

ສໍາລັບເຂດປົກຄອງໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ

ວັນທີແຈ້ງການ: _____

ໝາຍເລກກໍລະນີ: _____

ຊື່ພະນັກງານ: _____

ໝາຍເລກ ID ພະນັກງານ: _____

ເບີໂທລະສັບພະນັກງານ: _____

ເວລາເຮັດວຽກ: _____

ທີ່ຢູ່ສໍານັກງານ: _____

ຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນລາຍຮັບເພີ່ມເຕີມສໍາລັບ Medi-Cal

ເພື່ອກວດສອບການມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍ: _____

ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດກວດສອບລາຍຮັບທີ່ລາຍງານສົ່ງໃຫ້ Medi-Cal ໄດ້

ນີ້ແມ່ນຍ້ອນແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທາງອິເລັກໂທຣນິກຂອງພວກເຮົາເຊັ່ນ: ບັນທຶກພາສີ, ສະແດງຈຳນວນລາຍໄດ້ທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນລາຍໄດ້ເພີ່ມເຕີມຈາກທ່ານເພື່ອເຂົ້າໃຈວ່າເປັນຫຍັງລາຍຮັບບໍ່ກົງກັນ. ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງຫຼືແຕກຕ່າງກັນໄປໃນແຕ່ລະເດືອນ, ທ່ານສາມາດເລືອກເຫດຜົນຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອອະທິບາຍໄດ້.

ເຫດຜົນ

ຖ້າເຫດຜົນຂ້າງລຸ່ມນີ້ກົງກັບທ່ານ, ໃຫ້ເລືອກໜຶ່ງຂໍ້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນເພື່ອ
ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຈຶ່ງແຕກຕ່າງຈາກແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຂອງພວກ
ເຮົາ. ຖ້າບໍ່ມີເຫດຜົນໃດໆກ່ຽວຂ້ອງ, ໃຫ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍກ່ອງສຸດທ້າຍໃນບັນຊີ
ລາຍການ. ຈາກນັ້ນອ່ານ**ຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ**ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ປ່ຽນແປງການຈ້າງງານ ຫຼື ລາຍໄດ້

- | | |
|---|--|
| ☐ ການຕົກວຽກ | ☐ ຊົ່ວໂມງຫຼຸດລົງ |
| ☐ ເຮັດວຽກໃຫ້ຕົນເອງ | ☐ ລາຍໄດ້ຕາມລະດູການ
(ລາຍໄດ້ຮັບສະເພາະບາງຊ່ວງຂອງປີ) |
| ☐ ລາຍໄດ້ທີ່ເໝັງຕີງ
(ແຕກຕ່າງກັນໄປໃນ
ແຕ່ລະເດືອນ) | ☐ ເຮັດວຽກເປັນນາຍໜ້າ
(ຈ່າຍຕາມຍອດຂາຍ) |

ປ່ຽນແປງໃນຄົວເຮືອນ

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ການແຕ່ງງານ | ☐ ການຢ່າຮ້າງ |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

ເຫດການໃນຊີວິດ

- ☐ ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກການລັກຂໍ້ມູນປະຈຳຕົວ
- ☐ ຜູ້ເຄາະຮ້າຍຈາກໄພທຳມະຊາດ
- ☐ ຄວາມຮຸນແຮງພາຍໃນ
- ☐ ບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ

ອື່ນໆ

- ☐ ບໍ່ໄດ້ຍື່ນພາສີ ☐ ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຍື່ນພາສີ
- ☐ ອື່ນໆ: ກະລຸນາອະທິບາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້ (ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ):

- ☐ ບໍ່ມີເຫດຜົນເຫຼົ່ານີ້

ຂັ້ນຕອນຖັດໄປ

ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແບບຟອມນີ້ແລ້ວ, ໃຫ້ສົ່ງດ້ວຍວິທີໃດວິທີໜຶ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຖ້າທ່ານເລືອກ "ບໍ່ກົງກັບເຫດຜົນເຫຼົ່ານີ້" ຫຼື ບໍ່ໄດ້ເຮັດເຄື່ອງໝາຍໃສ່ກ່ອງຂ້າງເທິງ, ໃຫ້ສະແດງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ. ແບບຟອມອື່ນໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບພ້ອມກັບໜັງສືແຈ້ງການບອກວ່າຕ້ອງການຫຼັກຖານລາຍໄດ້ໃດ. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໃຫ້ຫຼັກຖານແລ້ວ, ຫ້ອງການສຳນັກງານເຂດທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຈະກວດສອບການມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອງທ່ານອີກຄັ້ງ. ພວກເຂົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານອີກຄັ້ງຖ້າພວກເຂົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ວິທີງ່າຍໆໃນການສົ່ງແບບຟອມນີ້ ຫຼື ຂໍຫຼັກຖານລາຍໄດ້:

ທາງໄປສະນີ:	ອອນລາຍ:	ໃນບຸກຄົນ:	ໂທລະສັບ:
ໃນຊ່ອງທີ່ມາພ້ອມກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້.	ທີ່ www.coveredca.com ຫຼື www.benefitscal.com		

ມີຄໍາຖາມບໍ?

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະແດງຫຼັກຖານທີ່ຮ້ອງຂໍໄດ້, ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີໂທລະສັບທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການ.

ແຈ້ງການເຖິງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ຂໍ້ມູນທາງການການແພດທີ່ລວບລວມໃນແບບຟອມນີ້ ແມ່ນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ. Department of Health Care Services (DHCS) ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພື່ອກວດສອບລາຍໄດ້ຂອງທ່ານສໍາລັບ Medi-Cal. DHCS ຈະບໍ່ໃຊ້ ຫຼື ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນ ຍົກເວັ້ນການອະນຸຍາດຈາກທ່ານ ຫຼື ຕາມທີ່ກົດໝາຍອະນຸຍາດ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມນີ້ຄືນມາໃຫ້ພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍທັງໝົດ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຢືນຢັນລາຍໄດ້ຂອງທ່ານສໍາລັບ Medi-Cal. ໃນກໍລະນີສ່ວຍຫຼາຍ, ບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ມູນນີ້ ຈະສິດທິໃນການເຂົ້າເຖິງມັນ.

DHCS ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ລວບລວມຂໍ້ມູນຕາມ 42 CFR § 435.952 ນີ້. ແຈ້ງການເຖິງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວທີ່ລະບຸໄວ້ໃນທີ່ນີ້ເປັນໄປຕາມປະມວນກົດໝາຍແພ່ງຂອງລັດ California 1798.17.