

للاستخدام في المقاطعة فقط

تاريخ الإشعار:

رقم الحالة:

اسم العامل:

رقم ID الخاص بالعامل:

رقم هاتف العامل:

ساعات العمل بالمكتب:

عنوان المكتب:

طلب معلومات الدخل الإضافية لصالح Medi-Cal

لمراجعة أهلية تغطية Medi-Cal الخاصة بك، يجب أن نحصل على هذه المعلومات بحلول موعد أقصاه:

لم تتمكن من التحقق من الدخل الذي تم إبلاغه Medi-Cal عنه بسبب

ذلك لأن مصادرنا الإلكترونية-كالسجلات الضريبية- تُظهر مبلغًا مختلفًا للدخل. نحتاج إلى مزيد من المعلومات منك فيما يتعلق بالدخل لفهم سبب عدم تطابق ذلك. إذا تغير دخلك مؤخرًا أو كان متغيرًا من شهر لآخر، يُمكنك اختيار سبب أدناه لتوضيحه.

الأسباب

إذا كان أي من الأسباب الواردة أدناه منطبقًا عليك، فاختر واحدًا أو أكثر لشرح سبب اختلاف دخلك عن مصادر البيانات التي لدينا. إذا لم تنطبق أي من الأسباب، فقم بوضع علامة في المربع الأخير من القائمة، ثم اقرأ الخطوات التالية أدناه.

التغير في العمل أو الدخل

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> فقدان الوظيفة | <input type="checkbox"/> نقص عدد ساعات العمل | <input type="checkbox"/> العمل الخاص |
| <input type="checkbox"/> الدخل الموسمي | <input type="checkbox"/> الدخل المتقلب | <input type="checkbox"/> العمل بالعمولة |
| <input type="checkbox"/> (الدخل الذي تحصل عليها خلال جزء فقط من العام) | <input type="checkbox"/> (يختلف من شهر لآخر) | <input type="checkbox"/> (تلقي المقابل على أساس المبيعات) |

التغير في الأسرة

- الزواج الطلاق

الأحداث الحياتية

- ضحية لحادثة سرقة الهوية ضحية لكارثة طبيعية
- العنف المنزلي التشرد

أخرى

- لم تقدم الضرائب بعد
- ا تقدم ضرائب
- آخر يُرجى التوضيح أدناه (قد نحتاج إلى مزيد من المعلومات):

لا ينطبق أي من هذه الأسباب.

الخطوات التالية

بعد أن تقوم بملء هذا النموذج، يُرجى إرساله عبر إحدى الطرق الواردة أدناه. إذا اخترت "لا ينطبق أي من هذه الأسباب" أو لم تضع علامة في أي مربع أعلاه، فيُرجى أن تقدم إثباتاً لدخلك. يوضح النموذج الآخر الذي تلقينته مع الإشعار ما هو إثبات الدخل المطلوب. بعد تقديم إثبات الدخل، سيقوم مكتب المقاطعة المحلي بإعادة مراجعة أهلية Medi-Cal الخاصة بك. وسيصلون بك مرة أخرى إذا احتاجوا لمزيد من المعلومات.

فيما يلي عدة طرق سهلة لإرسال هذا النموذج أو إرسال طلب إثبات الدخل:

الهاتف:	شخصياً:	عبر الإنترنت:	البريد:
		من خلال www.coveredca.com أو www.benefitscal.com	في الظرف المُرفق بهذه الرسالة.

هل لديك أي أسئلة؟

إذا كانت لديك أي أسئلة، أو كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، أو لم تكن قادرًا على تقديم الإثبات المطلوب، فيُرجى الاتصال بنا عبر رقم الهاتف الوارد في هذا الإشعار.

إشعار الخصوصية

تُعد المعلومات الشخصية والطبية التي يتم جمعها من خلال هذا النموذج وبه خاصة وسرية. تحتاج Department of Health Care Services (DHCS) إلى تلك المعلومات للتحقق من ذلك من أجل تغطية Medi-Cal. لن تستخدم DHCS المعلومات أو تشاركها لأغراض أخرى إلا بعد الحصول على إذن منك أو وفقاً لما يسمح به القانون. لست بحاجة إلى إعادة هذا النموذج إلينا. إذا لم تقم بتقديم جميع المعلومات المطلوبة، فلن نتحقق من ذلك من أجل تغطية Medi-Cal. في أغلب الحالات، يحق للفرد (الأفراد) الذين تتعلق بهم هذه المعلومات الوصول إليها.

إن DHCS مُخولة بجمع هذه المعلومات وفقاً لقانون 42 CFR § 435.952. تم طلب إشعار الخصوصية المقدم هنا بموجب القانون المدني رقم 1798.17 لولاية California.