งของปี) |
| ☐ ทำงานเพื่อค่าคอมมิชชั่น
(ได้รับตามยอด หนึ่ง ขาย) | |

การเปลี่ยนแปลงในครัวเรือน

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ การสมรส | ☐ การหย่าร้าง |
|----------------------------------|--------------------------------------|

เหตุการณ์ในชีวิต

- | | |
|---|--|
| ☐ เหตุการณ์โศกกรรม | ☐ เหตุการณ์ธรรมชาติ |
| ☐ ความรุนแรงในครอบครัว | ☐ การเป็นคนไร้บ้าน |

อื่น ๆ

- | | |
|---|--|
| ☐ ไม่ได้ยื่นภาษี | ☐ ยังไม่ได้ยื่นภาษี |
| ☐ อื่น ๆ: โปรดอธิบายด้านล่าง (เราอาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติม): | |

- ☐ ไม่ใช่เหตุผลข้างต้น

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

ขั้นตอนต่อไป

หลังจากที่คุณกรอกแบบฟอร์มนี้แล้ว ให้ส่งแบบฟอร์มด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งด้านล่าง

หากคุณทำเครื่องหมายที่ "ไม่ใช่เหตุผลข้างต้น" หรือไม่ได้ทำเครื่องหมายในช่องด้านบน ให้แสดงหลักฐานรายได้ของคุณ แบบฟอร์มอีกฉบับหนึ่งที่คุณได้รับพร้อมกับหนังสือเตือนฉบับนี้จะบอกว่าต้องมีหลักฐานรายได้อะไรบ้าง หลังจากที่คุณแสดงหลักฐานแล้ว สำนักงานเขตในพื้นที่ของคุณจะตรวจสอบสิทธิของคุณในการรับ **Medi-Cal** อีกครั้ง พวกเขาจะติดต่อคุณอีกครั้งหากพวกเขาต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

วิธีง่ายๆ ในการส่งคืนแบบฟอร์มนี้หรือหลักฐานรายได้ที่ขอ:

ไปรษณีย์:	ออนไลน์:	ด้วยตนเอง:	โทรศัพท์:
ในซองจดหมายที่แนบมาพร้อมกับจดหมายฉบับนี้	ที่ www.coveredca.com หรือ www.benefitscal.com		

มีคำถามหรือไม่

หากคุณมีคำถาม หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือไม่สามารถให้หลักฐานที่ขอได้ โปรดโทรหาเราที่หมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ในหนังสือแจ้งฉบับนี้

ประกาศความเป็นส่วนตัว

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ที่เก็บจากแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลส่วนตัวและเป็นความลับ **Department of Health Care Services (DHCS)** ต้องการข้อมูลเพื่อตรวจสอบรายได้ของคุณในการรับ **Medi-Cal** ทั้งนี้ **DHCS** จะไม่ใช่หรือแบ่งปันข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด ยกเว้นจะ

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

ได้รับอนุญาตจากคุณหรือตามที่กฎหมายอนุญาต คุณไม่จำเป็นต้องส่งคืนแบบฟอร์มนี้ให้เรา หาก你不ให้ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอ เราจะไม่สามารถตรวจสอบรายได้ของคุณเพื่อพิจารณาสิทธิในการรับ **Medi-Cal** ได้ ส่วนใหญ่แล้ว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลมีสิทธิเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว

DHCS ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลนี้ตามมาตรา 42 CFR § 435.952 ประกาศความเป็นส่วนตัวที่ให้ไว้ ณ ที่นี้เป็นไปตามประมวลกฎหมายแพ่ง California 1798.17