Только для использования округом

Дата уведомления: _____
Номер дела: _____
Имя сотрудника: _____
ID-номер сотрудника: _____
Телефон сотрудника: _____
Часы работы: _____
Адрес офиса: _____

Запрос на получение дополнительной информации о доходах для Medi-Cal

Чтобы рассмотреть Ваше соответствие требованиям Medi-Cal, мы должны получить информацию до:

Мы не смогли подтвердить доход о котором было сообщено Medi-Cal для

_____

Это связано с тем, что наши электронные источники, такие как налоговые отчеты, показывают другую сумму дохода. Нам необходима дополнительная информация о Ваших доходах чтобы понять почему они не совпадают. Если Ваш доход недавно изменился или меняется от месяца к месяцу, Вы можете выбрать причину ниже, чтобы объяснить.

Причины

Если любая из нижеприведенных причин относится к Вам, выберите одну или несколько причин чтобы объяснить почему Ваш доход отличается от наших источников данных. Если ни одна из причин не подходит, отметьте последнее поле в списке. Затем прочитайте раздел **Следующие шаги** ниже.

Изменения в трудоустройстве или доходе

Потеря работы	Уменьшение часов	Самозанятость
Сезонный доход (Доход, получаемый только в течение части года)	Не постоянный доход (Меняется от месяца к месяцу)	Работа за комиссию (Оплачивается на основе продаж)

Изменение в семье

Брак	Развод

Значительные события в жизни

Жертва кражи личных данных
Жертва стихийного бедствия
Насилие в семье
Бездомность

Другое

Не подаю налоговую декларацию
Еще не подал (-а) налоговую декларацию
Другое: Пожалуйста, объясните ниже (Нам может понадобиться дополнительная информация):

Ни одна из этих причин не подходит

Следующие шаги

После того как Вы заполните эту форму, отправьте ее одним из указанных ниже способов.

Если Вы отметили «Ни одна из этих причин не подходит» или не отметили поле выше, предоставьте подтверждение Вашего дохода. В другой форме которую Вы получили вместе с уведомлением указано какое подтверждение дохода требуется. После того как Вы предоставите подтверждение, Ваш местный окружной офис повторно рассмотрит Ваше соответствие требованиям Medi-Cal. Они свяжутся с Вами снова если им понадобится дополнительная информация.

Простые способы вернуть эту форму или предоставить запрашиваемое подтверждение дохода:

По почте:	**Онлайн:**	**Лично:**	**По телефону:**
В конверте, прилагаемом к этому письму.	На сайте www.coveredca.com или www.benefitscal.com		

Вопросы?

Если у Вас есть вопросы, Вам нужна дополнительная информация, или Вы не можете предоставить запрашиваемое подтверждение, пожалуйста позвоните нам по номеру телефона указанному в уведомлении.

Уведомление о конфиденциальности

Личная и медицинская информация собранная в этой форме и с помощью этой формы является частной и конфиденциальной. Department of Health Care Services (DHCS) необходима информация в целях подтверждения Вашего дохода для Medi-Cal. DHCS не будет использовать или передавать информацию для других целей кроме как с Вашего разрешения или в соответствии с законом. Вам не нужно возвращать нам эту форму. Если Вы не предоставите всю запрашиваемую информацию, мы не сможем подтвердить Ваш доход для Medi-Cal. В большинстве случаев лицо (-а), к которому относится эта информация имеет право на доступ к ней.

DHCS уполномочен собирать эту информацию в соответствии с 42 CFR § 435.952. Представленное здесь уведомление о конфиденциальности требуется в соответствии с Гражданским кодексом California 1798.17.