



	카운티에서만 사용
	공지 날짜: _____
	케이스 번호: _____
	작업자 이름: _____
	작업자 ID 번호: _____
	작업자 전화 번호: _____
	업무 시간: _____
	사무실 주소: _____

Medi-Cal 에 대한 추가 소득 정보를 요청

Medi-Cal 자격을 검토하려면 다음을 통해 이 정보를 얻어야 합니다: _____

Medi-Cal 에 보고된 수입을 확인할 수 없습니다

세금 기록과 같은 우리의 전자 데이터 출처가 다른 소득 금액을 보여주기 때문입니다. 우리는 왜 소득이 일치하지 않는지 이해하기 위해 당신으로부터 더 많은 소득 정보가 필요합니다. 최근에 소득이 변경되었거나 월별로 차이가 나는 경우 아래에서 이유를 선택하여 설명할 수 있습니다.

이유

아래의 이유 중 하나라도 해당되는 경우 하나 이상을 선택하여 귀하의 소득이 당사의 데이터 출처와 다른 이유를 설명하십시오. 해당되는 이유가 없으면 목록의 마지막 상자를 선택하십시오. 그런 다음 아래의 **다음 단계를** 읽으십시오.

고용 또는 소득의 변화

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 실직 | <input type="checkbox"/> 시간 감소 | <input type="checkbox"/> 자영업자 |
| <input type="checkbox"/> 계절소득
(1년 중
일부만 받은
소득) | <input type="checkbox"/> 변동소득
(달마다 다릅니다) | <input type="checkbox"/> 커미션을 받고
있습니다 (실적
액을 기준으로
지급됩니다) |

가구의 변화

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 결혼 | <input type="checkbox"/> 이혼 |
|-----------------------------|-----------------------------|

삶에 이변

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 삶에 이변신분 도용의 피해자 | <input type="checkbox"/> 자연재해의 희생자 |
| <input type="checkbox"/> 가정폭력 | <input type="checkbox"/> 노숙자 |

다른

- 그 밖에세금을 신고하지 않은 경우
- 아직 세금을 신고하지 않는 경우
- 기타: 아래에 설명해 주십시오 (자세한 정보가 필요할 수 있습니다):

- 위의 이유 어디에도 해당되지 않음

다음 단계

이 양식을 작성한 후 아래 방법 중 하나로 제출하십시오.

"해당 사유 없음" 을 선택했거나 위의 확인란을 선택하지 않은 경우 소득 증명을 제공하십시오. 통지서와 함께 받은 다른 양식은 어떤 소득 증명이 필요한지 알려줍니다. 증빙 자료를 제출하면 지역 카운티 사무소에서 Medi-Cal 자격을 다시 검토합니다. 그들은 더 많은 정보가 필요하면 귀하에게 다시 연락할 것입니다.

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

이 양식 또는 요청된 소득 증명을 제출하는 쉬운 방법은 다음과 같습니다:

메일: 이 편지와 함께 온 봉투 안에	온라인: 에 www.coveredca.com 또는 www.benefitscal.com	직접 만나:	전화:
--------------------------------------	--	---------------	------------

질문이 있나요?

질문이 있거나 더 많은 정보가 필요하거나 요청된 증거를 제공할 수 없는 경우 통지에 나열된 전화 번호로 전화하십시오.

개인 정보 보호 알림

이 양식을 사용하여 수집된 개인 및 의료 정보는 사용자 개인 전용이고 기밀입니다. Department of Health Care Services (DHCS) 는 Medi-Cal 에 대한 귀하의 수입을 확인하기 위한 정보가 필요합니다. DHCS 는 사용자의 허가나 법률이 허용하는 경우를 제외하고 다른 목적으로 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 귀하는 이 양식을 우리에게 돌려줄 필요가 없습니다. 요청된 모든 정보를 제공하지 않으면 Medi-Cal 의 수입을 확인할 수 없습니다. 대부분의 경우 이 정보와 관련된 개인에게 접근 권한이 있습니다.

DHCS 는 42 CFR § 435.952 에 따라 이 정보를 수집할 권한이 있습니다. 여기에 제공된 이 개인 정보 보호 통지는 California 민법 1798.17 에 의해 요구됩니다.