

MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION (ЗАПИТ ІНФОРМАЦІЇ ВІД ПРОГРАМИ MEDI-CAL)

Дата повідомлення:
Номер справи:
Ім'я та прізвище робітника:
Ідент. номер робітника:
Номер факсу робітника:
Номер телефону робітника:
Робочі години:
Повідомлення для:

УВАГА: СПОЧАТКУ ПРОЧИТАЙТЕ ЦЮ СТОРІНКУ

Щоб завершити наш перегляд вашого права на участь у програмі Medi-Cal нам потрібна від вас додаткова інформація. Перед тим як надіслати вам запит про інформацію, ми переглянули наші записи та всю іншу доступну нам інформацію. В результаті цього ми не отримали всієї необхідної інформації. Нам ще потрібна інформація, яку відмічено на наступних сторінках.

**Ми повинні отримати цю інформацію до
переваги в програмі Medi-Cal!**

або ви ризикуєте втратити свої

- Використовуйте цю форму, яка вам допоможе зібрати необхідні документи або інформацію.
- Вам не потрібно повертати нам цю форму.
- Ви можете надати нам інформацію поштою, факсом, телефоном, особисто або в онлайні. Зверніться до свого округу, щоб дізнатися, як подати свою інформацію в онлайні.
- Для повернення запитуваних паперів або інформації надається попередньо оплачений конверт із самодоступною адресою.
- Будь ласка, пишть номер справи, вказаний на верхній частині цієї сторінки, на будь-яких паперах, які ви нам надсилаєте.
- Якщо у вас є запитання, вам потрібна додаткова інформація або ви не можете надати запитувану інформацію, зв'яжіться з нами за номером телефону, вказаним на верхній частині на цій сторінці.

ВАЖЛИВО! БУДЬ ЛАСКА ОЗНАЙОМТЕСЬ З УСІМА СТОРІНКАМИ ЦЬЄЇ ФОРМИ

Допоможіть нам підтримувати з вами зв'язок!

Зателефонуйте вашому працівникові якщо вам потрібно внести зміну адреси або номера телефону.

(Контактну інформацію працівника наведено вгорі на цій сторінці)

MEDI-CAL REQUEST FOR INFORMATION (ЗАПИТ ІНФОРМАЦІЇ ВІД ПРОГРАМИ MEDI-CAL)

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ: МИ ПОТРЕБУЄМО ЛИШЕ ТУ ІНФОРМАЦІЮ, ЯКУ ВІДМІЧЕНО У ФОРМІ.

Дохід

Інформація про ваш дохід допоможе нам визначитися, чи маєте ви право на участь у безкоштовній або недорогій програмі Medi-Cal або на допомогу від Covered California, державної програми надання пільг медичного страхування.

- Копія останньої квитанції про заробітню плату або заява від вашого працедавця про вашу зайнятість (скільки ви отримуєте до сплати податків, як часто вам платять та скільки годин ви працюєте) для кожного місця, де ви працюєте (якщо ви маєте декілька), для:

Якщо ви не отримуєте квитанцій про заробітню плату та не можете отримати заяву від вашого працедавця, ви можете зробити одне з наступного:

- Надайте нам копію вашої останньої податкової декларації для:
- Зверніться до вашого працівника, щоб скласти заяву під присягою, підписану та датовану вами під загрозою покарання за неправдиві дії відносно того, скільки ви отримуєте до сплати податків, як часто вам платять та скільки годин ви працюєте.

- Якщо ви самозайняті, надайте копію Schedule C вашої останньої податкової декларації або звіту про прибутки та збитки за останні три місяці для:

- Підтвердження допомоги по безробіттю або втраті працездатності - копія квитанції про сплачену допомоги або лист, який показує, що ви заробили до відрахувань для:

- Підтвердження отримання виплат ветеранських пільг (допомога та участь, втрата працездатності або пенсія) - копія квитанції про сплачені пільги або лист, який показує, що вам призначені виплати пільг для:

- Підтвердження отримання виплат соціального страхування - копія квитанції про сплачені пільги або лист, який показує, що вам призначені виплати пільг для:

- Підтвердження отримання пенсійного доходу - копія квитанції про пільги або копія чека для:

- Інформація про ваш статус подання податку та/або статус подання податку інших членів сім'ї для:

Заповніть надану форму під назвою “Request for Tax Household Information (RFTHI)” («Запит на податкову інформацію домогосподарства») для:

Інше:

Сплати

Копія чеків або квитанцій за сплачені послуги догляду за дитиною, підтримка на дитину, аліменти або медичне страхування, сплачені для:

Інше:

Інформація щодо особ(и), які(а) бажають (бажає) отримати участь у Medi-Cal

Копія посвідчення водія в штаті California або посвідчення особи з фото для:

Номер соціального страхування для:

Копія імміграційної документації або картки (зробіть копію обох сторін картки або документів) для:

Якщо ви є іммігрантом але не маєте номеру соціального страхування або імміграційної документації, яку треба нам надати, ви все одно можете отримати право на отримання послуг з надзвичайних ситуацій та під час вагітності. Будь ласка, зателефонуйте своєму працівнику, щоб повідомити про будь-які зміни у вашому імміграційному статусі/ вашому громадянстві або якщо у вас немає номера соціального страхування або імміграційної документації, щоб ми могли закінчити наш розгляд вашої справи.

Якщо ви тимчасово перебували у прийомній сім'ї

Копія будь-якого документу для: який показує, що ви перебували у прийомній сім'ї коли вам виповнилося 18 років. Ми просимо цю інформацію, оскільки нам не вдалося отримати доказ того, що ви знаходились у прийомній сім'ї у віці 18 років або старше.

Інформація, яку ми перевірили, показує:

Проживання

Перевірка вашої поточної адреси (квитанція сплати оренди, рахунок за комунальні послуги тощо)

Особисте чи нерухоме майно

Копія всіх реєстрацій або назв транспортних засобів (якщо у вас більше одного транспортного засобу) для:

Копія останньої банківської виписки (чек, ощадний рахунок тощо) для:

Копія полісу страхування життя, облігацій, виписки про пенсійний рахунок для:

Документація будь-якої іншої власності в межах або за межами United States (Сполучених Штатів) (будинки, крім тих, де проживав, земля тощо) для:

Підтвердження того, що ви продали, сторгували чи подарували майно або закрили рахунок для:

Інвалідність/недієздатність

Лист про призначення виплат соціального страхування за інвалідність для:

Інші докази того, що ви маєте фізичну, психічну або емоційну недієздатність, які триватимуть 12 місяців або довше для:

Якщо ви вважаєте, що ви або будь-який член сім'ї, який отримує Medi-Cal, маєте інвалідність, зверніться до свого працівника.

Інша потрібна нам інформація: