



Лише для використання округом

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
(дохід отримується лише
протягом частини року) | ☐ Нестабільний дохід
(змінюється від місяця до
місяця) | ☐ Робота на комісії
(оплата залежить від
обсягу продажів) |

Зміна в домогосподарстві

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

Життєві події

Жертва крадіжки особистих даних
Домашнє насильство

Жертва стихійного лиха
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.

Прості способи надіслати цю форму або запитувану довідку про дохід:

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

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.

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.