

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

Лише для використання
око́ругом

Дата повідомлення: _____

Номер справи: _____

Ім'я працівника: _____

Номер ID працівника: _____

Телефон працівника: _____

Графік роботи: _____

Робоча адреса: _____

**Запит на отримання додаткової інформації про
дохід для Medi-Cal**

**Щоб переглянути ваше право на участь у Medi-Cal,
ми повинні отримати цю інформацію не пізніше за:**

Ми не змогли підтвердити дохід, про який було
повідомлено в Medi-Cal для _____

Це пов'язано з тим, що наші електронні джерела,
такі як податкові записи, показують іншу суму доходу.

Нам потрібна додаткова інформація про ваш дохід щоб зрозуміти чому він не збігається. Якщо ваш дохід нещодавно змінився або змінюється від місяця до місяця ви можете обрати причину нижче, щоб пояснити її.

Причини

Якщо будь-яка з наведених нижче причин стосується вас, виберіть одну або декілька щоб пояснити чому ваш дохід відрізняється від наших джерел даних. Якщо жодна з причин не підходить, позначте клітинку в останньому пункті переліку. Потім прочитайте розділ **Наступні кроки** нижче.

Зміна роботи чи доходу

- | | |
|---|--|
| ☐ Втрата роботи | ☐ Зменшення робочого часу |
| ☐ Самозайнятість | ☐ Сезонний дохід |
| ☐ Нестабільний дохід
(змінюється від місяця до місяця) | (дохід отримується лише протягом частини року) |
| ☐ Робота на комісії
(оплата залежить від обсягу продажів) | |

Зміна в домогосподарстві

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Шлюб | ☐ Розлучення |
|-------------------------------|-------------------------------------|

Життєві події

- | | |
|--|---|
| ☐ Жертва крадіжки особистих даних | ☐ Жертва стихійного лиха |
| ☐ Домашнє насильство | ☐ Безхатченко |

Інше

- | | |
|---|--|
| ☐ Не сплачую податки | ☐ Ще не вніс податкову декларацію |
| ☐ Інше: Будь ласка поясніть нижче (нам може знадобитися додаткова інформація): | |

- ☐ Жодна з цих причин не підходить

Наступні кроки

Заповнивши цю форму, надішліть її одним із способів наведених нижче.

Якщо ви вибрали «Жодна з цих причин не підходить» або не поставили жодної позначки, надайте підтвердження вашого доходу. В іншій формі, яку ви отримали разом із повідомленням, вказано, які саме документи необхідно надати. Після того, як ви надасте підтвердження, місцевий офіс вашого округу перегляне ваше право на участь у Medi-Cal. Вони зв'яжуться з вами знову якщо їм знадобиться додаткова інформація.

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

Прості способи надіслати цю форму або запитувану довідку про дохід:

Поштою: У конверті що додається до цього листа.	В режимі онлайн: На сайті www.coveredca.com або www.benefitscal.com	Особисто:	По телефону:
---	--	------------------	---------------------

Є питання?

Якщо у вас є питання або вам потрібна додаткова інформація чи ви не можете надати запитувані докази, будь ласка, зателефонуйте нам за номером телефону, вказаним у повідомленні.

Повідомлення про конфіденційність інформації

Особиста та медична інформація зібрана за допомогою цієї форми є приватною та конфіденційною. Ця інформація необхідна Department of Health Care Services (DHCS) для підтвердження вашого доходу для Medi-Cal. DHCS не використовуватиме та не передаватиме цю інформацію для інших цілей, окрім як з вашого дозволу або відповідно до закону. Вам не потрібно повертати нам цю форму. Якщо ви не надасте всю необхідну інформацію, ми не зможемо підтвердити ваш дохід для Medi-Cal. У більшості випадків особа (чи особи), яких стосується ця інформація, мають право на доступ до неї.

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

DHCS уповноважений збирати цю інформацію відповідно до 42 CFR § 435.952. Це повідомлення про конфіденційність інформації надане тут вимагається Цивільним кодексом штату California 1798.17.