

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 เราจำเป็นต้องขอข้อมูลรายได้เพิ่มเติมจากคุณเพื่อทำความเข้าใจว่าเพราะเหตุใด รายได้ถึงไม่ตรงกัน หากไม่แนบมานี้รายได้ของคุณเพียงเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างกันไปในแต่ละเดือน คุณสามารถเลือกเหตุผลด้านล่างเพื่ออธิบายได้

เหตุผล

หากเหตุผลใดๆ ด้านล่างตรงกับคุณ ให้เลือกอย่างน้อยหนึ่งข้อเพื่ออธิบายว่าเพราะเหตุใดรายได้ของคุณถึงแตกต่างจากแหล่งข้อมูลของเรา หากไม่มีเหตุผลให้เลือกช่องสุดท้ายในรายการ จากนั้นอ่านขั้นตอนต่อไปที่ด้านล่าง

การเปลี่ยนแปลงในการจ้างงานหรือรายได้

การสูญเสียงาน

รายได้ตามฤดูกาล

(รายได้ที่ได้รับเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่งของปี)

ชั่วโมงการทำงานลดลง

☐ รายได้ผันผวน

(แตกต่างกันไปในแต่ละเดือน)

การประกอบอาชีพอิสระ

☐ ทำงานเพื่อค่าคอมมิชชั่น

(ได้รับตามยอดขาย)

การเปลี่ยนแปลงในครัวเรือน

การสมรส

☐ การหย่าร้าง

เหตุการณ์ในชีวิต

เหตุการโจรกรรมข้อมูลประจำตัว
ความรุนแรงในครอบครัว

เหยื่อภัยธรรมชาติ
การเป็นคนไร้บ้าน

อื่น ๆ

ไม่ได้ยื่นภาษี

ยังไม่ได้ยื่นภาษี

อื่น ๆ: โปรดอธิบายด้านล่าง (เราอาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติม):

ไม่ใช่เหตุผลข้างต้น

ขั้นตอนต่อไป

หลังจากที่คุณกรอกแบบฟอร์มนี้แล้ว ให้ส่งแบบฟอร์มด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งด้านล่าง

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

วิธีง่ายๆ ในการส่งคืนแบบฟอร์มนี้หรือหลักฐานรายได้ที่ขอ:

ไปรษณีย์:	ออนไลน์:	ด้วยตนเอง:	โทรศัพท์:
ในช่องจดหมายที่แนบมา พร้อมกับจดหมายฉบับนี้	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 จะไม่ใช้หรือแบ่งปันข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด ยกเว้นจะได้รับอนุญาตจากคุณหรือตามที่กฎหมายอนุญาต คุณไม่จำเป็นต้องส่งคืนแบบฟอร์มนี้ให้เรา หาก你不ให้ข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอ เราจะไม่สามารถตรวจสอบรายได้ของคุณเพื่อพิจารณาสิทธิ์ในการรับ Medi-Cal ได้ ส่วนใหญ่แล้ว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลมีสง กล่าว

DHCS ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลนี้ตามมาตรา 42 CFR § 435.952 ประกาศความเป็นส่วนตัวที่ให้ไว้ ณ ที่นี้
เป็นไปตามประมวลกฎหมายแพ่ง California 1798.17