



JENNIFER KENT
Director

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



EDMUND G. BROWN JR.
Governor

May 19, 2015

Medi-Cal Eligibility Division Information Letter No.: I 15-14

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY WELFARE ADMINISTRATIVE OFFICERS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS

SUBJECT: Revised MC 216 Pre-Populated Renewal Form
(Reference: All County Welfare Directors Letter 15-09 and
14-38)

The purpose of this letter is to transmit the revised MC 216 Pre-Populated Renewal Form to counties, which is used to confirm and request verification of beneficiary information known to the California Healthcare Eligibility, Enrollment, and Retention System and the Statewide Automated Welfare Systems at annual renewal. Attached with this letter is a copy of the updated MC 216 form (Rev 04/15) in all threshold languages for counties to implement within 90 days from the receipt of this letter.

The single change to the form is specific to Section 3 titled "Income and Expenses" on Page 3, subsection "Fluctuating Income", the question "What do you think your income will be for the next 12 months?" has been replaced with "Tell us what you think your income will be for the current calendar year?".

If you have any questions regarding this letter, please contact Deborah Palmer at (916) 440-7855 or by email at deborah.palmer@dhcs.ca.gov or Michelle Marean-Williams at (916) 341-3968 or by email at michelle.marean-williams@dhcs.ca.gov. We appreciate the counties' cooperation and assistance in this effort.

Original Signed By

Alice Mak, Acting Chief
Medi-Cal Eligibility Division

Attachments

[INSERT DATE]

You can get this notification in another language or in large print or another way that's best for you. Call [1-800-XXX-XXXX]. The call is free. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

It is time to renew your Medi-Cal coverage. We need some information from you to help you keep your Medi-Cal for the next year.

You Can Renew Your Medi-Cal in Any One of These Ways

- **By Mail:** Complete this form and mail it to:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- **In Person:** Visit our office at
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
Office hours are [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].
- **Online:** Renewing online is quick and easy. Go to **www.coveredca.com** or [SAWS online portal] to upload your documents.

How to Complete this Form

To make sure you or your family continue to have Medi-Cal coverage, you must let us know if there are any changes or not to the information on this form.

1. Please review the information about you and members of your household and let us know about any changes.
2. Send us or upload copies of documents that show your most current information even if your information has not changed.
3. Return this form or provide this information online by [INSERT DATE].
4. If you return this form by mail, please make sure to sign the form on page [INSERT PAGE #].

Whose Information We Need

We need the most current information about every member of your household who is living with you or is listed on your tax return, if you file taxes. We need information from:

- People in your household who currently have Medi-Cal, apply for Medi-Cal. Their information will be kept private and used only to help those in your household who want to keep or apply for Medi-Cal.
- People in your household who would like to apply.
- We may need some information about people in your household who live with you or are listed on your tax return, who do not have Medi-Cal and who do not want to *You do not need to file a tax return to apply for or renew your Medi-Cal.*

What Happens if My Information is Different?

If anyone in your household does not qualify for Medi-Cal because the information on this form has changed, we will use your new information to check to see if you or other people in your household qualify for other affordable health coverage, including Covered California. Your information will be kept private and will be used only to see if you or your family qualifies for affordable health coverage. We may need more information from you to find you the most affordable health coverage. You do not need to file a tax return to apply for or renew your Medi-Cal.



QUESTIONS? Call [state agency name] at [1-800-XXX-XXXX]. The call is free. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. You can call [days and hours of operation]. Or visit [web address]

1

Your Current Household

Please check the information below and tell us if there are any changes.

Is the address below correct? Yes
If correct, go to **Section 2**.

No. If not, please write the correct information below.

[RECIPIENT NAME]

Name (*first, middle, last & suffix*)

Home Address:

Home address Apartment #

[ADDRESS 2]

City (*home*) State ZIP code

[ADDRESS 3]

Mailing address, only if different from above. Apartment #

Mailing Address:

City (*mailing*) State ZIP code

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

What number can we call to contact you? Home Cell Work

Phone:

Number:

Home: [NUMBER1]

What is the best time to reach you at this number?

Other: [NUMBER2]

(Optional) Is there another number we can use to call you? Home Cell Work

Number:

(Optional) What email address can we contact you?

Who is in Your Household?

Please check the information below about people in your household who want to renew Medi-Cal. Please tell us if there are any changes to the information we have about people living with you or who are listed on your federal tax return.

			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If the information above is not correct, please write the correct information into the space provided below. If there are other members of your household, please write their information in below.



3

Income and Expenses

We were not able to renew your Medi-Cal using the income below that we have for you or your household members from electronic data sources. Please let us know if the information below is correct or not. We need paper documentation showing us what your most current income is. Please attach any of the following that show income before taxes or deductions: recent pay stubs, benefits or award letters, checks received or signed statement from employer, or last year's tax return. If income is from self-employment, send a copy of your most recent tax return or profit and loss statement.

The income information below is only for individuals within your household we could not otherwise verify. If you have members of your household not listed below it is because we were able to verify their income and no other income information is needed for the individual.

[Pre-Populated Name:]

Our records show that this individual's monthly income is: _____.

This estimate includes the income sources and amounts below. Please let us know if this information is correct or has changed. If this information has changed, please tell us the correct information.

Income 1 _____

Is this correct? Yes No

How often received? _____

If no, enter correct information _____

Income 2 _____

Is this correct? Yes No

How often received? _____

If no, enter correct information _____

Income 3 _____

Is this correct? Yes No

How often received? _____

If no, enter correct information _____

Please enter below any additional income you expect that is not shown above:

Fluctuating Income

You told us that your income changes from month to month and gave us an estimate of what you thought your income would be for the past 12 months. Last year, you told us your income would be _____.

Tell us what you think your income will be for the current calendar year? _____

Expenses/Tax Deductions

Our records show that this individual had the following tax expenses (deductions) last year. Please let us know if this will be the same for next year or not:

Tax Deduction 1 _____

Is this correct? Yes No

How often paid? _____

If no, enter correct information _____

Tax Deduction 2 _____

Is this correct? Yes No

How often paid? _____

If no, enter correct information _____

Tax Deduction 3 _____

Is this correct? Yes No

How often paid? _____

If no, enter correct information _____



4

Other Health Insurance

Please let us know if the information below is still correct. If someone in your family now has other health insurance NOT listed below, please write it in below.

Name	Type of Insurance	Do You Still Have This Coverage?
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Incarceration

Our information shows that one or more people in your household is incarcerated. Is this information correct?

	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Deceased

Our information shows that one or more in your household has died. Is this information correct?

	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

For Informational Purposes Only



7 Other Household Changes

Is anyone in your household between the ages of 18 and 26 years old and was either in foster care, in any state, on his or her 18th birthday or who lost foster care assistance, in any state, due to having reached the maximum age limit?

Yes No **If yes**, who? _____

Is anyone in your household 19 to 20 years old and a full-time student?

Yes No **If yes**, who? _____

Does anyone in your household have a physical, mental, emotional, or developmental disability?

Yes No **If yes**, who? _____

Does anyone in your household need help with long-term care or home and community-based services?

Yes No **If yes**, who? _____

Is anyone in your household pregnant?

Yes No **If yes**, who? _____

If yes, what is her expected due date? _____

How many babies are expected? _____

Has anyone in your household moved into or out of the home in the past 12 months?

Yes No **If yes**, who? _____

What is your relationship to this person? _____

Do any of these individuals want to apply for Medi-Cal?

Yes No **If yes**, who? _____

If anyone in your household who currently has Medi-Cal recently gained lawful immigration or citizenship status in the past 12 months, list the name(s) below:



PRIVACY STATEMENT

This renewal form is for renewing benefits through the Department of Health Care Services (DHCS) and determining eligibility for health insurance through Covered California. The personal and medical information you provide on it is private and confidential. Covered California or DHCS needs it to identify you and the other people on this renewal form and to administer our programs. We will share your information with other state, federal, and local agencies, contractors, health plans, and programs only to enroll you in a plan or program or to administer programs, and with other state and federal agencies as required by law.

You must answer all of the questions on this renewal form unless they are marked "optional." If your renewal form is missing anything that we require, we will contact you to get it. If you do not provide it, we will not be able to make a decision on your renewal. You may have to submit a new application, or you may not be able to get health insurance through Covered California, or your application for benefits renewal may be denied.

In most cases, you have the right to see personal information about you that is in federal and state records. You can see it in an alternative format (such as large print) if you need that. For more information or to see Covered California records, contact the Privacy Officer at:

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

These state and federal laws give us the right to collect and keep the information on the renewal form: Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. We must give you this Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17.

You can find the Notices of Privacy Practices for the Medi-Cal program at www.dhcs.ca.gov and for Covered California at www.CoveredCA.com.



RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

The information I gave on this renewal form is true as far as I know. I know that I may be subject to a penalty if I do not tell the truth.

I understand that the information I give will be used only to see if those in my family who are applying to renew health insurance will qualify.

I understand that Covered California and the Medi-Cal program will keep my information private, as the law requires. For more information, or access to personal information in records maintained by the Medi-Cal program and Covered California, I can contact my county social services office or I can contact the Covered California Privacy Officer at 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

I understand that to be eligible for Medi-Cal, I am required to apply for other income or benefits to which I or any member of my household is entitled, unless he or she has good cause for not doing so. Examples of such income or benefits are pensions, government benefits, retirement income, veteran's benefits, annuities, disability benefits, Social Security benefits (also called OASDI or Old Age, Survivors, and Disability Insurance), and unemployment benefits. But such income or benefits do not include public assistance benefits, such as CalWORKs or CalFresh. If I have a question about a possible source of income, I can call my county social services office or Covered California at 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) for help.

I know that I must tell Covered California or my Medi-Cal county social services office about changes to anything I stated in this renewal form. To report changes, I can call my county social services office. Or I can call Covered California at 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) or visit CoveredCA.com.

I know that Covered California or the Medi-Cal program must not discriminate against me or anyone on this renewal form because of race, color, national origin, religion, age, sex, sexual orientation, marital status, veteran's status, or disability. If I think Covered California or the Medi-Cal program has discriminated against me, including the failure to provide reasonable accommodations as required under state and federal law, I can make a complaint by contacting the U.S. Department of Health & Human Services at www.hhs.gov/ocr/office/file or the California Office of the Attorney General at <http://oag.ca.gov/contact-general-comment-question-or-complaint-form>.

If I believe that Covered California or the Medi-Cal program has discriminated against me or anyone else on this renewal form in connection with a Medi-Cal eligibility determination, I can also file a complaint with the Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by calling 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).

I understand that any changes in my information or information of any member(s) in the applicant's household may affect the eligibility of other members of the household.

If applying for Medi-Cal, I confirm that no one applying for health insurance on this renewal form is confined, after the disposition of charges (judgment), in a jail, prison, or similar penal institution or correctional facility.

I understand that I must report income changes to my Medi-Cal county social services office or Covered California because it may affect the eligibility for Medi-Cal benefits or the amount of premium assistance (or tax credits) that I may be eligible to receive. I also understand if I receive too much premium assistance (or tax credits) during the benefit year, I will have to repay the extra premium assistance back to the IRS when I file my federal income taxes for the benefit year.

I give my permission to the Medi-Cal program or Covered California to check other agencies' computer records to verify citizenship, satisfactory immigration status, tax information, and other information related only to eligibility to see if I and other people on this renewal form qualify for health insurance. If someone on the renewal form qualifies for Medi-Cal:

I know that if Medi-Cal pays for a medical expense, any money I or anyone on this renewal form get from other health insurance or legal settlements related to that expense will go to Medi-Cal as payment for the expense until the expense is paid in full. For parents whose child or children qualify for Medi-Cal:

I know I will be asked to help the agency that collects medical support from any parent on this renewal form who does not live with the child and does not send support for the child. If I think that helping will harm me or my children, I can tell the Medi-Cal program and I will not have to help.

Your right to appeal: If I think Covered California or the Medi-Cal program has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone at Covered California or the Medi-Cal program that I think its decision is wrong and ask for a fair review of the action.

Signature of Applicant or Authorized Representative

Date and Place: _____

Signature: _____

I know that I can find out how to appeal by calling 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) for the Medi-Cal program or calling 1-800-300-1506 (TTY:1-888-889-4500) for Covered California enrollees.

I know that I must file an appeal within 90 days of the decision. I know that I can represent myself or have someone else represent me in my appeal, such as an authorized representative, a friend, a relative, or a lawyer.

I know that if I need help, someone at Covered California, the Medi-Cal program, or the county social services office can explain my case to me.

DECLARATION

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that what I say below is true and correct.

I understood all questions on this renewal form and gave true and correct answers as far as I know. Where I did not know the answer myself, I made every reasonable attempt to confirm the answer with someone who did know.

I know that if I do not tell the truth on this renewal form, there may be a civil or criminal penalty for perjury that may include up to four years in jail. (See California Penal Code Section 126.)

I know that the information in this renewal form will be used to decide if the people who are applying qualify for health insurance. The Medi-Cal program and Covered California will keep the information private, as required by federal and California law.

I agree to notify the Medi-Cal program or my Medi-Cal county social services offices or Covered California by calling 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) or visiting CoveredCA.com if anything changes on this renewal form for any person applying for health insurance.

For Informational Purposes Only



Medi-Cal Renewal Form

Respond By: [MM/DD/YY]

Case Number: [xxxxxxxx]

[INSERT DATE]



JOHN SAMPLE
1234 SAMPLE STREET
ADDRESS 2
ANYTOWN CA 90000

You can get this notification in another language or in large print or another way that's best for you. Call [1-800-XXX-XXXX]. The call is free. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

It is time to renew your Medi-Cal coverage. We need some information from you to help you keep your Medi-Cal for the next year.

You Can Renew Your Medi-Cal in Any One of These Ways

- **By Mail:** Complete this form and mail it to:

[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]

- **In Person:** Visit our office at
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]

Office hours are [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].

- **Online:** Renewing online is quick and easy. Go to **www.coveredca.com** or [SAWS online portal] to upload your documents.

How to Complete this Form

To make sure you or your family continue to have Medi-Cal coverage, you must let us know if there are any changes or not to the information on this form.

1. Please review the information about you and members of your household and let us know about any changes.
2. Send us or upload copies of documents that show your most current information even if your information has not changed

Continued on next page



QUESTIONS? Call [state agency name] at [1-800-XXX-XXXX]. The call is free. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. You can call [days and hours of operation]. Or visit **[web address]**

How to Complete this Form - *Continued from page 1*

3. Return this form or provide this information online by [INSERT DATE].

4. If you return this form by mail, please make sure to sign the form on page [INSERT PAGE #].

Whose Information We Need

We need the most current information about every member of your household who is living with you or is listed on your tax return, if you file taxes. We need information from:

- People in your household who currently have Medi-Cal,
- People in your household who would like to apply.
- We may need some information about people in your household who live with you or are listed on your tax return, who do not

have Medi-Cal and who do not want to apply for Medi-Cal. Their information will be kept private and used only to help those in your household who want to keep or apply for Medi-Cal.

You do not need to file a tax return to apply for or renew your Medi-Cal.

What Happens if My Information is Different?

If anyone in your household does not qualify for Medi-Cal because the information on this form has changed, we will use your new information to check to see if you or other people in your household qualify for other affordable health coverage, including Covered California. Your information will be

kept private and will be used only to see if you or your family qualifies for affordable health coverage. We may need more information from you to find you the most affordable health coverage. You do not need to file a tax return to apply for or renew your Medi-Cal.



QUESTIONS? Call [state agency name] at [1-800-XXX-XXXX]. The call is free. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. You can call [days and hours of operation]. Or visit [web address]

1

Your Current Household

Please check the information below and tell us if there are any changes.

Is the address below correct?

Yes

If correct, go to **Section 2**.

No.

If not, please write the correct information below.

[RECIPIENT NAME]

Home Address:

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Mailing Address:

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Phone:

Home: [NUMBER1]

Other: [NUMBER2]

Name *(first, middle, last & suffix)*

Home address

Apartment #

City *(home)*

State

ZIP code

Mailing address, only if different from above.

Apartment #

City *(mailing)*

State

ZIP code

What number can we call to contact you? Home Cell Work

Number:

What is the best time to reach you at this number?

(Optional) Is there another number we can use to call you?

Home Cell Work

Number:

(Optional) What email address can we contact you?



QUESTIONS? Call [state agency name] at [1-800-XXX-XXXX]. The call is free. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. You can call [days and hours of operation]. Or visit [web address]

2

Who is in Your Household?

Please check the information below about people in your household who want to renew Medi-Cal. Please tell us if there are any changes to the information we have about people living with you or who are listed on your federal tax return.

Name (first, middle, last & suffix)	Tax Filing Status (e.g., primary tax filer, dependent)	How is this Person Related to the Primary Tax Filer or Head of Household?	Who Claims this Person as a Dependant?	Correct Information?
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If the information above is not correct, please write the correct information into the space provided below. If there are other members of your household, please write their information in below.

Name (first, middle, last & suffix)	Tax Filing Status	Related to Tax Filer	Who Claims this Person as a Dependant?



3 Income and Expenses

We were not able to renew your Medi-Cal using the income below that we have for you or your household members from electronic data sources. Please let us know if the information below is correct or not. We need paper documentation showing us what your most current income is. Please attach any of the following that show income before taxes or deductions: recent pay stubs, benefits or award letters, checks received or signed statement from employer, or last year's tax return. If income is from self-employment, send a copy of your most recent tax return or profit and loss statement.

The income information below is only for individuals within your household we could not otherwise verify. If you have members of your household not listed below it is because we were able to verify their income and no other income information is needed for the individual.

[Pre-Populated Name:]

Our records show that this individual's monthly income is: _____. This estimate includes the income sources and amounts below. Please let us know if this information is correct or has changed. If this information has changed, please tell us the correct information.

Income 1 _____ How often received? _____

Is this correct? Yes No If no, enter correct information _____

Income 2 _____ How often received? _____

Is this correct? Yes No If no, enter correct information _____

Income 3 _____ How often received? _____

Is this correct? Yes No If no, enter correct information _____

Please enter below any additional income you expect that is not shown above:



Fluctuating Income

You told us that your income changes from month to month and gave us an estimate of what you thought your income would be for the past 12 months. Last year, you told us your income would be _____

Tell us what you think your income will be for the current calendar year?

Expenses/Tax Deductions

Our records show that this individual had the following tax expenses (deductions) last year. Please let us know if this will be the same for next year or not:

Tax Deduction 1 _____

How often paid? _____

Is this correct? Yes No

If no, enter correct information _____

Tax Deduction 2 _____

How often paid? _____

Is this correct? Yes No

If no, enter correct information _____

Tax Deduction 3 _____

How often paid? _____

Is this correct? Yes No

If no, enter correct information _____

Other Health Insurance

Please let us know if the information below is still correct. If someone in your family now has other health insurance NOT listed below, please write it in below.

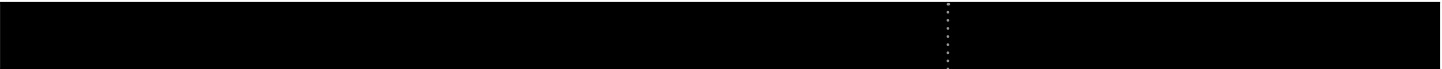
Yes No

Yes No



5 Incarceration

Our information shows that one or more people in your household is incarcerated. Is this information correct?



Yes No

Yes No

Deceased

Our information shows that one or more in your household has died. Is this information correct?



Yes No

Yes No



7 Other Household Changes

Is anyone in your household between the ages of 18 and 26 years old and was either in foster care, in any state, on his or her 18th birthday or who lost foster care assistance, in any state, due to having reached the maximum age limit?

Yes No **If yes**, who? _____

Is anyone in your household 19 to 20 years old and a full-time student?

Yes No **If yes**, who? _____

Does anyone in your household have a physical, mental, emotional, or developmental disability?

Yes No **If yes**, who? _____

Does anyone in your household need help with long-term care or home and community-based services?

Yes No **If yes**, who? _____

Is anyone in your household pregnant?

Yes No **If yes**, who? _____

If yes, what is her expected due date? _____

How many babies are expected? _____

Has anyone in your household moved into or out of the home in the past 12 months?

Yes No **If yes**, who? _____

What is your relationship to this person? _____



Do any of these individuals want to apply for Medi-Cal?

Yes No **If yes**, who? _____

If anyone in your household who currently has Medi-Cal recently gained lawful immigration or citizenship status in the past 12 months, list the name(s) below:



PRIVACY STATEMENT

This renewal form is for renewing benefits through the Department of Health Care Services (DHCS) and determining eligibility for health insurance through Covered California. The personal and medical information you provide on it is private and confidential. Covered California or DHCS needs it to identify you and the other people on this renewal form and to administer our programs. We will share your information with other state, federal, and local agencies, contractors, health plans, and programs only to enroll you in a plan or program or to administer programs, and with other state and federal agencies as required by law.

You must answer all of the questions on this renewal form unless they are marked "optional." If your renewal form is missing anything that we require, we will contact you to get it. If you do not provide it, we will not be able to make a decision on your renewal. You may have to submit a new application, or you may not be able to get health insurance through Covered California, or your application for benefits renewal may be denied.

In most cases, you have the right to see personal information about you that is in federal and state records. You can

see it in an alternative format (such as large print) if you need that. For more information or to see Covered California records, contact the Privacy Officer at:

Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

Phone: 1-800-300-1506

TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA

95899-7413

Phone: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

These state and federal laws give us the right to collect and keep the information on the renewal form: Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. We must give you this Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17.

You can find the Notices of Privacy Practices for the Medi-Cal program at www.dhcs.ca.gov and for Covered California at www.CoveredCA.com.



RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

The information I gave on this renewal form is true as far as I know. I know that I may be subject to a penalty if I do not tell the truth.

I understand that the information I give will be used only to see if those in my family who are applying to renew health insurance will qualify.

I understand that Covered California and the Medi-Cal program will keep my information private, as the law requires. For more information, or access to personal information in records maintained by the Medi-Cal program and Covered California, I can contact my county social services office or I can contact the Covered California Privacy Officer at 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

I understand that to be eligible for Medi-Cal, I am required to apply for other income or benefits to which I or any member of my household is entitled, unless he or she has good cause for not doing so. Examples of such income or benefits are pensions, government benefits, retirement income, veteran's benefits, annuities, disability benefits, Social Security benefits (also called OASDI or Old Age, Survivors, and Disability Insurance), and unemployment benefits. But such income or benefits do not include public assistance benefits, such as CalWORKs or CalFresh. If I have a

question about a possible source of income, I can call my county social services office or Covered California at 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) for help.

I know that I must tell Covered California or my Medi-Cal county social services office about changes to anything I stated in this renewal form. To report changes, I can call my county social services office. Or I can call Covered California at 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) or visit CoveredCA.com.

I know that Covered California or the Medi-Cal program must not discriminate against me or anyone on this renewal form because of race, color, national origin, religion, age, sex, sexual orientation, marital status, veteran's status, or disability. If I think Covered California or the Medi-Cal program has discriminated against me, including the failure to provide reasonable accommodations as required under state and federal law, I can make a complaint by contacting the U.S. Department of Health & Human Services at www.hhs.gov/ocr/office/file or the California Office of the Attorney General at <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.

If I believe that Covered California or the Medi-Cal program has discriminated against me or anyone else on this renewal form in connection with a Medi-Cal eligibility determination, I



can also file a complaint with the Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by calling 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).

I understand that any changes in my information or information of any member(s) in the applicant's household may affect the eligibility of other members of the household.

If applying for Medi-Cal, I confirm that no one applying for health insurance on this renewal form is confined, after the disposition of charges (judgment), in a jail, prison, or similar penal institution or correctional facility.

I understand that I must report income changes to my Medi-Cal county social services office or Covered California because it may affect the eligibility for Medi-Cal benefits or the amount of premium assistance (or tax credits) that I may be eligible to receive. I also understand if I receive too much premium assistance (or tax credits) during the benefit year, I will have to repay the extra premium assistance back to the IRS when I file my federal income taxes for the benefit year.

I give my permission to the Medi-Cal program or Covered California to check other agencies' computer records to verify citizenship, satisfactory immigration status, tax information, and other information related only to eligibility to see if I and other people

on this renewal form qualify for health insurance. If someone on the renewal form qualifies for Medi-Cal:

I know that if Medi-Cal pays for a medical expense, any money I or anyone on this renewal form get from other health insurance or legal settlements related to that expense will go to Medi-Cal as payment for the expense until the expense is paid in full. For parents whose child or children qualify for Medi-Cal:

I know I will be asked to help the agency that collects medical support from any parent on this renewal form who does not live with the child and does not send support for the child. If I think that helping will harm me or my children, I can tell the Medi-Cal program and I will not have to help.

Your right to appeal: If I think Covered California or the Medi-Cal program has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone at Covered California or the Medi-Cal program that I think its decision is wrong and ask for a fair review of the action. I know that I can find out how to appeal by calling 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) for the Medi-Cal program or calling 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) for Covered California enrollees.

I know that I must file an appeal within 90 days of the decision. I know that I can represent myself or have someone



else represent me in my appeal, such as an authorized representative, a friend, a relative, or a lawyer.

I know that if I need help, someone at Covered California, the Medi-Cal program, or the county social services office can explain my case to me.

DECLARATION

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that what I say below is true and correct.

I understood all questions on this renewal form and gave true and correct answers as far as I know. Where I did not know the answer myself, I made every reasonable attempt to confirm the answer with someone who did know.

I know that if I do not tell the truth on this renewal form, there may be a civil

or criminal penalty for perjury that may include up to four years in jail. (See California Penal Code Section 126.)

I know that the information in this renewal form will be used to decide if the people who are applying qualify for health insurance. The Medi-Cal program and Covered California will keep the information private, as required by federal and California law.

I agree to notify the Medi-Cal program or my Medi-Cal county social services offices or Covered California by calling 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) or visiting CoveredCA.com if anything changes on this renewal form for any person applying for health insurance.

Signature of Applicant or Authorized Representative

Date and Place: _____

Signature: _____



[INSERT DATE]

يمكن أن تتلقى هذا الإخطار بلغة أخرى أو بطباعة كبيرة أو بطريقة أخرى تكون الأمثل بالنسبة لك. يرجى الاتصال على [1-800-XXX-XXXX]. هذه المكالمات مجانية. [TTY: 1-888-XXX-XXXX].

لقد حان الوقت لتجديد تغطية Medi-Cal الخاصة بك. نحتاج إلى بعض المعلومات منك لمساعدتك في الاحتفاظ بـ Medi-Cal للسنة القادمة.

يمكنك تجديد Medi-Cal بأي من الطرق التالية

■ عبر الإنترنت: التجديد عبر الإنترنت سريع وسهل. انتقل إلى www.coveredca.com أو [SAWS online portal] لتحميل مستنداتك.

■ بواسطة البريد: أكمل هذه الاستمارة وأرسلها بالبريد إلى:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]

■ شخصياً: يرجى زيارة مكتبنا في
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
ساعات العمل هي [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].

كيفية استكمال هذه الاستمارة

- للتأكد من استمرارك أنت أو عائلتك في الحصول على تغطية Medi-Cal، يجب أن نخبرنا إذا كان هناك أي تغيير أم لا على المعلومات الواردة في هذه الاستمارة.
1. يرجى مراجعة المعلومات المتعلقة بك وبأفراد أسرتك وإخبارنا بشأن أي تغييرات.
 2. أرسل إلينا أو قم بتحميل نسخ من المستندات التي تظهر أحدث المعلومات حتى إذا كانت معلوماتك لم تتغير.
 3. أرجع هذه الاستمارة أو قم بموافقتنا بهذه المعلومات على الإنترنت بحلول [INSERT DATE].
 4. إذا قمت بإرجاع هذه الاستمارة عن طريق البريد، فيرجى التأكد من توقيعها في الصفحة [INSERT PAGE #].

من نحتاج إلى معلوماته

نحتاج إلى أحدث المعلومات بشأن كل فرد في منزلك يعيش معك أو مدرج على تقريرك الضريبي، إذا كنت ممن يقدمون تقارير ضريبية. نحتاج إلى معلومات من:

ولا يريدون التقدم بطلب للحصول على Medi-Cal. وسوف يتم الاحتفاظ بمعلوماتهم سرية ولن يتم استخدامها سوى لمساعدة من يعيشون في منزلك ممن يرغبون في الإبقاء على Medi-Cal أو التقدم بطلب للحصول عليه.

لا يتعين عليك أن تتقدم بتقرير ضريبي من أجل التقدم لبرنامج Medi-Cal أو تجديده.

- الأشخاص في منزلك ممن لديهم Medi-Cal،
- الأشخاص في منزلك الذين يرغبون في التقدم بطلب.
- قد نحتاج إلى بعض المعلومات عن الأشخاص في منزلك ممن يعيشون معك أو المدرجين على تقريرك الضريبي، ممن ليس لديهم Medi-Cal

ماذا سيحدث إن كانت معلوماتي مختلفة؟

عائلتك مؤهلين للتغطية الصحية ميسورة التكلفة. قد نحتاج إلى المزيد من المعلومات منك لكي نجد لك التغطية الصحية الأكثر ميسورية من ناحية التكلفة. لا يتعين عليك أن تتقدم بتقرير ضريبي من أجل التقدم لبرنامج Medi-Cal أو تجديده.

إذا كان أي شخص في منزلك لا يتأهل لبرنامج Medi-Cal نظراً لأن المعلومات الواردة على هذه الاستمارة قد تغيرت، فسوف نستخدم معلوماتك الجديدة للتحقق مما إذا كنت أنت أو أشخاصاً آخرين في منزلك مؤهلين لتغطية صحية أخرى ميسورة التكلفة، بما في ذلك Covered California. سيتم الاحتفاظ بمعلوماتك سرية ولن يتم استخدامها سوى لمعرفة إن كنت أنت أو

هل لديك أسئلة؟ اتصل بـ [state agency name] على [1-800-XXX-XXXX]. هذه المكالمات مجانية. [TTY: 1-888-XXX-XXXX].

يمكنك الاتصال خلال [days and hours of operation]. أو زيارة الموقع الإلكتروني [web address]



منزلك الحالي

يرجى تحديد المعلومات الواردة أدناه وإخبارنا إن كان هناك أي تغيير.

لا. إذا لم يكن كذلك، فيرجى كتابة المعلومات الصحيحة أدناه.

هل العنوان المذكور أدناه صحيح؟ نعم
إذا كان صحيحاً، فيرجى الانتقال إلى القسم 2.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير، اللاحقة)

[RECIPIENT NAME]

عنوان المنزل رقم الشقة

عنوان المنزل:

[ADDRESS 2]

المدينة (المنزل) الولاية الرمز البريدي

[ADDRESS 3]

عنوان المراسلات البريدية، فقط إذا كان مختلفاً عن الوارد أعلاه. رقم الشقة

عنوان المراسلات البريدية:

[HOME ADDRESS]

المدينة (المراسلات البريدية) الولاية الرمز البريدي

[ADDRESS 2]

ما الرقم الذي يمكننا الاتصال به للتواصل معك؟ المنزل الهاتف الجوال العمل

[ADDRESS 3]

الرقم:

الهاتف:

ما هو الوقت الأمثل للاتصال بك على هذا الرقم؟

المنزل: [NUMBER 1]

(اختياري) هل هناك رقم آخر يمكننا استخدامه للاتصال بك؟ المنزل الهاتف الجوال العمل

أخرى: [NUMBER 2]

الرقم:

(اختياري) ما هو عنوان البريد الإلكتروني الذي يمكننا الاتصال بك من خلاله؟

من هم الأفراد في منزلك؟

يرجى تحديد المعلومات الواردة أدناه بشأن الأشخاص في منزلك الذين يريدون تجديد Medi-Cal. يرجى إخبارنا إن كان هناك أي تغيير على المعلومات التي لدينا بشأن الأشخاص الذين يعيشون معك أو المدرجين على تقريرك الضريبي الفيدرالي.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير، اللاحقة)	حالة التقرير الضريبي (مقدم التقرير الضريبي الأساسي، المعيل)	ما مدى صلة هذا الشخص بمقدم التقرير الضريبي الرئيسي أو رب المنزل؟	من الذي يدعي أن هذا الشخص معيلاً؟	هل المعلومات صحيحة؟
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
				<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

إذا كانت المعلومات الواردة أعلاه غير صحيحة، فيرجى كتابة المعلومات الصحيحة في المساحة المقدمة أدناه. إذا كان هناك أفراد آخرون في منزلك، فيرجى كتابة المعلومات الخاصة بهم أدناه.

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير، اللاحقة)	حالة التقرير الضريبي	على صلة بمقدم التقرير الضريبي	من الذي يدعي أن هذا الشخص معيلاً؟

هل لديك أسئلة؟ اتصل بـ [state agency name] على [1-800-XXX-XXXX]. هذه المكالمات مجانية. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. يمكنك الاتصال خلال [days and hours of operation]. أو زيارة الموقع الإلكتروني [web address]

الدخل والمصاريف

لم تتمكن من تجديد برنامج Medi-Cal الخاص بك باستخدام الدخل الوارد أدناه المسجل لدينا بخصوصك أو بخصوص أفراد منزلك من مصادر البيانات الإلكترونية. يرجى إخبارنا إن كانت المعلومات الواردة أدناه صحيحة أم لا. نحتاج إلى معلومات ورقية موثقة تثبت لنا أحدث دخل حالي لك. يرجى إرفاق أي معلومات تثبت الدخل قبل الضرائب أو الاستقطاعات: مثل إيصالات الدفع الحديثة، خطابات الإعانات أو المنح، الشيكات المستلمة أو البيانات الموقعة من صاحب العمل، أو التقرير الضريبي عن السنة الماضية. إذا كان الدخل من عمل خاص، فيرجى إرسال نسخة من تقريرك الضريبي الأحدث أو حساب الأرباح والخسائر.

معلومات الدخل الواردة أدناه هي فقط للأفراد داخل منزلك الذين لم تتمكن من التحقق منهم بطريقة أخرى. إذا كان هناك أفراد في منزلك غير مدرجين أدناه فهذا يرجع إلى أننا لم نتمكن من التحقق من دخلهم وأنه لا يلزم تقديم أي معلومات أخرى بشأن الدخل لذلك الفرد.

[Pre-Populated Name:]

تظهر سجلاتنا أن الدخل الشهري لهذا الشخص هو: _____ .
يشمل هذا التقدير مصادر الدخل والمبالغ المبينة أدناه. يرجى إخبارنا إن كانت هذه المعلومات صحيحة أو غيرت. إذا كانت هذه المعلومات قد تغيرت، فيرجى إخبارنا بالمعلومات الصحيحة.

الدخل 1 ما مدى تكرار استلامه؟ _____

هل هذا صحيح؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فيرجى إدخال المعلومات الصحيحة؟ _____

الدخل 2 ما مدى تكرار استلامه؟ _____

هل هذا صحيح؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فيرجى إدخال المعلومات الصحيحة؟ _____

الدخل 3 ما مدى تكرار استلامه؟ _____

هل هذا صحيح؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فيرجى إدخال المعلومات الصحيحة؟ _____

يرجى أن تُدخل أدناه أي دخل إضافي تتوقعه لا يظهر أعلاه؟

الدخل المتذبذب

أخبرتنا أن دخلك يتغير من شهر لآخر وأعطيتنا تقديراً لما تعتقد أنه كان دخلك خلال الـ 12 شهراً الماضية. في السنة الماضية، أخبرتنا أن دخلك سيكون _____ .
أخبرنا بما تعتقد أنه سيكون دخلك في السنة الحالية؟ _____

المصاريف/الاستقطاعات الضريبية

تُظهر سجلاتنا أن هذا الفرد تحمل المصاريف (الاستقطاعات) الضريبية التالية السنة الماضية. يرجى إخبارنا إن كان نفس الشيء سيتكرر للسنة القادمة أم لا:

الاستقطاعات الضريبية 1 ما مدى تكرار الدفع؟ _____

هل هذا صحيح؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فيرجى إدخال المعلومات الصحيحة؟ _____

الاستقطاعات الضريبية 2 ما مدى تكرار الدفع؟ _____

هل هذا صحيح؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فيرجى إدخال المعلومات الصحيحة؟ _____

الاستقطاعات الضريبية 3 ما مدى تكرار الدفع؟ _____

هل هذا صحيح؟ نعم لا إذا كانت الإجابة لا، فيرجى إدخال المعلومات الصحيحة؟ _____

هل لديك أسئلة؟ اتصل بـ [state agency name] على [1-800-XXX-XXXX]. هذه المكالمات مجانية. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

يمكنك الاتصال خلال [days and hours of operation]. أو زيارة الموقع الإلكتروني [web address]



تأمين صحي آخر

يرجى إخبارنا إن كانت المعلومات الواردة أدناه لا تزال صحيحة. إذا كان شخص ما في عائلتك لديه تأمين صحي آخر غير مدرج أدناه، فيرجى كتابة اسمه أدناه.

هل لا يزال لديك هذه التغطية؟	نوع التأمين	الاسم
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

5 السجن

تظهر المعلومات لدينا أن شخصاً أو أكثر في منزلك قد تعرض للسجن. هل هذه المعلومات صحيحة؟

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

6 الأشخاص المتوفون

تظهر المعلومات لدينا أن شخصاً أو أكثر في منزلك قد تعرض للوفاة. هل هذه المعلومات صحيحة؟

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		



تغييرات أخرى بالمنزل

هل أي شخص في منزلك يتراوح عمره بين 18 و 26 سنة وكان في الرعاية بالتبني، في أي ولاية، أو في عيد ميلاده الـ 18 أو فقد مساعدة الرعاية بالتبني، في أي ولاية، بسبب بلوغه الحد العمري الأقصى؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

هل أي شخص في منزلك يتراوح عمره بين 19 و 20 سنة وطالب بدوام كامل؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

هل يعاني أي شخص في منزلك من إعاقة بدنية أو عقلية أو عاطفية أو إنمائية؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

هل أي شخص في منزلك يحتاج إلى المساعدة في الرعاية طويلة الأجل أو الخدمات المنزلية والمجتمعية؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

هل أي شخص في منزلك يحتاج إلى المساعدة في الرعاية طويلة الأجل أو الخدمات المنزلية والمجتمعية؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

هل أي شخص في منزلك حامل؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ الولادة المتوقع؟

كم عدد الأطفال المتوقع ولادتهم؟

هل انتقل أي شخص في منزلك إلى المنزل أو بعيداً عنه خلال الـ 12 شهراً الماضية؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

ما هي علاقتك بهذا الشخص؟

هل انتقل أي شخص في منزلك إلى المنزل أو بعيداً عنه خلال الـ 12 شهراً الماضية؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

ما هي علاقتك بهذا الشخص؟

هل يريد أي من هؤلاء الأفراد التقدم بطلب للحصول على Medi-Cal؟

نعم لا **إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟**

إذا كان أي شخص في منزلك يحصل حالياً على Medi-Cal قد حصل مؤخراً على حالة هجرة قانونية أو مواطنة خلال الـ 12 شهراً الماضية، فيرجى ذكر الاسم (الأسماء) أدناه:



الحقوق والمسؤوليات

المعلومات التي قدمتها على استمارة التجديد هذه صحيحة على قدر علمي. وأعلم أنني قد أتعرض لعقوبة إذا لم أكن أذكر الحقيقة.

أدرك أن المعلومات التي أقدمها لن يتم استخدامها سوى لمعرفة إن كانت عائلتي التي تتقدم بطلب تجديد التأمين الصحي ستكون مؤهلة أم لا.

أدرك أن برنامج Covered California وبرنامج Medi-Cal سوف يحافظان على سرية معلوماتي بحسب ما ينص عليه القانون. للاطلاع على معلومات إضافية أو الوصول إلى المعلومات الشخصية الواردة في السجلات التي يحتفظ بها برنامج Medi-Cal وبرنامج Covered California، يرجى الاتصال بمكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة أو يمكنك الاتصال بمسؤول الخصوصية في برنامج Covered California على 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

أدرك أنه حتى أكون مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، فأنا مطالب بالتقدم بطلب للحصول على دخل آخر أو إعانات أخرى تكون مستحقة لي أو لأي فرد في منزلي، ما لم يكن لدى ذلك الشخص سبب وجيه لعدم القيام بذلك. من أمثلة ذلك الدخل أو الإعانات التقاعد والإعانات الحكومية ودخل التقاعد وإعانات المحاربين القدامى والدفعات السنوية، وإعانات الإعاقة، وإعانات الضمان الاجتماعي (التي يطلق عليها كذلك OASDI أو تأمين كبار السن والنجاة والإعاقة) وإعانات البطالة. لكن ذلك الدخل أو تلك الإعانات لا تشمل إعانات المساعدات العامة، مثل CalWORKs أو CalFresh. إذا كان لدي سؤال بشأن مصدر دخل محتمل، يمكنني الاتصال بمكتب الخدمات الاجتماعية في مقاطعتي أو Covered California على 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) للمساعدة.

أعلم أنه يتعين علي إخبار Covered California أو مكتب خدمات Medi-Cal الاجتماعية في مقاطعتي بشأن التغييرات على أي شيء نكرته في استمارة التجديد هذه للإبلاغ عن التغييرات، يمكنني الاتصال بمكتب الخدمات الاجتماعية في مقاطعتي. أو يمكنني الاتصال بـ Covered California على 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) أو زيارة CoveredCA.com.

أعلم أن Covered California أو برنامج Medi-Cal يجب ألا يميز ضدي أو أي شخص على استمارة التجديد هذه بسبب الجنس أو اللون أو المنشأ الوطني أو الدين أو السن أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو حالة المحاربين القدامى أو الإعاقة. إذا كنت تعتقد أن Covered California أو برنامج Medi-Cal قام بالتمييز ضدي، بما في ذلك الفسح في تقديم سكن معقول بحسب ما ينص عليه قانون الولاية والقانون الفيدرالي، فيمكنني تقديم شكوى من خلال الاتصال بـ U.S. Department of Health & Human Services على www.hhs.gov/ocr/office/file أو مكتب النائب العام في ولاية كاليفورنيا على <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.

إذا كنتُ أعتقد أن Covered California أو برنامج Medi-Cal قام بالتمييز ضدي أو أي شخص آخر على استمارة التجديد هذه فيما ينصل بتقرير الأهلية لبرنامج Medi-Cal، فيمكنني كذلك تقديم شكوى لدى Department of Health Care Services, Office of Civil Rights من خلال الاتصال على 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).

بيان الخصوصية

استمارة التجديد هذه هي لتجديد الإعانات من خلال Department of Health Care Services (DHCS) وتحديد الأهلية للحصول على التأمين الصحي من خلال Covered California. المعلومات الشخصية والطبية التي تقدمها على هذه الاستمارة خاصة وسرية. تحتاج Covered California أو DHCS إلى تحديد هويتك والأشخاص الآخرين في استمارة التجديد الحالية وإلى تقديم برامجنا. سوف نشارك معلوماتك مع وكالات ومقاولي وخطط صحية وبرامج الولاية وبرامج وفيدرالية ومحلية أخرى فقط من أجل تسجيلك في خطة أو برنامج أو تقديم برامجنا، كما سنشاركها مع وكالات الولايات والوكالات الفيدرالية الأخرى بحسب ما ينص عليه القانون.

يجب عليك أن تجيب على كافة الأسئلة الواردة على استمارة التجديد هذه ما لم تكن مظلة على أنها "اختيارية". إذا كانت استمارة التجديد تفتقد أي شيء نطلبه، فسوف نتصل بك للحصول عليه. وإذا لم تقدم تلك المعلومات، فإن تتمكن من اتخاذ قرار بشأن التجديد. قد يتعين عليك تقديم طلب جديد أو قد لا تتمكن من الحصول على التأمين الصحي من خلال Covered California أو قد يتم رفض طلبك لتجديد الإعانات.

في معظم الحالات، يحق لك الاطلاع على المعلومات الشخصية المتعلقة بك الواردة في السجلات الفيدرالية أو سجلات الولاية. يمكنك الاطلاع على تلك المعلومات بتنسيق بديل (مثل الطباعة الكبيرة) إذا كنت بحاجة إلى ذلك. للحصول على معلومات جديدة أو للاطلاع على سجلات Covered California، يرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية على:

Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

Phone: 1-800-300-1506

TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA

95899-7413

Phone: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

تمنحنا قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المشار إليها الحق في جمع المعلومات على استمارة التجديد والاحتفاظ بها: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. يجب علينا تقديم بيان الخصوصية هذا بموجب قانون CA المدني 1798.17 §.

يمكنك العثور على إخطارات لممارسات الخصوصية لبرنامج Medi-Cal على www.dhcs.ca.gov ولبرنامج Covered California على www.CoveredCA.com.



أدرك أن أي تغييرات على معلوماتي أو معلومات أي فرد (أفراد) واردين على طلب مقدم الطلب قد تؤثر على أهلية الأفراد الآخرين في المنزل.

في حالة التقدم لبرنامج Medi-Cal، أوكد أنه لا يوجد أي شخص يتقدم للتأمين الصحي على استمارة التجديد محبوس، بعد النظر في الاتهامات (إصدار الحكم)، في سجن أو مؤسسة عقابية مماثلة أو مركز إصلاحي.

أدرك أنه يجب عليّ أن أبلغ عن التغييرات في الدخل إلى مكتب خدمات Medi-Cal الاجتماعية في مقاطعتي أو Covered California لأن ذلك قد يؤثر على الأهلية لإعانات Medi-Cal أو مبلغ المساعدات في أقساط التأمين (أو النقاط الائتمانية) التي قد أكون مؤهلاً للحصول عليها. كما أدرك أنني لو تلقيت الكثير جداً من مساعدات الأقساط (أو النقاط الضريبية) أثناء سنة الإعانات، فسوف يتعين عليّ إعادة مساعدات الأقساط الزائدة إلى IRS عندما أقدم تقارير ضرائب الدخل الفيدرالية لسنة الإعانات.

أعطيت الإذن لبرنامج Medi-Cal أو Covered California لفحص السجلات الحاسوبية للوكالات الأخرى من أجل التحقق من حالة المواطنة والهجرة المرضية ومعلومات الضرائب والمعلومات الأخرى المرتبطة فقط بالأهلية لمعرفة إن كنت أنا وأشخاص آخرين على استمارة التجديد هذه مؤهلين للتأمين الصحي. إن كان شخص ما على استمارة التجديد يتأهل لبرنامج Medi-Cal:

أعلم أنه إن كانت Medi-Cal تدفع مقابل مصاريف طبية، فأي أموال أحصل عليها أنا أو أي شخص على استمارة التجديد هذه من تأمين صحي أو تسويات قانونية أخرى مرتبطة بتلك المصاريف سوف تذهب إلى Medi-Cal كمدفوعات للمصاريف حتى يتم سداد المصاريف كاملة. للأباء الذين يتأهل طفلهم أو أطفالهم لبرنامج Medi-Cal:

أعلم أنه سنتم مطالبتي بمساعدة الوكالة التي تقوم بتجميع الدعم الطبي من أي ولي أمر على استمارة التجديد هذه لا يعيش مع الطفل ولا يرسل الدعم للطفل. إذا كنت أعتقد أن المساعدة سوف تُضرني أو تُضر أطفالتي، فيمكنني إخبار Medi-Cal ولن يتعين عليّ تقديم المساعدة.

حقوقك في التظلم: إذا كنت أعتقد أن برنامج Covered California أو Medi-Cal قد ارتكب خطأ، فيمكنني التظلم من قرارها. التظلم يعني إخبار شخص ما في Covered California أو برنامج Medi-Cal أنني أعتقد أن قرارهم خاطئ وطلب مراجعة عادلة لذلك القرار.

أعلم أنه يمكنني معرفة كيفية التظلم عن طريق الاتصال على 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) لبرنامج Medi-Cal أو الاتصال على 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) للمتحدثين ببرنامج Covered California.

أعلم أنه يتعين عليّ تقديم تظلم خلال 90 يوماً من القرار. أعلم أنه يمكنني تمثيل نفسي أو مطالبة شخص آخر بتمثيلي في أي تظلم، مثل ممثل معتمد أو صديق أو قريب أو محامي.

أعلم أنني إن كنت بحاجة للمساعدة، فإنه يمكن لشخص ما في Covered California، أو برنامج Medi-Cal، أو مكتب الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة شرح حالتي لي.

إقرار

أقر تحت عقوبة الحنث باليمين بموجب قوانين ولاية كاليفورنيا بصحة ودقة ما يرد أدناه.

فهمت كافة الأسئلة الواردة على استمارة التجديد هذه وقدمت إجابات صحيحة ودقيقة على قدر علمي. في حال لم أكن أعلم الإجابة بنفسني، فقد قمت بكافة المحاولات المعقولة لتأكيد الإجابة مع شخص تتوفر لديه المعلومات.

أعلم أنني إذا لم أذكر الحقيقة على استمارة التجديد هذه، فقد تكون هناك عقوبة مدنية أو جنائية للحنث باليمين قد تشمل السجن حتى أربع سنوات. (راجع القسم 126 من قانون العقوبات لولاية كاليفورنيا.)

أعلم أن المعلومات الواردة على استمارة التجديد هذه سوف تُستخدم لتحديد إن كان الأشخاص المتقدمين مؤهلين للتأمين الصحي. سوف يحتفظ برنامج Medi-Cal و Covered California بسرية المعلومات، بحسب ما ينص عليه القانون الفيدرالي وقانون كاليفورنيا.

أوافق على إبلاغ برنامج Medi-Cal أو مكاتب خدمات Medi-Cal الاجتماعية بمقاطعتي أو Covered California من خلال الاتصال على 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) أو زيارة CoveredCA.com إذا تغير أي شيء على استمارة التجديد هذه بالنسبة لأي شخص يتقدم للتأمين الصحي.

توقيع مقدم الطلب أو الممثل المعتمد

التاريخ والمكان:

التوقيع:



[INSERT DATE]

Դուք կարող եք այս ծանուցումը ստանալ մեկ այլ լեզվով, խոշորատառ տպագրությամբ կամ Ձեզ հարմար որևէ այլ ձևով: Զանգահարեք [1-800-XXX-XXXX]: Զանգն անվճար է: [(TTY՝ 1-888-XXX-XXXX)]:

Ժամանակն է «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրությունը երկարաձգելու: Մեզ որոշ տեղեկություններ են հարկավոր Ձեզանից, որպեսզի օգնենք Ձեզ մյուս տարի պահել Ձեր «Medi-Cal»-ը:

Դուք կարող եք Ձեր «Medi-Cal»-ը երկարաձգել ստորև նշված եղանակներից որևէ մեկով

- Փոստով: Լրացրեք այս թերթիկը և փոստով ուղարկեք՝
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- Անձամբ այցելելով մեզ: Այցելեք մեր գրասենյակ հետևյալ հասցեով՝
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State]:
Աշխատանքային ժամերն են՝ [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday]:
- Առցանց: Առցանց երկարաձգելու արագ է ու դյուրին:
Այցելեք www.coveredca.com կամ [SAWS online portal]
և առցանց ուղարկեք Ձեր փաստաթղթերը:

Ինչպե՞ս լրացնել այս թերթիկը

Որպեսզի Դուք կամ Ձեր ընտանիքը շարունակի ապահովագրված մնալ «Medi-Cal»-ով, Դուք պետք է մեզ հայտնեք, թե արդյոք որևէ փոփոխություն կատարվել է այս թերթիկում նշված տեղեկությունների մեջ:

1. Խնդրում ենք կարգավ Ձեր և Ձեր տան անդամների մասին տեղեկությունները և նշել, թե ինչ է փոխվել:
2. Փոստով կամ առցանց մեզ ուղարկեք Ձեր ամենավերջին տեղեկությունների մասին փաստաթղթերի պատճենները, եթե նույնիսկ Ձեր տեղեկությունները չեն փոխվել:
3. Վերադարձրեք այս թերթիկը կամ առցանց տրամադրեք այդ տեղեկությունները մինչև [INSERT DATE].
4. Եթե փոստով վերադարձնեք այս թերթիկը, խնդրում ենք անպայման ստորագրել [INSERT PAGE #]-րդ էջում:

Ու՞մ մասին են մեզ տեղեկություններ անհրաժեշտ

Մեզ անհրաժեշտ են ամենավերջին տեղեկությունները Ձեր տան բոլոր այն անդամների մասին, որոնք Ձեզ հետ են ապրում կամ նշված են Ձեր հարկագրի մեջ, եթե Դուք հարկեր եք վճարում: Մեզ տեղեկություններ են հարկավոր հետևյալ անձանցից.


- Ձեր տան այն անդամներից, որոնք ներկա պահին «Medi-Cal» ունեն.
- Ձեր տան այն անդամներից, որոնք ցանկանում են դիմել:
- Զնարավոր է, որ մեզ որոշ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինեն Ձեր տան այն անդամների մասին, որոնք Ձեզ հետ են ապրում կամ նշված են Ձեր հարկագրի մեջ և չունեն «Medi-Cal» ու չեն ցանկանում դիմել «Medi-Cal»-ի համար: Նրանց մասին տեղեկությունները գաղտնի կպահվեն և կօգտագործվեն միայն օգնելու համար Ձեր տան այն անդամներին, որոնք ցանկանում են պահել իրենց «Medi-Cal»-ը կամ դիմել դրա համար:

Անպայման չէ, որ Դուք հարկեր վճարեք, որպեսզի կարողանաք դիմել «Medi-Cal»-ի համար կամ երկարաձգել այն:

Ի՞նչ կկատարվի, եթե իմ տեղեկությունները տարբեր լինեն

Եթե այս թերթիկի վրա նշված տեղեկությունների փոխվելու պատճառով՝ Ձեր տան որևէ անդամ չբավարարի «Medi-Cal»-ի պահանջները, մենք Ձեր տրամադրած տեղեկությունների օգնությամբ կպարզենք, թե արդյոք Դուք կամ Ձեր տան այլ անդամները բավարարում են առողջության որևէ այլ մատչելի ապահովագրություն, այդ թվում՝ «Covered California» ստանալու պահանջները: Ձեր տեղեկությունները գաղտնի կպահվեն և

կօգտագործվեն միայն պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կամ Ձեր ընտանիքը բավարարում է մատչելի գնով առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջները: Առողջության ամենամատչելի ապահովագրությունը գտնելու համար մեզ կարող են լրացուցիչ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինել Ձեզանից: Անպայման չէ, որ Դուք հարկեր վճարեք, որպեսզի կարողանաք դիմել «Medi-Cal»-ի համար կամ երկարաձգել այն:

 **ՀԱՐՑԵՐ ԿԱ՛Ն:** Զանգահարեք [state agency name]՝ [1-800-XXX-XXXX] հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է: [(TTY՝ 1-888-XXX-XXXX)]:
Կարող եք զանգահարել [days and hours of operation]: Կամ այցելեք [web address]

1

Ձեր ընտանիքը ներկայումս

Խնդրում ենք ստուգել ստորև բերված տեղեկությունները և հայտնել մեզ, թե արդյոք փոփոխություններ կան:

Ստորև նշված հասցեն ճիշտ է: Այո
Եթե ճիշտ է, անցեք 2-րդ բաժնին:

Ոչ: Եթե ոչ, խնդրում ենք ստորև նշել ճիշտ տեղեկությունը:

[RECIPIENT NAME]

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը և վերջավորությունը)

Տան հասցեն՝

Բնակության հասցեն

Բնակարան թ.

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Քաղաքը (տան)

Նահանգը

Փոստային ինդեքսը

Փոստային հասցեն՝

Փոստային հասցեն, միայն եթե տարբեր է վերը նշվածից:

Բնակարան թ.

[HOME ADDRESS]

Քաղաքը (փոստային հասցեի)

Նահանգը

Փոստային ինդեքսը

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Ձեզ ո՞ր համարով կարող ենք զանգահարել: տուն բջջային աշխատանքային

Հեռախոսը՝

Համարը՝

Տուն՝ [NUMBER1]

Ե՞րբ է ամենահարմարը Ձեզ այս հեռախոսահամարով զանգահարելու համար:

Այլ՝ [NUMBER2]

(Կամընտրական) Կա՞ այլ համար, որով կարող ենք զանգահարել Ձեզ:

տուն բջջային աշխատանք՝

Համարը

(Կամընտրական) Ի՞նչ էլեկտրոնային հասցեով կարող ենք գրել Ձեզ:

Ձեր տան անդամները

Խնդրում ենք ստուգել ստորև նշված տեղեկությունները Ձեր տան այն անդամների մասին, որոնք ցանկանում են երկարաժեզել «Medi-Cal»-ը: Խնդրում ենք հայտնել մեզ, թե արդյոք փոփոխություններ կատարվել են Ձեզ հետ ապրող կամ Ձեր հարկազրի մեջ նշված անձանց մասին մեր ունեցած տեղեկությունների մեջ:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգանունը և վերջավորությունը)	Հարկ վճարողի կարգավիճակը (օրինակ՝ հիմնական հարկ վճարող խնամյալ)	Ի՞նչ ազգակցական հարաբերության մեջ է տվյալ անձը գտնվում հիմնական հարկ վճարողի կամ ընտանիքի գլխավորի հ	Ու՞մ հարկազրույմ է տվյալ անձը նշվում՝ որպես խնամյալ :	Տեղեկությունը մի՞շ
				<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
				<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
				<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
				<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Եթե վերը բերված տեղեկությունները ճիշտ չեն, խնդրում ենք ճիշտ տեղեկությունները նշել ներքևում հատկացված տեղում: Եթե Ձեր տան այլ անդամներ ևս կան, խնդրում ենք նրանց տեղեկությունները նշել ստորև:

Անունը (անունը, միջին անունը, ազգա	Հարկ վճարողի կարգավիճակը	Հարաբերությունը հարկ	Ու՞մ հարկազրույմ է տվյալ

ՀԱՐՑԵՐ ԿԱ՛Ն: Ձանգահարեք [state agency name]՝ [1-800-XXX-XXXX] հեռախոսահամարով: Ձանգն անվճար է: [(TTY՝ 1-888-XXX-XXXX)]:
Կարող եք զանգահարել [days and hours of operation]: Կան այցելեք [web address]

Եկամուտը և հարկերը

Մենք չենք կարողացել երկարաձգել Ձեր «Medi-Cal»-ը՝ Ձեր կամ Ձեր տան անդամների եկամուտի մասին ստորև նշված տեղեկությունների օգնությամբ, որոնք քաղել ենք տվյալների էլեկտրոնային աղբյուրներից: Խնդրում ենք հայտնել մեզ, թե արդյոք ստորև բերված տեղեկությունները ճիշտ են: Մեզ Ձեր ամենավերջին եկամուտը ցույց տվող փաստաթղթեր են ամհրաժեշտ: Խնդրում ենք կցել ստորև նշվածներից Ձեր ունեցած փաստաթղթերը, որոնք ցույց են տալիս եկամուտը մինչև հարկերը և պահումները՝ գումարների ստացման ամենավերջին վճարագրերի կտրոնները, նպաստների կամ պարգևների տրամադրման մասին նամակները, ստացած վճարագրերը կամ գործատուի կողմից ստորագրված հայտարարությունը կամ անցյալ տարվա հարկագիրը: Եթե եկամուտն առաջացել է ինքնազբաղ գործունեության արդյունքում, ուղարկեք Ձեր ամենավերջին հարկագրի կամ շահույթի և վնասի տեղեկագիրը:

Եկամուտի մասին ստորև նշված տեղեկությունները միայն Ձեր տանը բնակվող այն անձանց մասին է, որոնք տեղեկությունները մենք որևէ այլ կերպ չենք կարողացել ստուգել: Եթե Ձեր տանը բնակվող այլ անձինք կան, որոնք նշված չեն ստորև, դա նշանակում է, որ մենք կարողացել ենք ստուգել և հաստատել նրանց եկամուտը, և տվյալ անձանց եկամուտի մասին որևէ այլ տեղեկություն մեզ անհրաժեշտ չէ:

[Pre-Populated Name:]

Մեր տվյալների համաձայն՝ այս անձի անսական եկամուտը կազմում է _____
Այս հաշվարկը ներառում է ստորև նշված եկամուտի աղբյուրները և գումարները: Խնդրում ենք հայտնել մեզ՝ արդյոք այդ տեղեկությունները ճիշտ են, թե փոխվել են: Եթե տեղեկությունները փոխվել են, խնդրում ենք մեզ տրամադրել ճիշտ տեղեկությունները:

Եկամուտ 1 _____

Որքա՞ն հաճախ է ստացվում: _____

Սա ճի՞շտ է: Այո Ոչ

Եթե ոչ, նշեք ճիշտ տվյալը _____

Եկամուտ 2 _____

Որքա՞ն հաճախ է ստացվում: _____

Սա ճի՞շտ է: Այո Ոչ

Եթե ոչ, նշեք ճիշտ տվյալը _____

Եկամուտ 3 _____

Որքա՞ն հաճախ է ստացվում: _____

Սա ճի՞շտ է: Այո Ոչ

Եթե ոչ, նշեք ճիշտ տվյալը _____

Եթե Դուք որևէ այլ եկամուտ եք սպասում, որը նշված չէ վերը, խնդրում ենք նշել ստորև:

Տատանվող եկամուտ

Դուք մեզ ասել եք, որ տարբեր ամիսների տարբեր չափի եկամուտ եք ստանում, և կանխատեսում եք կատարել, թե Ձեր կարծիքով վերջին 12 ամիսներին Ձեր եկամուտը որքան կլինի: Անցյալ տարի, Դուք մեզ ասել եք, որ Ձեր եկամուտը լինելու է _____

Ասացեք մեզ, թե Ձեր կարծիքով՝ որքան է լինելու Ձեր եկամուտն այս օրացուցային տարում: _____

Ծախսերը/հարկային հանումները

Մեր տվյալների համաձայն՝ այս անձն անցյալ տարի հետևյալ հարկային ծախսերն (հանումներն) է ունեցել: Խնդրում ենք հայտնել, մյուս տարի այն նույնն է լինելու, թե՞ ոչ:

Հարկային հանում 1 _____

Որքա՞ն հաճախ է վճարվում: _____

Սա ճի՞շտ է: Այո Ոչ

Եթե ոչ, նշեք ճիշտ տվյալը _____

Հարկային հանում 2 _____

Որքա՞ն հաճախ է վճարվում: _____

Սա ճի՞շտ է: Այո Ոչ

Եթե ոչ, նշեք ճիշտ տվյալը _____

Հարկային հանում 3 _____

Որքա՞ն հաճախ է վճարվում: _____

Սա ճի՞շտ է: Այո Ոչ

Եթե ոչ, նշեք ճիշտ տվյալը _____



ՀԱՐՑԵՐ ԿԱՆ: Ձանգահարեք [state agency name]՝ [1-800-XXX-XXXX] հեռախոսահամարով: Ձանգն անվճար է: [(TTY՝ 1-888-XXX-XXXX)]:
Կարող եք զանգահարել [days and hours of operation]: Կան այցելելք [web address]

4

Առողջության այլ ապահովագրություն

Խնդրում ենք հայտնել մեզ, թե արդյոք ստորև նշված տեղեկությունները դեռ ճիշտ են: Եթե Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ այժմ առողջության որևէ այլ ապահովագրություն ունի, որը նշված ՉԷ ստորև, խնդրում ենք ստորև նշել այն:

Անունը	Ապահովագրության տեսակը	Դուք դեռ ունե՞ք այդ ապահովագրությունը
		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
		<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Ազատագրվումը

Մեր տվյալների համաձայն՝ Ձեր ընտանիքի մեկ կամ ավելի անդամ ազատագրված է: Այդ տեղեկությունը ճի՞շտ է:

	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Վախճանված անձինք

Մեր տվյալների համաձայն՝ Ձեր տան մեկ կամ ավելի անդամ մահացել է: Այդ տեղեկությունը ճի՞շտ է:

	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

7

Տանը կատարված այլ փոփոխություններ

Ձեր տանը 18-ից 26 տարեկան որևէ մեկն իր 18-րդ տարեդարձին որևէ նահանգում գտնվել է հոգետնային խնամքի տակ կամ որևէ նահանգում կորցրել է հոգետնային խնամքի իրավունքը՝ առավելագույն տարիքին հասնելու պատճառով:

Այո Ոչ **Եթե այո**, ապա ո՞վ: _____

Ձեր տանը կա՞ 19-20 տարեկան որևէ անդամ, որը լիաժամ ուսանող է:

Այո Ոչ **Եթե այո**, ապա ո՞վ: _____

Ձեր տան որևէ անդամ ֆիզիկական, հոգեկան, զգայական խնդրի կամ զարգացման արատի հետևանքով առաջացած հաշմանդամություն ունի՞:

Այո Ոչ **Եթե այո**, ապա ո՞վ: _____

Ձեր տան որևէ անդամ երկարատև խնամքի կամ տնային և համայնքային ծառայությունների հարցում օգնության կարիք ունի՞:

Այո Ոչ **Եթե այո**, ապա ո՞վ: _____

Տանը հղի կին կա՞:

Այո Ոչ **Եթե այո**, ապա ո՞վ: _____

Եթե այո, նշեք ծննդաբերելու նախատեսվող ամսաթիվը: _____

Քանի՞ երեխա է սպասվում: _____

Վերջին 12 ամսվա ընթացքում որևէ մեկը բնակություն հաստատել է Ձեր տանը կամ հեռացել է տանից:

Այո Ոչ **Եթե այո**, ապա ո՞վ: _____

Ի՞նչ ազգակցական հարաբերության մեջ եք դուք գտնվում այդ անձի հետ: _____

Հետևյալ անձանցից որևէ մեկը ցանկանում է դիմել «Medi-Cal»-ի համար:

Այո Ոչ **Եթե այո**, ապա ո՞վ: _____

Եթե Ձեր տանը ներկայումս «Medi-Cal» ունեցող որևէ անդամ վերջին 12 ամսվա ընթացքում օրինական ներգաղթողի կամ քաղաքացու կարգավիճակ է ստացել, ստորև նշեք անուն(ներ)ը.

ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՉԱՐՏԱԿՈՒԹՅԱՆ ՊԱՊՊԱՆԱՆ ՄԱՍԻՆ

Այս երկարաձգման դիմումն «Department of Health Care Services»-ի (DHCS) միջոցով նպաստները երկարաձգելու և «Covered California»-ի միջոցով առողջության ապահովագրություն ստանալու իրավունքը որոշելու համար է նախատեսված: Դրանում Ձեր կողմից տրամադրվող անձնական և բժշկական տեղեկությունները գաղտնի են: «Covered California»-ն կամ DHCS-ը դրանց օգնությամբ պետք է պարզեն Ձեր և այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված այլ անձանց ինքնությունը և կիրառեն մեր ծրագրերը: Մենք Ձեր մասին տեղեկություններն այլ նահանգային, դաշնային և տեղական կազմակերպությունների, կապալառուների և առողջապահական ծրագրերի կտրամադրենք միմյանց որևէ ծրագրում Ձեզ ընդգրկելու կամ այդ ծրագրերն իրականացնելու նպատակով, ինչպես նաև կտրամադրենք այլ նահանգային և դաշնային կազմակերպությունների՝ օրենքով թույլատրված կարգով:

Դուք պետք է պատասխանեք այս երկարաձգման դիմումի մեջ տրված բոլոր հարցերին, բացառությամբ այն հարցերի, որոնց դիմաց նշված է «կանընտրական»: Եթե Ձեր երկարաձգման դիմումի մեջ մեզ անհրաժեշտ որևէ տեղեկություն պակաս լինի, մենք Ձեզ հետ կապ կհաստատենք այն ստանալու համար: Եթե Դուք չտրամադրեք այդ տեղեկությունները, մենք չենք կարողանա որոշում կայացնել Ձեր ապահովագրությունը երկարաձգելու կապակցությամբ: Հնարավոր է, որ Դուք ստիպված լինեք նոր դիմում ներկայացնել, կամ Դուք չեք կարողանա առողջության ապահովագրություն ստանալ «Covered California»-ի միջոցով, կամ նպաստները երկարաձգելու Ձեր դիմումը կարող է մերժվել:

Մեծ մասամբ Դուք իրավունք ունեք տեսնելու Ձեր մասին այն անձնական տեղեկությունները, որոնք պահվում են դաշնային և նահանգային կազմակերպություններում: Անհրաժեշտության դեպքում՝ Դուք կարող եք դրանք տեսնել այլընտրանքային ձևաչափով (օրինակ՝ խոշորատառ): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ «Covered California»-ի կողմից պահվող տվյալները տեսնելու համար դիմեք մեր տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման գրասենյակ՝ հետևյալ կերպ.

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,
contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Հետևյալ նահանգային և դաշնային օրենքները մեզ իրավունք են տալիս հպարտել և պահել երկարաձգման դիմումի մեջ նշված տեղեկությունները. Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. «CA Civil Code § 1798.17»-ի պահանջների համաձայն՝ մենք պարտավոր ենք Ձեզ տալ այս «Հայտարարությունը տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին»:

«Medi-Cal» ծրագրի «Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման կարգի մասին ծանուցումը» Դուք կարող եք գտնել www.dhcs.ca.gov հասցեում, իսկ «Covered California»-ինը՝ www.CoveredCA.com հասցեում:

ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Իմ համոզմամբ՝ այս երկարաձգման դիմումի մեջ իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ են: Ես գիտեմ, որ կարող եմ տույժի ենթարկվել, եթե ճշմարտությունը չասեմ:

Ես հասկանում եմ, որ իմ տրամադրած տեղեկություններն օգտագործվելու են միայն պարզելու համար, թե արդյոք իմ ընտանիքի այն անդամները, որոնք դիմում են առողջության ապահովագրությունը երկարաձգելու համար, համապատասխանում են այն ստանալու պահանջներին:

Ես հասկանում եմ որ «Covered California»-ն և «Medi-Cal»-ն իմ տեղեկությունները գաղտնի կպահեն՝ ինչպես օրենքն է պահանջում: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ «Medi-Cal» ծրագրի ու «Covered California»-ի կողմից պահվող անձնական տեղեկություններին ծանոթանալու համար ես կարող եմ զանգահարել «Covered California» տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման գծով պաշտոնյային՝ 1-800-300-1506 (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով:

Ես հասկանում եմ, որ «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելու պահանջներին համապատասխանելու համար ես պարտավոր եմ դիմել այլ եկամտո կամ նպաստներ ստանալու, որոնց իրավունքն ունեմ ես կամ իմ ընտանիքի որևէ անդամ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ վերջինս հիմնավոր պատճառ ունի այդ չանելու համար: Նման եկամտի կամ նպաստների օրինակներ են թոշակները, պետական նպաստները, կենսաթոշակը, վետերանի նպաստները, տարեվճարները, անաշխատունակության նպաստները, սոցիալական ապահովության նպաստները (որոնք կոչվում են նաև OASDI կամ «Տարեց անձանց, զոհվածների ընտանիքի անդամների և հաշմանդամների ապահովագրություն») և գործազրկության նպաստները: Բայց նման եկամտը կամ նպաստները չեն ներառում՝ որպես պետական օժանդակություն, տրվող նպաստները, օրինակ՝ «CalWORKs»-ը կամ «CalFresh»-ը: Եթե ես հարց ունենամ եկամտի որևէ հնարավոր աղբյուրի մասին, կարող եմ զանգահարել իմ շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ կամ «Covered California»՝ 1-800-300-1506 (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով, և օգնություն ստանալ:

Ես գիտեմ, որ պետք է տեղյակ պահեմ «Covered California»-ին կամ իմ «Medi-Cal»-ի շրջանային սոցիալական ծառայությունների գրասենյակին այս երկարաձգման դիմումի մեջ իմ տրամադրած տեղեկությունների մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին: Փոփոխությունների մասին հայտնելու համար ես կարող եմ զանգահարել իմ շրջանի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ: Կարող եմ նաև զանգահարել «Covered California»՝ 1-800-300-1506 (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով կամ այցելել CoveredCA.com:

Ես գիտեմ, որ «Covered California»-ն կամ «Medi-Cal» ծրագիրն իրավունք չունի խտրականություն կիրառելու իմ կամ այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված որևէ այլ անձի հանդեպ՝ ռասայական կամ ազգային պատկանելության, մաշկի գույնի, դավանանքի, տարիքի, սեռի, սեռական կողմնորոշման, ընտանեկան դրության, վետերանի կարգավիճակի կամ հաշմանդամության պատճառով: Եթե ես համարեմ, որ «Covered California»-ն կամ «Medi-Cal» ծրագիրը խտրականություն է կիրառել իմ հանդեպ, այդ թվում՝ նահանգային և դաշնային օրենքով պահանջված կարգով՝ ողջանտության սահմաններում համապատասխան փոփոխություններ կատարելուց հրաժարվելը, ես կարող եմ զանգատ ներկայացնել՝ դիմելով ԱՄՆ առողջապահության և հանրային ծառայությունների դեպարտամենտ՝ www.hhs.gov/ocr/office/file հասցեով, կամ Կալիֆոռնիայի գլխավոր դատախազություն՝ <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form> հասցեով:

Եթե ես համարեմ, որ «Covered California»-ն կամ «Medi-Cal» ծրագիրը խտրականություն է կիրառել իմ կամ այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված որևէ այլ անձի հանդեպ՝ «Medi-Cal»-ում ընդգրկվելու պահանջներին համապատասխանելու մասին որոշում ընդունելու հարցում, ես կարող եմ նաև գանգատ ներկայացնել Առողջապահական ծառայությունների ղեկարարական և ֆողաբացիական իրավունքների գրասենյակին՝ զանգահարելով 1-916-440-7370 (TTY՝ 1-916-440-7399) հեռախոսահամարով:

Ես հասկանում եմ, որ իմ կամ դիմողի ընտանիքի որևէ այլ անդամի կամ անդամների տեղեկությունների մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունները կարող են ազդել տան այլ անդամների իրավասության վրա:

Եթե ես դիմում եմ «Medi-Cal»-ի համար, ապա հաստատում եմ, որ առողջության ապահովագրություն ստանալու նպատակով այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված անձանցից ոչ մեկն ազատագրված չէ, պատիժ չի կրում մեղադրանքի (դատավճիռ) ընդունումից հետո, չի գտնվում կալանավայրում, բանտում կամ մնանատիպ որևէ այլ պատժիչ կամ ուղղիչ հաստատությունում:

Ես հասկանում եմ, որ եկամտի մեջ տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին պետք է տեղյակ պահեմ «Medi-Cal»-ի շրջանային սոցիալական ծառայությունների գրասենյակին կամ «Covered California»-ին, քանի որ այն կարող է ազդել «Medi-Cal»-ի նպաստներ ստանալու իմ իրավունքի կամ ապահովագրի վճարման հարցում ինձ հասանելի օգնության (կամ հարկային վարկերի) չափի վրա: Ես հասկանում եմ նաև, որ եթե նպաստային տարվա ընթացքում ես հարկ եղածից ավելի օգնություն ստանամ ապահովագրի վճարման հարցում (կամ հարկային վարկեր ստանամ), ես ստիպված եմ լինելու վերադարձնել լրացուցիչ գումարը IRS-ին՝ տվյալ նպաստային տարվա դաշնային եկամտահարկագիրը ներկայացնելիս:

Ես «Medi-Cal» ծրագրին կամ «Covered California»-ին թույլ եմ տալիս ստուգել այլ կազմակերպություններում պահվող համակարգչային տվյալները՝ հաստատելու համար իմ քաղաքացիությունը, ներգաղթի բավարար կարգավիճակը, հարկերի մասին տեղեկությունները և միայն իրավասության հետ կապված այլ տվյալներ՝ պարզելու համար, թե արդյոք ես և այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված այլ անձինք համապատասխանում ենք առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Եթե երկարաձգման դիմումի մեջ նշված անձանցից որևէ մեկը համապատասխանում է «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին՝

ես գիտեմ, որ եթե «Medi-Cal»-ը վճարի որևէ բժշկական ծախսի համար, ապա տվյալ ծախսի հետ կապված ցանկացած գումար, որը ես կամ այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված որևէ այլ անձ կստանա առողջության ապահովագրության այլ ընկերությունից կամ իրավական համաձայնության արդյունքում, կփոխանցվի «Medi-Cal»-ին՝ որպես տվյալ ծախսի վճարում, մինչև վերը նշված ծախսն ամբողջությամբ վճարվի Այն ծողների համար, որոնց երեխան կամ երեխաները համապատասխանում են «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին՝

ես գիտեմ, որ ինձ կսնդրեն օգնել բժշկական ապրուստադրամ գանձող կազմակերպությանն ապրուստադրամ գանձել այս երկարաձգման դիմումում նշված այն ծնողից, որը երեխայի հետ չի ապրում և ապրուստադրամ չի վճարում երեխայի համար: Եթե ես համարեմ, որ օգնելը կարող է վնասել ինձ կամ իմ երեխաներին, կարող եմ ասել այդ մասին «Medi-Cal» ծրագրին և այլևս ստիպված չեմ լինի օգնել:

Դիմողի կամ նրա լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ամսաթիվը և վայրը՝ _____

Ստորագրություն՝ _____



[1-800-XXX-XXXX]

[web address]

Բողոքարկելու Չեր իրավունքը: Եթե ես համարեմ, որ «Covered California»-ն կամ «Medi-Cal» ծրագիրը սխալ է թույլ տվել, ես կարող եմ բողոքարկել վերջինիս որոշումը: Բողոքարկել նշանակում է հայտնել որևէ մեկին «Covered California»-ում կամ «Medi-Cal» ծրագրում, որ իմ կարծիքով նրանց կայացրած որոշումը սխալ է, և խնդրել, որ որոշումն անկողմնակալ կերպով վերանայվի:

Ես գիտեմ, որ կարող եմ պարզել, թե ինչպես բողոքարկել՝ զանգահարելով 1-855-795-0634 (TTY՝ 1-800-952-8349)՝ «Medi-Cal» ծրագրի համար, կամ 1-800-300-1506 (TTY՝ 1-888-889-4500)՝ «Covered California»-ի անդամների համար:

Ես գիտեմ, որ բողոքարկման հայցը պետք է ներկայացնել որոշումն ընդունելուց հետո 90 օրվա ընթացքում: Ես գիտեմ, որ կարող եմ բողոքարկման գործընթացում ինքս ինձ ներկայացնել, կամ ինձ կարող է որևէ այլ անձ, օրինակ՝ իմ լիազոր ներկայացուցիչը, բարեկամը, ազգականը կամ փաստաբանը ներկայացնել:

Ես գիտեմ, որ եթե օգնության կարիք ունենամ, որևէ մեկը «Covered California»-ում, «Medi-Cal» ծրագրում կամ շրջանային սոցիալական ծառայությունների գրասենյակում կարող է ինձ բացատրել իմ գործը:

ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Կալիֆոռնիա նահանգի օրենսդրության համաձայն՝ կեղծ վկայություն տալու համար դատական պատասխանատվության ենթարկվելու սպառնալիքի տակ, ես հայտարարում եմ, որ այն ամենն, ինչ նշել եմ ստորև, ճշմարիտ և ստույգ է:

Ես հասկացել եմ այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված բոլոր հարցերը և իմ ունեցած տեղեկությունների համաձայն՝ ճշմարիտ և ստույգ պատասխաններ եմ տվել: Երբ ես ինքս պատասխանը չեմ իմացել, ես հնարավորին ամեն ինչ արել եմ պատասխանն այնպիսի մեկի հետ ճշտելու համար, որը գիտեմ:

Ես գիտեմ, որ եթե ճշմարտությունը չգրեմ այս երկարաձգման դիմումի մեջ, ապա կեղծ տեղեկություններ հաղորդելու համար կարող եմ քաղաքացիական կամ քրեական պատասխանատվության ենթարկվել, որի հետևանքով կարող եմ մինչև չորս տարով ազատագրվել: (տես Կալիֆոռնիայի քրեական օրենսգրքի 126-րդ բաժինը):

Ես գիտեմ, որ այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված տեղեկությունների օգնությամբ որոշում է կայացվելու, թե արդյոք դիմող անձինք համապատասխանում են առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: «Medi-Cal» ծրագիրը և «Covered California»-ն գաղտնի կպահեն այդ տեղեկությունները՝ ինչպես պահանջվում է դաշնային և Կալիֆոռնիայի օրենսդրությամբ:

Ես համաձայն եմ տեղյակ պահել «Medi-Cal» ծրագրին, իմ «Medi-Cal»-ի շրջանային սոցիալական ծառայությունների գրասենյակին կամ «Covered California»-ին՝ զանգահարելով 1-800-300-1506 (TTY՝ 1-888-889-4500) հեռախոսահամարով կամ այցելելով CoveredCA.com, եթե այս երկարաձգման դիմումի մեջ նշված որևէ տեղեկություն փոխվի՝ առողջության ապահովագրություն ստանալու համար դիմող որևէ անձի մասին:

[INSERT DATE]

លោកអ្នកអាចទទួលបានការផ្តល់ដំណឹងនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬអក្សរពុម្ពធំ ឬរបៀបមួយទៀត ដែលប្រសើរដល់អ្នក។ ទូរស័ព្ទមក [1-800-XXX-XXXX]។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ (TTY: 1-888-XXX-XXXX).

ដល់ពេលហើយ ដើម្បីបន្តការបង់ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់លោកអ្នក។ យើងត្រូវការព័ត៌មានខ្លះៗ ពីលោកអ្នក ដើម្បីជួយលោកអ្នកបន្ត Medi-Cal របស់លោកអ្នកសំរាប់ឆ្នាំក្រោយ។

លោកអ្នកអាចបន្ត Medi-Cal តាមរបៀបមួយក្នុងចំណោមរបៀបទាំងនេះ៖

- **តាមប្រៃសណីយ៍៖** បំពេញពាក្យសុំនេះ ហើយផ្ញើទៅកាន់៖
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- តាមអ៊ីនធឺណែត៖ បន្តតាមអ៊ីនធឺណែត គឺរហ័សហើយងាយស្រួល។ ទៅកាន់ **www.coveredca.com** ឬ [SAWS online portal] ដើម្បីបញ្ចូលឯកសាររបស់លោកអ្នក។
- ដោយផ្ទាល់៖ មកកាន់ការិយាល័យរបស់យើងនៅ
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State]។
ការិយាល័យបើកម៉ោង [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday]។

របៀបដើម្បីបំពេញពាក្យសុំនេះ៖

ដើម្បីប្រាកដថាលោកអ្នក ឬគ្រួសាររបស់លោកអ្នកទទួលបានការបង់ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal លោកអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងឲ្យដឹងថាមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ឬក៏មិនមានចំពោះព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំនេះ។

1. សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មាន អំពីលោកអ្នក និងសមាជិករបស់គ្រួសាររបស់លោកអ្នក ហើយប្រាប់យើងឲ្យដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។
2. ផ្ញើឲ្យយើងនូវ ឬបញ្ជូលតាមអ៊ីនធឺណែត នូវច្បាប់ឯកសារនានា ដែលបង្ហាញនូវព័ត៌មាន ដែលបង្ហាញឲ្យយើងឃើញថា លោកអ្នក ទោះបីជាព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកមិនបានផ្លាស់ប្តូរក៏ដោយ។
3. ផ្ញើមកវិញនូវពាក្យសុំនេះ ឬផ្តល់ព័ត៌មាននេះតាមអ៊ីនធឺណែត ឲ្យទាន់ [INSERT DATE]។ -
4. បើលោកអ្នកផ្ញើត្រូវបន្តពាក្យសុំនេះ តាមប្រៃសណីយ៍ សូមប្រាកដចុះ ហត្ថលេខានៅលើពាក្យសុំ នៅលើទំព័រ [INSERT PAGE #]។

តើយើងត្រូវការព័ត៌មានរបស់អ្នកណា

យើងត្រូវការព័ត៌មាន ដែលបង្ហាញឲ្យយើងឃើញថា អ្វីដែលគ្រួសារសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក ឬត្រូវបានរាយឈ្មោះនៅលើការការទូទាត់ពន្ធ បើលោកអ្នកដាក់ពាក្យពន្ធ។ យើងត្រូវការព័ត៌មានពី៖

- បុគ្គលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលបច្ចុប្បន្នមាន Medi-Cal
 - បុគ្គលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលចង់ដាក់ពាក្យ។
 - យើងអាចត្រូវការព័ត៌មានមួយចំនួន អំពីបុគ្គលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក ឬត្រូវបានរាយឈ្មោះនៅលើការទូទាត់ពន្ធ ដែលមិនមាន Medi-Cal ហើយដែលមិនចង់ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal។ ព័ត៌មានរបស់ពួកគេនឹងត្រូវរក្សាទុកឯកជន ហើយត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីជួយអ្នកទាំងឡាយណាដែលចង់រក្សាទុក ឬដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ។
- លោកអ្នកមិនត្រូវការដាក់ពាក្យទូទាត់ពន្ធ ដើម្បីបន្ត Medi-Cal របស់លោកអ្នកនោះឡើយ។

មានរឿងអ្វីកើតឡើងទៅ បើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំខុសគ្នា?

បើអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដោយសារតែព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំនេះបានផ្លាស់ប្តូរ យើងនឹងប្រើព័ត៌មានថ្មី ដើម្បីពិនិត្យមើលថា លោកអ្នក ឬបុគ្គលផ្សេងទៀត នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការបង់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលល្មមនឹងបង់ថ្លៃបានផ្សេងទៀត រួមទាំង Covered California។ ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកឯកជន ហើយនឹងត្រូវបាន

ប្រើប្រាស់ដើម្បីពិនិត្យមើល ថា តើលោកអ្នក ឬគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការបង់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលល្មមនឹងបង់ថ្លៃបាន តែប៉ុណ្ណោះ។ យើងប្រហែលត្រូវការព័ត៌មានថែមទៀតពីលោកអ្នក ដើម្បីស្វែងរកឲ្យលោកអ្នកនូវការបង់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលល្មមនឹងបង់ថ្លៃបានជាងគេបំផុត។ លោកអ្នកមិនត្រូវការដាក់ពាក្យទូទាត់ពន្ធ ដើម្បីបន្ត Medi-Cal របស់លោកអ្នកនោះទេ។

មានសំណួរ? ទូរស័ព្ទទៅ [state agency name] តាមលេខ [1-800-XXX-XXXX]។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ (TTY: 1-888-XXX-XXXX)។
លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទ [days and hours of operation]។ ឬមើលវិបសាយ [web address]

1 ក្រុមគ្រួសារបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក

សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានខាងក្រោម ហើយប្រាប់យើងបើសិនជាមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ។

តើអាយុដ្ឋានខាងក្រោមត្រឹមត្រូវទេ? បាទ/ ចាស ទេ។ បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមសរសេរព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវខាងក្រោម។
បើត្រឹមត្រូវ **ទៅកាន់ផ្នែក 2។**

[RECIPIENT NAME]

អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ៖

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

លេខទូរស័ព្ទ៖

ផ្ទះ៖ [NUMBER1]

ផ្សេងទៀត៖ [NUMBER2]

ទេ។ បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមសរសេរព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវខាងក្រោម។

ឈ្មោះ (នាម កណ្តាល ត្រកូល និងនាមគេហៅខាងក្រោយឈ្មោះ)

អាសយដ្ឋានផ្ទះ ផ្ទះល្វែងលេខ

ទីក្រុង (ផ្ទះ) រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ

អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ បើសិនវាខុសពីខាងលើ ផ្ទះល្វែងលេខ

ទីក្រុង (ផ្ញើសំបុត្រ) រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ

តើលេខទូរស័ព្ទអ្វី ដែលយើងអាចទូរស័ព្ទទាក់ទងលោកអ្នកបាន? ផ្ទះ ទូរស័ព្ទដៃ ទូរស័ព្ទការងារ

លេខ៖

តើពេលណាជាពេលប្រសើរបំផុត ដើម្បីទាក់ទងលោកអ្នកតាមលេខនេះ?

(តាមការជ្រើសរើស) តើមានលេខផ្សេងទៀត ដែលយើងអាចប្រើដើម្បីហៅទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នក?

ផ្ទះ ទូរស័ព្ទដៃ ទូរស័ព្ទការងារ

លេខ៖

(តាមការជ្រើសរើស) តើអាសយដ្ឋានអ្វីមួយ ដែលយើងអាចទាក់ទងលោកអ្នកបាន?

តើមានអ្នកណាខ្លះនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារលោកអ្នក?

សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានខាងក្រោម អំពីបុគ្គលនៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលចង់បន្ត Medi-Cal។ សូមប្រាប់យើងខ្ញុំ បើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ចំពោះព័ត៌មាន ដែលយើងមានអំពីបុគ្គល ដែលរស់នៅជាមួយលោកអ្នក ឬដែលមានរាយឈ្មោះនៅលើការទូទាត់ពន្ធសហព័ន្ធ។

ឈ្មោះ (នាម កណ្តាល ត្រកូល និងនាមគេហៅខាងក្រោយឈ្មោះ)	ស្ថានភាពការងារពាក់ព័ន្ធនានា (ឧទាហរណ៍ អ្នកដាក់ពាក្យពន្ធចម្បង, អ្នកនៅក្រោមបន្ទុក)	តើបុគ្គលនេះមានទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកដាក់ពាក្យពន្ធចម្បង ឬក្រុមគ្រួសារយ៉ាងដូចម្តេច	តើអ្នកណាជាអ្នកអះអាងថាបុគ្គលនេះជាអ្នកអះអាងថាបុគ្គលនេះជាអ្នកនៅក្រោមបន្ទុក	ព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

បើព័ត៌មានខាងលើមិនត្រឹមត្រូវ សូមសរសេរព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវ ទៅកន្លែងទំនេរ ដែលបានផ្តល់ឲ្យខាងក្រោម។ បើមានសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតនៃក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក សូមសរសេរព័ត៌មានរបស់ពួកគេខាងក្រោម។

ឈ្មោះ (នាម កណ្តាល ត្រកូល និងនាមគេហៅខាងក្រោយឈ្មោះ)	ស្ថានភាពការងារពាក់ព័ន្ធនានា	ទំនាក់ទំនងទៅនឹងអ្នកដាក់ពាក្យពន្ធនានា	តើអ្នកណាជាអ្នកអះអាងថាបុគ្គលនេះជាអ្នកនៅក្រោមបន្ទុក

មានសំណួរ? ទូរស័ព្ទទៅ [state agency name] តាមលេខ [1-800-XXX-XXXX]។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]។
លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទ [days and hours of operation]។ ឬមើលវិបសាយ [web address]

3

ប្រាក់ចំណូល និងចំណាយ

យើងមិនអាចបន្ត Medi-Cal របស់លោកអ្នក ដោយប្រើប្រាក់ចំណូលខាងក្រោម ដែលយើងមានសំរាប់លោកអ្នក ឬសមាជិកក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកពីប្រភពទិន្នន័យអេឡិចត្រូនិច។ សូមប្រាប់យើងឲ្យដឹង ថាតើព័ត៌មានខាងក្រោមត្រឹមត្រូវ ឬមិនត្រឹមត្រូវ។ យើងត្រូវការឯកសារជាក្រដៅសំរាប់ ដែលបង្ហាញនូវចំនួនប្រាក់ចំណូល ដែលថ្មីជាងគេបំផុតរបស់លោកអ្នក។ សូមភ្ជាប់ឯកសារដូចតទៅនេះ ដែលបង្ហាញប្រាក់ចំណូលមុនពន្ធ ឬការកាត់ពន្ធ កន្ទុយសែកប្រាក់ខែការងារថ្មី។ អត្ថប្រយោជន៍ ឬសំបុត្ររង្វាន់ សែកដែលបានទទួល ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ដែលបានចុះហត្ថលេខាហើយពីក្រុមហ៊ុន ឬការទូទាត់ពន្ធផ្ទុំមុន។ បើប្រាក់ចំណូលបានមកពីការរកស៊ីខ្លួនឯង ធ្វើការទូទាត់ពន្ធថ្មីជាងគេបំផុតមួយច្បាប់ ឬបាយការណ៍ចំណេញ និងខាត។

ព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលខាងក្រោម គឺគ្រាន់តែសំរាប់បុគ្គល ដែលមានក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលយើងពុំអាចផ្ទៀងផ្ទាត់។ បើលោកអ្នកមានសមាជិករបស់ក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលមានរាយឈ្មោះខាងក្រោម វាដោយសារតែយើងអាចផ្ទៀងផ្ទាត់ប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេបានហើយ និងមិនមានព័ត៌មានប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀត ដែលត្រូវការសំរាប់បុគ្គលនោះ។

[Pre-Populated Name:]

កំណត់ហេតុរបស់យើងបង្ហាញថាប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់បុគ្គលនេះគឺ៖ _____។
ការប៉ាន់ស្មាននេះរួមបញ្ចូលទាំងប្រភពប្រាក់ចំណូល និងចំនួនខាងក្រោម។ សូមប្រាប់ឲ្យយើងដឹងបើព័ត៌មាននេះត្រឹមត្រូវ ឬបានផ្លាស់ប្តូរ។ ថាតើព័ត៌មាននេះបានផ្លាស់ប្តូរសូមប្រាប់យើងនូវព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ។

ប្រាក់ចំណូល 1 _____	តើទទួលបានញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____
តើនេះត្រឹមត្រូវទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវ _____
ប្រាក់ចំណូល 2 _____	តើទទួលបានញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____
តើនេះត្រឹមត្រូវទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវ _____
ប្រាក់ចំណូល 3 _____	តើទទួលបានញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____
តើនេះត្រឹមត្រូវទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវ _____

សូមបញ្ចូលខាងក្រោម នូវប្រាក់ចំណូលបន្ថែមណាមួយ ដែលលោកអ្នករំពឹងទុក ដែលមិនបានបង្ហាញនៅខាងលើ:


ប្រាក់ចំណូលដែលប្រែប្រួលឡើងចុះ

លោកអ្នកបានប្រាប់យើងថា ប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរពីមួយខែទៅមួយខែ ហើយបានឲ្យមកយើងនូវការប៉ាន់ស្មាននូវចំនួន ដែលលោកអ្នកគិតថាប្រាក់ចំណូលដែលលោកអ្នកបាន សំរាប់រយៈពេល 12 ខែកន្លងទៅ។ ឆ្នាំមុន លោកអ្នកបានប្រាប់យើងនូវប្រាក់ចំណូលនឹងមានចំនួន _____។
សូមប្រាប់យើងខ្ញុំថា តើលោកអ្នកគិតថាប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់ឆ្នាំប្រតិទិនបច្ចុប្បន្ននេះ? _____

ចំណាយ/ការកាត់ពន្ធ

កំណត់ហេតុរបស់យើងបង្ហាញថាបុគ្គលនេះមានចំណាយពន្ធដូចតទៅនេះ (ការកាត់ពន្ធ) នៅឆ្នាំមុន។ សូមប្រាប់ឲ្យយើងដឹង ថាតើនេះនឹងនៅដូចគ្នាសំរាប់ឆ្នាំក្រោយ ឬក៏មិនដូចគ្នា។

ការកាត់ពន្ធ 1 _____	តើទទួលបានការបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____
តើនេះត្រឹមត្រូវទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវ _____
ការកាត់ពន្ធ 2 _____	តើទទួលបានការបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____
តើនេះត្រឹមត្រូវទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវ _____
ការកាត់ពន្ធ 3 _____	តើទទួលបានការបង់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? _____
តើនេះត្រឹមត្រូវទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	បើមិនត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ចូលព័ត៌មាន ដែលត្រឹមត្រូវ _____

 **មានសំណួរ?** ទូរស័ព្ទទៅ [state agency name] តាមលេខ [1-800-XXX-XXXX]។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]។
លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទ [days and hours of operation]។ ឬមើលវិបសាយ [web address]

4

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត

សូមប្រាប់ឲ្យយើងដឹង ថា តើព័ត៌មានខាងក្រោមនៅតែត្រឹមត្រូវ។ បើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ឥឡូវនេះមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលមិនត្រូវបានចុះបញ្ជីនៅខាងក្រោម សូមសរសេរវានៅខាងក្រោម៖

		<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ការជាប់គុក

ព័ត៌មានរបស់យើងបង្ហាញថាមានបុគ្គលម្នាក់ ឬច្រើននៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកត្រូវបានជាប់គុក។ តើព័ត៌មានត្រឹមត្រូវទេ?

		<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

បានទទួលមរណភាព

ព័ត៌មានរបស់យើងបង្ហាញថាមានបុគ្គលម្នាក់ ឬច្រើននៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានស្លាប់។ តើព័ត៌មានត្រឹមត្រូវទេ?

		<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
		<input type="checkbox"/> បាទ/ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

For Informational Purposes Only



មានសំណួរ?

[1-800-XXX-XXXX]

[web address]

7 ការផ្លាស់ប្តូរ ផ្សេងៗក្នុងក្រុមគ្រួសារ

តើអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក ដែលមានអាយុរវាង 18 និង 26 ឆ្នាំ បានក្នុងការថែទាំដោយគ្រួសារចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ នៅថ្ងៃខួបកំណើត 18 ឆ្នាំ របស់គាត់ ឬនាង ឬដែលបានបាត់បង់ជំនួយថែទាំដោយគ្រួសារចិញ្ចឹម នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយ ដោយសារតែបានដល់កំណត់អាយុច្រើនបំផុតរួចហើយ ឬទេ?

បាទ/ ចាស ទេ **បើបាទ/ ចាស តើអ្នកណាទៅ?** _____

តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានអាយុចន្លោះពី 19 ទៅ 20 ឆ្នាំ ហើយជាសិស្សរៀនពេញម៉ោងទេ?

បាទ/ ចាស ទេ **បើបាទ/ ចាស តើអ្នកណាទៅ?** _____

តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានពិការភាពខាងរាងកាយ ផ្លូវចិត្ត អាមូណ៍ ឬពិការភាពខាងការរីកចម្រើនលូតលាស់ទេ?

បាទ/ ចាស ទេ **បើបាទ/ ចាស តើអ្នកណាទៅ?** _____

តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ត្រូវការជំនួយជាមួយការថែទាំរយៈពេលយូរ ឬសេវាកម្មនៅផ្ទះ ឬនៅសហគមន៍ទេ?

បាទ/ ចាស ទេ **បើបាទ/ ចាស តើអ្នកណាទៅ?** _____

តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមានផ្ទៃពោះទេ?

បាទ/ ចាស ទេ **បើបាទ/ ចាស តើអ្នកណាទៅ?** _____

បើបាទ/ ចាស តើថ្ងៃរំពឹងទុកប្រសូតកូននៅថ្ងៃណា? _____

តើមានរំពឹងទុកថានឹងប្រសូតកូនជាប៉ុន្មាននាក់? _____

តើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានរើចូលឬចេញពីផ្ទះក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងទៅមក?

បាទ/ ចាស ទេ **បើបាទ/ ចាស តើអ្នកណាទៅ?** _____

តើលោកអ្នកមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយបុគ្គលនេះ? _____

តើបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលទាំងឡាយនេះ ចង់ដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal ទេ?

បាទ/ ចាស ទេ **បើបាទ/ ចាស តើអ្នកណាទៅ?** _____

បើមានអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ដែលមិនប្តូរប្រាក់មាន Medi-Cal ថ្មីនេះបានទទួលស្ថានភាពចូលស្រុកស្របច្បាប់ ឬសញ្ជាតិក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងទៅ សូមចុះបញ្ជីឈ្មោះខាងក្រោម៖



មានសំណួរ? _____

[1-800-XXX-XXXX] _____
[web address]

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាព

ពាក្យសុំបន្តនេះគឺសំរាប់បន្តអត្ថប្រយោជន៍ តាមរយៈក្រសួង (Department of Health Care Services (DHCS)) ហើយនិងការកំណត់សិទ្ធិចូលរួមសំរាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងផ្នែកសុខភាព ដែលលោកអ្នកផ្តល់នៅលើពាក្យសុំ គឺឯកជននិងសម្ងាត់។ Covered California ឬ DHCS ត្រូវការព័ត៌មានដើម្បីសំគាល់លោកអ្នក និងបុគ្គលផ្សេងៗ នៅលើពាក្យសុំបន្តនេះ ហើយនិងដើម្បីចាត់ចែងកម្មវិធីរបស់យើង។ យើងនឹងចែកចាយព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ សហព័ន្ធ និងមូលដ្ឋានផ្សេងទៀត អ្នកមេការ គម្រោងសុខភាព និងកម្មវិធី គ្រាន់តែដើម្បីចុះឈ្មោះ លោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោង ឬកម្មវិធី ឬដើម្បីចាត់ចែងកម្មវិធី និងជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដូចដែលបានតម្រូវតាមច្បាប់ប៉ុណ្ណោះ។

លោកអ្នកត្រូវឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ នៅលើពាក្យសុំបន្តនេះ លើកលែងតែសំណួរដែលមានពាក្យ "តាមការជ្រើសរើស"។ បើពាក្យសុំបន្តរបស់លោកអ្នកខ្វះអ្វីមួយ ដែលតម្រូវឱ្យមាន យើងនឹងទាក់ទងលោកអ្នកដើម្បីទទួលបានវា។ បើលោកអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យ យើងនឹងអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការបន្តរបស់លោកអ្នក។ លោកអ្នកអាចត្រូវដាក់ពាក្យសុំថ្មី ឬលោកអ្នកមិនអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព តាមរយៈ Covered California ឬពាក្យសុំរបស់លោកអ្នកសំរាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍អាចត្រូវបានបដិសេធ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន លោកអ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីលោកអ្នក ដែលមាននៅក្នុងកំណត់ហេតុសហព័ន្ធនិងរដ្ឋ។ លោកអ្នកអាចមើលព័ត៌មានជាទំរង់ផ្សេងទៀត (ដូចជាការរៀបចំ) បើលោកអ្នកត្រូវការ។ សំរាប់ព័ត៌មានថែមទៀត ឬដើម្បីមើលកំណត់ហេតុ Covered California សូមទាក់ទងមន្ត្រីឯកជនភាពនៅ៖

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,
contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

ច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធទាំងនេះផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវសិទ្ធិដើម្បីប្រមូល និងរក្សាទុកព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំ៖ Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាពនេះ តាមក្រម CA Civil Code § 1798.17។

លោកអ្នកអាចរកឃើញនូវសេចក្តីផ្តល់ព័ត៌មានអនុវត្តឯកជនភាព សំរាប់កម្មវិធី Medi-Cal នៅ www.dhcs.ca.gov និងសំរាប់ Covered California នៅ www.CoveredCA.com។

សិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវទាំងឡាយ

ព័ត៌មានខ្ញុំផ្តល់អោយនៅលើពាក្យសុំនេះគឺពិតតាមដែលខ្ញុំដឹង។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំប្រហែលនឹងត្រូវបានផ្តន្ទាទោសបើខ្ញុំមិនប្រាប់ការពិត។

ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំអោយនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់គ្រាន់តែដើម្បីគិតមើលថា តើអ្នកទាំងនោះនៅក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាព នឹងមានសិទ្ធិទទួលយកឬទេ។

ខ្ញុំយល់ថាកម្មវិធី Covered California និង Medi-Cal នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាឯកជន តាមដែលច្បាប់តម្រូវអោយ។ សំរាប់ព័ត៌មានថែមទៀត ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងកំណត់ហេតុទាំងឡាយដែលត្រូវបានរក្សាទុកដោយកម្មវិធី Medi-Cal និង Covered California ខ្ញុំអាចទាក់ទងការិយាល័យសេវាកម្មសង្គមកិច្ចខោនធីរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំអាចទាក់ទងមន្ត្រីឯកជនភាព Covered California តាមលេខ 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)។

ខ្ញុំយល់ថាដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលយក Medi-Cal ខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវអោយដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗទៀត ដែលខ្ញុំប្រសម័យជីវិតណាម្នាក់នៅក្នុងបន្ទុកគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ មានសិទ្ធិទទួល លើកលែងតែគាត់ប្រធានមានហេតុផលល្អសំរាប់ការមិនបានធ្វើដូច្នោះប៉ុណ្ណោះ។ ឧទាហរណ៍ដូចជា ប្រាក់ចំណូលឬអត្ថប្រយោជន៍ដែលជាប្រាក់និរន្តរ៍ អត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាលទាំងឡាយ ប្រាក់រំលែក អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយរបស់ទាហានចាស់ ធនលាភប្រចាំឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍ពិការភាព អត្ថប្រយោជន៍ស្នេហា (ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជា OASDI ឬ ការធានារ៉ាប់រងសំរាប់វ័យចាស់ អ្នករួចខ្លួននៅរស់ និងពិការភាព) និងអត្ថប្រយោជន៍អតិមានការងារធ្វើទាំងឡាយ។ ប៉ុន្តែប្រាក់ចំណូល ឬអត្ថប្រយោជន៍អញ្ជើញមិនរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ជំនួយសារធារណៈ ដូចជា CalWORKs ឬ CalFresh នោះឡើយ។ បើខ្ញុំមានសិទ្ធិអំពីប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលដែលអាចមានបាន ខ្ញុំអាចទាក់ទងការិយាល័យសង្គមកិច្ចខោនធីរបស់ខ្ញុំ ឬ Covered California នៅ 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) សំរាប់ជំនួយ។

ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់កម្មវិធី Covered California និង Medi-Cal ឬការិយាល័យសង្គមកិច្ចស្រុក Medi-Cal របស់ខ្ញុំ អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងឡាយណាចំពោះអ្វីក៏ដោយ ដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងពាក្យសុំបន្តនេះ។ ដើម្បីរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរ ខ្ញុំអាចហៅទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យសេវាកម្មសង្គមកិច្ចខោនធីរបស់ខ្ញុំ។ ឬខ្ញុំអាចទាក់ទង Covered California តាមលេខ 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) ឬមើលវិបសាយ CoveredCA.com។

ខ្ញុំដឹងថាកម្មវិធី Covered California ឬ Medi-Cal ត្រូវតែមិនប្រកាន់នឹងខ្ញុំ ឬនរណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំបន្តនេះដោយសារតែ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពជនជាតិ សាសនា អាយុ ភេទ ចំណូលចិត្តភេទ ស្ថានភាពនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ ស្ថានភាពរបស់ទាហានចាស់ ឬពិការភាពឡើយ។ បើខ្ញុំគិតថា Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal បានប្រកាន់នឹងខ្ញុំ រួមទាំងការខកខានដើម្បីផ្តល់ការសម្របសម្រួលដែលសមហេតុផល ដែលតម្រូវអោយក្រោមច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ខ្ញុំអាចធ្វើបណ្តឹងដោយដោយទាក់ទងក្រសួងសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សនៅ www.hhs.gov/ocr/office/file ឬការិយាល័យអគ្គមេធាវីនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា នៅ <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>។

បើខ្ញុំជឿថា Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal បានប្រកាន់នឹងខ្ញុំឬនរណាម្នាក់ផ្សេងនៅលើពាក្យសុំនេះ ទាក់ទងនឹងការសម្រេចចិត្តសិទ្ធិទទួល Medi-Cal ខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យប្តឹងតវ៉ាផងដែរ ជាមួយក្រសួងសេវាកម្មសុខភាព ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល ដោយទូរស័ព្ទមក 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399)។



មានសំណួរ?

[1-800-XXX-XXXX]

[web address]

ខ្ញុំយល់ថាការផ្លាស់ប្តូរទាំងឡាយណានៅក្នុងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ឬព័ត៌មាននៃសមាជិក នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារមួយផ្ទះរបស់អ្នកដាក់ពាក្យ អាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិចូលរួមនៃ សមាជិកផ្សេងទៀតនៃក្រុមគ្រួសារមួយផ្ទះ។

បើដាក់ពាក្យសុំយក Medi-Cal ខ្ញុំបញ្ជាក់ថា គ្មានអ្នកណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៅលើពាក្យសុំនេះ ត្រូវបានបង្ហាញ ក្រោយពីការសម្រេច បញ្ចប់នៃការចោទប្រកាន់ (សាលក្រម) នៅក្នុងគុក ពន្ធនាគារ ឬវិជ្ជាស្ថានទណ្ឌកម្មស្រដៀងគ្នា ឬមន្ទីរកែប្រែឡើយ។

ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល ទៅដល់ការិយាល័យ សង្គមកិច្ចខ្មែរនៃ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ឬ Covered California ដោយសារតែវាអាចប៉ះ ពាល់ដល់សិទ្ធិចូលរួមរបស់អត្តប្រយោជន៍ Medi-Cal ឬចំនួននៃថ្លៃជំនួយប្រាក់ធានា (ប្រភាគលាភលើកលែងពន្ធ) ដែលខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា បើខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយប្រាក់ធានាច្រើនពេក ឬ (ប្រភាគលាភលើកលែងពន្ធ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំអត្តប្រយោជន៍ ខ្ញុំនឹងត្រូវសងជំនួយថ្លៃ ប្រាក់ធានាលើសវិញ ទៅឲ្យ IRS នៅពេលខ្ញុំដាក់ពាក្យពន្ធប្រាក់ ចំណូលសហព័ន្ធរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ឆ្នាំអត្តប្រយោជន៍។

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដល់កម្មវិធី Medi-Cal ឬ Covered California ដើម្បី ពិនិត្យមើលកំណត់ហេតុកុំព្យូទ័ររបស់ទីភ្នាក់ងារផ្សេងៗទៀត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សញ្ញាតិ ស្ថានភាពចូលរួមដែលបំពេញតម្រូវការ ព័ត៌មានពន្ធ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដែល ទាក់ទងនឹងសិទ្ធិចូលរួមតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាខ្ញុំ និងបុគ្គលផ្សេង ទៀតនៅពាក្យសុំបន្តនេះ មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬទេ។ បើអ្នកណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំបន្ត មានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ៖

ខ្ញុំដឹងថាបើ Medi-Cal បង់ថ្លៃសំរាប់ចំណាយផ្នែកសុខភាព លុយណាខ្លះ ដែលខ្ញុំ ឬអ្នកណាម្នាក់នៅលើពាក្យសុំបន្តនេះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬការដោះស្រាយរឿងក្តីច្បាប់ ដែលទាក់ទងនឹងចំណាយនោះនឹងប្រគល់ឲ្យទៅ Medi-Cal សំរាប់ការបង់ថ្លៃចំណាយ រហូតដល់ចំណាយថ្លៃនោះត្រូវបានបង់ពេញ លេញ។ សំរាប់មាតាបិតា ដែលកូនរបស់គាត់មានសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal ៖

ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានស្នើសុំឲ្យជួយទីភ្នាក់ងារ ដែលប្រមូលការឧបត្ថម្ភផ្នែក សុខភាព ពីមាតាបិតាណាម្នាក់ នៅលើពាក្យសុំបន្តនេះ ដែលមិនរស់នៅជាមួយកូន ហើយមិន បានផ្ញើការឧបត្ថម្ភទៅឲ្យកូននោះទេ។ បើខ្ញុំគិតថាការជួយនឹងធ្វើឲ្យគ្រោះថ្នាក់ដល់ខ្ញុំ និងកូនរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំអាចប្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ហើយខ្ញុំនឹងមិនត្រូវតែជួយនោះទេ។

លោកអ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីតវ៉ា៖ បើខ្ញុំគិតថា Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal បានធ្វើខុស ខ្ញុំអាចតវ៉ាការសម្រេចចិត្តរបស់គេបាន។ តវ៉ាមានន័យថា ត្រូវប្រាប់អ្នកណាម្នាក់ នៅ Covered California ឬកម្មវិធី Medi-Cal ថាខ្ញុំគិតថា ការសម្រេចចិត្តរបស់គេគឺខុស ហើយឲ្យមានការពិនិត្យដ៏យុត្តិធម៌មួយ។

ហត្ថលេខារបស់បេក្ខជន ឬអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

កាលបរិច្ឆេទ និងទីកន្លែង៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____

ខ្ញុំដឹង ឯថា ខ្ញុំអាចស្វែងយល់របៀបដើម្បីតវ៉ា ដោយទូរស័ព្ទមក 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) សំរាប់កម្មវិធី Medi-Cal ឬទូរស័ព្ទមក 1-800-300-1506 (TTY:1-888-889-4500) សំរាប់អ្នកចុះឈ្មោះ Covered California។

ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំត្រូវដាក់ពាក្យតវ៉ាក្នុងរវាង 90 ថ្ងៃនៃការសម្រេចចិត្ត។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចតំ ណាងឲ្យខ្លួនឯង ឬឲ្យអ្នកណាម្នាក់តំណាងឲ្យខ្ញុំ នៅក្នុងការតវ៉ារបស់ខ្ញុំ ដូចជាអ្នកតំណាង ដែលបានទទួលការអនុញ្ញាត មិត្តភក្តិ ឬមេធាវី។

ខ្ញុំដឹងថា បើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ អ្នកណាម្នាក់នៅ Covered California កម្មវិធី Medi-Cal ឬការិយាល័យសង្គមកិច្ចខ្មែរនៃអាចជួយស្រាវជ្រាវរបស់ខ្ញុំមកដល់ខ្ញុំបាន។

សេចក្តីប្រកាស

ខ្ញុំប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្របចំពាន នៃច្បាប់របស់រដ្ឋ California ថា អ្វីដែលខ្ញុំពោលខាងក្រោមគឺពិតនិងត្រឹមត្រូវ។

ខ្ញុំយល់អស់ទាំងសំណួរ នៅលើពាក្យសុំបន្ត ហើយផ្តល់នូវចម្លើយពិតនិងត្រឹមត្រូវ តាមដែលខ្ញុំដឹង។ កន្លែងដែលខ្ញុំមិនដឹងចម្លើយដោយខ្លួនឯង ខ្ញុំធ្វើការព្យាយាម ដោយសមហេតុផល ដើម្បីបញ្ជាក់ចម្លើយជាមួយអ្នកណាម្នាក់ ដែលបានដឹង។

ខ្ញុំដឹងថា បើខ្ញុំមិនប្រាប់ការពិត នៅលើពាក្យសុំបន្តនេះ អាចមានការផ្ដន្ទាទោស កម្រិតដូចប្តូរណ៍ ឬព្រហ្មទណ្ឌ សំរាប់ការបំពាន ដែលមានរួមទាំងជាប់គុក ដល់ទៅប្លន់ផ្តា។ (សូមមើលក្រមព្រហ្មទណ្ឌ California ករណី 126)។

ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មាននៅលើពាក្យសុំបន្តនេះនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីសម្រេចមើលថា តើបុគ្គល ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬ ទេ។ កម្មវិធី Medi-Cal និង Covered California នឹងរក្សាទុកព័ត៌មានជាឯកជន ដូចដែលបានតម្រូវតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងកាលីហ្វ័រញ៉ា។

ខ្ញុំយល់ព្រមដើម្បីផ្តល់ដំណឹងដល់កម្មវិធី Medi-Cal ឬការិយាល័យសេវាកម្មសង្គម កិច្ចខ្មែរនៃ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ឬ Covered California ដោយទូរស័ព្ទមក 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) ឬមើល CoveredCA.com បើមាន អ្វីមួយផ្លាស់ប្តូរនៅលើពាក្យសុំបន្តនេះ សំរាប់បុគ្គលណាម្នាក់ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យ សុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។



មានសំណួរ? _____

[1-800-XXX-XXXX] _____
[web address]

[INSERT DATE]

您可以以其他語言、更大字號或最適宜於您的其他方式收到本通知。敬請致電 [1-800-XXX-XXXX]。該熱線為免費電話。 [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]。

是時候續保您的 **Medi-Cal** 承保範圍了。我們需要您提供一些資訊，幫助我們為您續保明年的 **Medi-Cal**。

您可以透過下列任一方式續保您的 Medi-Cal

- 郵件：填妥本表並郵寄至：
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- 親自：前往下列地址造訪我們的辦公室：
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
辦公時間為 [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].
- 線上：在線上續保簡便快捷。請前往 www.coveredca.com 或 [SAWS online portal] 上載您的文件。

如何填寫本表

為了確保您或您家人能夠繼續享受 **Medi-Cal** 涵蓋的服務，您必須告訴我們本表上是否有任何資訊需要變更。

1. 審閱有關您和您家人的資訊，並告訴我們是否有任何變更。
2. 向我們寄送或上載顯示您最新資訊的文件，即使您的資訊並未變更。
3. 於 [INSERT DATE] 之前返回本表或在線上提供資訊。
4. 如果您透過郵件返回本表，請確保在第 [INSERT PAGE #] 頁上的表格內簽名。

我們需要誰的資訊

我們需要和您住在一起的您家的每一名成員的最新資訊，如果您報稅，則我們需要您的納稅申報書上列明的您家的每一名成員的最新資訊。我們需要下列人員的資訊：

- 住在您家目前擁有 **Medi-Cal** 的人；
- 住在您家希望申請的人。！
- 我們還可能需要關於和您一起住在您家或列在您的納稅申報書上的沒有 **Medi-Cal** 且不希望申請 **Medi-Cal** 的人的資訊。他們的資訊將保密並僅用於幫助住在您家且希望保留或申請 **Medi-Cal** 的人。

您無需提交納稅申報書也可申請或續保 **Medi-Cal**。！

如果我的資訊有所不同，那會怎麼樣？

如果您家的任何人由於本表上的資訊出現變更而無資格獲取 **Medi-Cal**，則我們將使用您的新資訊核查您或您的其他人是否有資格獲取其他可負擔的健康保險，包括 **Covered California**。您的資訊將保密並僅用於核查您或您的家人是否

有資格獲取可負擔的健康保險。我們可能需要您的更多資訊，以便為您找到最可負擔的健康保險。您無需提交納稅申報書也可申請或續保 **Medi-Cal**。

 **有問題？** 請致電 [1-800-XXX-XXXX] 聯絡 [state agency name]。該熱線為免費電話。 [(TTY:1-888-XXX-XXXX)]。您可以於 [days and hours of operation] 之間致電。您也可以造訪 [web address]。

1

您家的現狀

請檢查下列資訊，並告訴我們是否有任何變更。

下列地址是否正確？ 是
如果正確，請前往第 2 節。

否。如果不正確，請在下方寫明正確地址。

[RECIPIENT NAME]

姓名 (名字、中間名、姓氏、後綴)

家庭地址：

家庭地址 公寓號

[ADDRESS 2]

城市 (家庭) 州 郵遞區號

[ADDRESS 3]

郵寄地址 (請僅在與上述地址不同的情況下填寫。) 公寓號

郵寄地址：

城市 (郵寄) 州 郵遞區號

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

我們可以透過什麼號碼聯絡您？ 家庭 手機 單位

[ADDRESS 3]

電話：

號碼：

家庭：[NUMBER1]

最好是什麼時間聯絡您？

其他：[NUMBER2]

(選答) 我們還可以透過其他什麼號碼聯絡您？ 家庭 手機 單位

號碼：

(選答) 我們可以透過什麼電郵地址聯絡您？

您家都有誰？

請檢查下列關於住在您家希望續保 Medi-Cal 的人的資訊。請告訴我們住在您家或列在您聯邦納稅申報書上的人的資訊是否有任何變更。

姓名 (名)	納			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(例)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果上述資訊不正確，請在下方寫明正確資訊。如果您家還有其他人，請在下方寫明他們的資訊。

姓名 (名)	納	與納	受扶

 有問題？請致電 [1-800-XXX-XXXX] 聯絡 [state agency name]。該熱線為免費電話。[(TTY:1-888-XXX-XXXX)]。您可以於 [days and hours of operation] 之間致電。您也可以造訪 [web address]。

3

收入與支出

我們無法使用我們目前從電子資料來源獲取的與您或您家人相關的下列收入資訊續保您的 **Medi-Cal**。請告訴我們下列資訊是否正確。我們需要紙本文件向我們說明您的最新收入。請附加下列任何說明稅前或減免前收入的文件：最近的工資單、福利或獎勵函、收到的支票、僱主簽名的對帳單或去年的納稅申報書。如果您是自僱人士，請寄送您最新的納稅申報書或損益表複本。

下列收入資訊僅適用於我們無法透過其他方式驗證的您的家人。如果您的家人未列在下方，則是因為我們能夠驗證其收入，無需其他相關資訊。

[Pre-Populated Name:]

我們的記錄顯示該人的月收入為： _____。

該估算值包括下列來源和金額的收入。請告訴我們這些資訊是否正確或已變更。如果這些資訊已變更，請告訴我們正確的資訊。

收入 1 _____

領取頻率 _____

是否正確？ 是 否

如果不正確，請寫明正確資訊 _____

收入 2 _____

領取頻率 _____

是否正確？ 是 否

如果不正確，請寫明正確資訊 _____

收入 3 _____

領取頻率 _____

是否正確？ 是 否

如果不正確，請寫明正確資訊 _____

請寫明上面未顯示的任何其他收入：

浮動收入

您告訴我們您的收入每個月有所不同，並給出了您覺得的過去 12 個月的估測收入。去年，您告訴我們您的收入為 _____。

請告訴我們您想您在今年這個日曆年的收入將會是多少？ _____

支出/稅收減免

我們的記錄顯示該人去年有下列稅收支出（減免）。請告訴我們明年情況是否會出現變更：

稅收減免 1 _____

支付頻率 _____

是否正確？ 是 否

如果不正確，請寫明正確資訊 _____

稅收減免 2 _____

支付頻率 _____

是否正確？ 是 否

如果不正確，請寫明正確資訊 _____

稅收減免 3 _____

支付頻率 _____

是否正確？ 是 否

如果不正確，請寫明正確資訊 _____



有問題？ 請致電 [1-800-XXX-XXXX] 聯絡 [state agency name]。該熱線為免費電話。[(TTY:1-888-XXX-XXXX)]。您可以於 [days and hours of operation] 之間致電。您也可以造訪 [web address]。

4 其他健康保險

請告訴我們下列資訊是否仍然正確。如果您家的某人目前有其他未列在下方的健康保險，請在下方寫明。

姓名	保險類型	您是否仍享受該承保範圍？
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

監禁

我們的資訊顯示您家有一人或多人目前在監禁。這些資訊是否正確？

		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

已故

我們的資訊顯示您家有一人或多人已故。這些資訊是否正確？

		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

7 其他家庭變更

您家是否有任何介於 18 至 26 歲之間的人在第 18 個生日時在任何州受到寄養照護或由於到達最大年齡限制而在任何州喪失寄養照護？

是 否 如是，是誰？ _____

您家是否有任何 19 至 20 歲的全時學生？

是 否 如是，是誰？ _____

您家是否有任何人患有身體、心理、情感或發育性殘障？

是 否 如是，是誰？ _____

您家是否有任何人需要長期照護或家庭/社區服務？

是 否 如是，是誰？ _____

您家是否有任何人有孕在身？

是 否 如是，是誰？ _____

如是，預產期是何時？ _____

預計有幾名新生兒？ _____

過去 12 個月內，您家是否有任何人搬入或搬出？

是 否 如是，是誰？ _____

您與該人是何關係？ _____

這些人是否希望申請 Medi-Cal？

是 否 如是，是誰？ _____

如果您家的任何目前擁有 Medi-Cal 的人在過去 12 個月內獲得了合法移民或公民身分，請在下方寫明其姓名：



隱私權聲明

本續保表用於續保透過保健服務部(Department of Health Care Services (DHCS))享受之福利和判定是否有資格透過 Covered California 享受健康保險。您在本表上提供的個人和醫療資訊均將保密。Covered California 或 DHCS 需要此等資訊來確認您和本續保表上其他人的身分，並管理我們的計畫。我們將僅出於將您登記加入計畫或專案或管理專案而與其他州、聯邦和地方機構、承包商、健康計畫和專案共用您的資訊，我們也會根據法律要求與其他州和聯邦機構共用您的資訊。

除非標註為「選答」，否則您必須回答本表上的所有問題。如果您的續保表缺少我們需要的任何資訊，我們將聯絡您索取。如果您拒不提供，則我們將無法決定您的續保。您可能必須提交新的申請，或者您可能無法透過 Covered California 獲取健康保險，或者您的福利續保申請可能會被拒。

大部分情況下，您有權查閱聯邦和州記錄在冊的您的個人資料。如果您需要，您可以以備選格式（例如更大字號）進行查閱。如需更多資訊或查閱 Covered California 記錄，請聯絡隱私權辦公室：

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

下列聯邦和州法律授權我們收集並保留續保表上的資訊：Covered CA:42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS:CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. 依據 CA Civil Code § 1798.17, 我們必須給您這份「隱私保護聲明」。Medi-Cal 計畫隱私權實踐聲明請見 www.dhcs.ca.gov, Covered California 隱私權實踐聲明請見 www.CoveredCA.com。

權利和責任

據本人所知，本人在本續保表上提供之資訊真實無虛。本人知曉，如果本人做出不實陳述，則本人可能會遭受處罰。

本人理解，本人提供之資訊將僅用於判定本人家中申請續保健康保險之人是否有資格。

本人理解，Covered California 和 Medi-Cal 計畫將按照法律要求對本人的資訊保密。如需更多資訊，或存取 Medi-Cal 計畫或 Covered California 記錄在冊之個人資料，本人可以致電本縣的社會服務辦公室。或者，本人也可致電 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) 聯絡 Covered California。

本人理解，為了有資格享受 Medi-Cal，本人必須申請本人或本人任何家人有權享受之其他收入或福利，除非其有良好理由不予申請。此等收入或福利之示例包括退休金、政府福利、退休收入、退伍軍人補助金、年金、殘障補助金、社會保險福利（亦稱為老年、遺屬及殘障保險，簡稱「OASDI」），以及失業補助金。但是，此等收入或福利不包括公共援助福利，例如 CalWORKs 或 CalFresh。如果本人對潛在收入來源有任何問題，本人可以致電本縣的社會服務辦公室。或者，本人也可致電 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) 聯絡 Covered California。

本人知曉，如果本續保表上有任何資訊出現了變更，則本人必須告知 Covered California 或本縣的 Medi-Cal 社會服務辦公室。如需報告變更，本人可以致電本縣的社會服務辦公室。或者，本人也可致電 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) 聯絡 Covered California 或造訪 CoveredCA.com。

本人知曉，Covered California 或 Medi-Cal 計畫不得出於種族、膚色、原國籍、宗教、年齡、性別、性向、婚姻狀況、退伍軍人身分或殘障而歧視本人或本續保表上的任何人。如果本人認為 Covered California 或 Medi-Cal 計畫歧視了本人，包括未能根據聯邦和州法律提供合理之特殊照顧，則本人可前往 www.hhs.gov/ocr/office/file 聯絡美國衛生及公共服務部，或前往 <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form> 聯絡加州總檢察長辦公室，提出投訴。

如果本人認為 Covered California 或 Medi-Cal 計畫在 Medi-Cal 資格判定方面歧視了本人或本續保表上的任何人，則本人可以致電 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399) 聯絡保健服務部人權辦公室，提出投訴。



有問題？

本人理解，本人或申請人家人資訊之任何變更均可能會影響其他家人的資格。

如果系申請 **Medi-Cal**，則本人確認本續保表上申請健康保險之任何人在處置（判決）之後均未監禁在拘留所、監獄或類似刑事機構或教養設施之內。

本人理解，本人必須向本縣的 **Medi-Cal** 社會服務辦公室或 **Covered California** 報告收入變更，因為其可能會影響獲取本人可能有資格獲取之 **Medi-Cal** 福利或保費優惠金額（或稅收抵免）之資格。本人亦理解，如果本人在福利年度內收到過多保費優惠（或稅收抵免），則本人為該福利年度申報聯邦所得稅之時，本人將必須向國稅局 (IRS) 償還過量之保費優惠。

本人授權 **Medi-Cal** 計畫或 **Covered California** 查閱其他機構之電腦記錄，從而驗證僅與資格判定相關之公民身分、滿足移民身分、稅務資訊和其他資訊，以便判定本人和本續保表上的其他人是否有資格獲取健康保險。如果本續保表上有人有資格獲取 **Medi-Cal**：

本人知曉，如果 **Medi-Cal** 支付了醫療費用，則本人或本續保表上的任何人從其他健康保險或法律和解收到之與該費用相關的任何金額均將轉至 **Medi-Cal** 作為費用付款，直至費用全額給付。針對其子女有資格獲取 **Medi-Cal** 之父母：

本人知曉，將會要求本人幫助機構從本續保表上未與子女同住且未向子女提供支援之任何父母獲取醫療支援。如果本人認為此等幫助將傷害本人或本人的子女，則本人可以告知 **Medi-Cal** 計畫本人並非必須提供幫助。

您的申訴權：如果本人認為 **Covered California** 或 **Medi-Cal** 計畫出錯，則本人可以就其決定進行申訴。申訴指告知 **Covered California** 或 **Medi-Cal** 計畫的工作人員本人認為其決定有錯，並要求對決定進行公正審核。

申請人或授權代表簽名

日期和地點： _____

簽名： _____

本人知曉，本人可以致電 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) 瞭解如何就 **Medi-Cal** 計畫進行申訴，可以致電 1-800-300-1506 (TTY:1-888-889-4500) 瞭解如何就 **Covered California** 進行申訴。

本人知曉，本人必須在決定作出之後 90 日內進行申訴。本人知曉，在申訴中，本人可以親自代表本人，也可讓其他人（例如授權代表、朋友、親屬或律師）代表本人。

本人知曉，如果本人需要幫助，則 **Covered California**、**Medi-Cal** 計畫或縣社會服務辦公室的工作人員可以向本人說明本人的個案。

聲明

基於加州法律對偽證罪之規定，本人聲明，本人下述言辭真實準確。

本人理解本續保表上的所有問題，並據本人所知做出了真實準確之回答。針對本人自己不知答案之問題，本人已盡一切合理嘗試與知曉答案之人確認了答案。

本人知曉，如果本人在本續保表上做出不實陳述，則本人可能會遭受偽證罪民事或刑事處罰，最高可達四年監禁。（請參閱《加州刑法》第 126 款。）

本人知曉，本續保表上的資訊將用於判定申請人是否有資格獲取健康保險。**Medi-Cal** 計畫和 **Covered California** 將根據聯邦和加州法律對資訊保密。

本人同意，如果本續保表上任何健康保險申請人之資訊出現了變更，本人將致電 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) 或造訪 **CoveredCA.com** 通知 **Medi-Cal** 計畫、本縣的 **Medi-Cal** 社會服務辦公室或 **Covered California**。

[INSERT DATE]

شما می‌توانید این اطلاعیه را به زبان دیگر یا به چاپ درشت یا به هر شکل دیگری که برایتان مناسب تر است دریافت کنید. با این شماره تماس بگیرید [1-800-XXX-XXXX]. این تماس رایگان است. [TTY: 1-888-XXX-XXXX].

زمان تمدید پوشش Medi-Cal شما فرا رسیده است. برای کمک جهت حفظ Medi-Cal تان برای سال آینده، به اطلاعاتی درباره شما نیاز داریم.

شما می‌توانید Medi-Cal خود را به یکی از روشهای زیر تمدید کنید.

- از طریق پست: این فرم را پر کرده و به آدرس زیر ارسال کنید:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- به صورت حضوری: آن را به دفتر ما به آدرس زیر تحویل دهید.
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State]
ساعات اداری عبارتست از [8.30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].
- به صورت آنلاین: تمدید آنلاین سریع و آسان است. به آدرس www.coveredca.com یا [SAWS online portal] مراجعه کرده، مدارک خود را آپلود نمایید.

راهنمای تکمیل فرم

- برای حصول اطمینان از این که شما یا خانواده تان تحت پوشش Medi-Cal باقی می‌مانید، باید ما را نسبت به هرگونه تغییر یا عدم تغییر در اطلاعات فرم مطلع سازید.
- 1. لطفاً اطلاعات مربوط به خود و اعضای خانواده تان را بررسی کرده و در صورت وجود هرگونه تغییرات ما را از آن مطلع کنید.
- 2. حتی در صورتی که اطلاعات شما تغییری پیدا نکرده است، کپی مدارکی که تأیید کننده جدیدترین اطلاعات شما می باشد را برای ما بفرستید یا آپلود نمایید.
- 3. تا تاریخ [INSERT DATE] این فرم را تحویل دهید یا اطلاعات را به صورت آنلاین ارائه دهید.
- 4. اگر فرم را از طریق پست ارسال می کنید، حتماً در صفحه [INSERT PAGE #] فرم را امضا کنید.

اطلاعات چه کسانی مورد نیاز است

- ما به جدیدترین اطلاعات درباره تمام اعضای خانواده تان که با شما زندگی می‌کنند، یا اگر پرونده مالیاتی دارید به مشخصات کسانی که نامشان در اظهار نامه مالیاتی تان ذکر شده است، نیاز داریم. اطلاعات این افراد مورد نیاز است:
- اعضای خانوار شما که هم اکنون دارای Medi-Cal هستند،
- اعضای خانوار شما که مایل هستند درخواست بدهند.
- ممکن است اطلاعات آن دسته از اعضای خانواده که با شما زندگی می‌کنند و نام آنها در اظهارنامه مالیاتی ذکر شده اما Medi-Cal ندارند و یا نمی‌خواهند برای Medi-Cal اقدام کنند لازم باشد. این اطلاعات نزد
- ما محرمانه خواهد ماند و از آن‌ها صرفاً به منظور کمک به آن دسته از اعضای خانواده شما که می‌خواهند Medi-Cal خود را تمدید کنند یا برای آن درخواست بدهند، استفاده خواهد شد.
- برای درخواست یا تمدید Medi-Cal نیازی به تشکیل پرونده اظهار نامه مالیاتی نیست.

اگر در اطلاعات من تغییری ایجاد شده باشد چه اتفاقی خواهد افتاد؟

- اگر فردی در خانواده شما به دلیل تغییر در اطلاعات مندرج در این فرم واجد شرایط Medi-Cal نباشد، ما از اطلاعات جدید شما استفاده می‌کنیم تا بررسی کنیم آیا شما یا دیگر اعضای خانواده تان واجد شرایط سایر پوشش‌های بهداشتی و درمانی با هزینه مناسب تر، از جمله Covered California هستید یا خیر. این اطلاعات نزد ما محرمانه خواهد ماند و از آن‌ها صرفاً به این منظور استفاده می‌کنیم تا بررسی کنیم که آیا شما یا خانواده تان واجد شرایط سایر پوشش‌های سلامت و درمان با مناسب ترین هزینه هستید یا خیر. برای درخواست یا تمدید Medi-Cal نیازی به تشکیل پرونده اظهار نامه مالیاتی نیست.

اگر سؤالی دارید به [state agency name] با شماره [1-800-XXX-XXXX] زنگ بزنید. این تماس رایگان است. [TTY: 1-888-XXX-XXXX]. شما می‌توانید در [days and hours of operation] تماس بگیرید. یا به [web address] مراجعه فرمایید.



خانوار فعلی شما

لطفاً اطلاعات زیر را بررسی کرده و در صورت وجود هرگونه تغییرات به ما اطلاع دهید.

خیر. اگر پاسخ شما خیر است، لطفاً اطلاعات صحیح را در زیر بنویسید.

آیا آدرس زیر صحیح است؟ بله
در صورت صحیح بودن، به قسمت 2 بروید.

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند)

[RECIPIENT NAME]

آدرس منزل

آدرس منزل:

آپارتمان #

[ADDRESS 2]

کد پستی

ایالت

شهر (محل سکونت)

[ADDRESS 3]

آپارتمان #

آدرس پستی، فقط در صورت مغایرت با اطلاعات بالا.

آدرس پستی:

کد پستی

ایالت

شهر (پستی)

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

برای تماس با شما با چه شماره‌های باید تماس بگیریم؟ منزل محل کار همراه

[ADDRESS 3]

شماره تلفن:

شماره تلفن:

مناسبترین زمان برای تماس با این شماره برای صحبت با شما چه زمانی است؟

منزل: [NUMBER1]

(اختیاری) آیا شماره دیگری دارید که از طریق آن بتوانیم با شما تماس بگیریم؟ منزل محل کار همراه

سایر: [NUMBER2]

شماره تلفن:

(اختیاری) از طریق کدام آدرس ایمیل می‌توانیم با شما در تماس باشیم؟

چه کسانی در خانوار شما هستند؟

لطفاً اطلاعات زیر را در مورد اعضای خانواده تان که می‌خواهند Medi-Cal خود را تمدید کنند بررسی نمایید. در صورت هرگونه تغییر در اطلاعات مربوط به افرادی که با شما زندگی می‌کنند یا در اظهارنامه مالیاتی فدرال شما تکرار شده‌اند، لطفاً ما را مطلع نمایید.

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند)	وضعیت پرونده مالیاتی (برای مثال، تشکیل دهنده اصلی پرونده مالیاتی، تحت تکفل)	این فرد با تشکیل‌دهنده اصلی پرونده مالیاتی یا سرپرست خانوار چه نسبتی دارد؟	این فرد تحت تکفل چه کسی است؟	آیا اطلاعات صحیح است؟
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

اگر اطلاعات بالا صحیح نیست، لطفاً اطلاعات صحیح را در محل تعیین شده زیر بنویسید. اگر خانواده شما اعضای دیگری هم دارد، لطفاً اطلاعات آنها را در زیر بنویسید.

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی و پسوند)	وضعیت پرونده مالیاتی	نسبت با تشکیل‌دهنده پرونده مالیاتی	این فرد تحت تکفل چه کسی است؟

اگر سؤالی دارید به [state agency name] با شماره [1-800-XXX-XXXX] زنگ بزنید. این تماس رایگان است. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. شما می‌توانید در [days and hours of operation] تماس بگیرید. یا به [web address] مراجعه فرمایید.



درآمد و هزینه ها

ما نتوانستیم با استفاده از درآمد ذکر شده در زیر که از طریق منابع اطلاعات الکترونیک درباره شما و اعضای خانواده‌تان استخراج کرده‌ایم، Medi-Cal شما را تمدید کنیم. لطفاً به ما اطلاع دهید که آیا اطلاعات زیر صحیح است یا خیر. ما به مدارک کاغذی نیاز داریم که نشان دهد درآمد فعلی شما چقدر است. لطفاً تمام مدارکی که نشان‌دهنده مبلغ درآمد شما پیش از پرداخت مالیات و یا کسری‌ها می‌باشد را پیوست نمایید: ته چک‌های پرداختی اخیر، مزایا یا اضافه حقوق، چک‌های دریافتی یا رسید امضا شده توسط کارفرما، یا اظهارنامه مالیاتی سال گذشته. در صورتی که درآمد را از طریق خوداشتغالی کسب کرده‌اید، کپی جدیدترین اظهارنامه مالیاتی یا رسید سود و زیان خود را ارسال نمایید.

اطلاعات درآمدی زیر تنها برای افرادی از خانواده شما است که به شکل دیگری قابل بررسی نیستند. اگر نام عضوی از خانواده‌تان در زیر نیامده، به این دلیل است که ما توانسته‌ایم درآمد وی را بررسی کنیم و اطلاعات درآمدی دیگری برای این فرد مورد نیاز نیست.

[Pre-Populated Name]

بررسی‌های ما نشان می‌دهد که درآمد ماهیانه این فرد بدین شرح می‌باشد: _____
این برآورد شامل منابع و میزان درآمد زیر است. لطفاً نسبت به صحت یا تغییرات این اطلاعات ما را مطلع سازید. چنانچه تغییری در این اطلاعات حاصل شده است، لطفاً اطلاعات صحیح را به ما انتقال دهید.

درآمد 1 _____ هر چند وقت یک بار دریافت می‌شود؟
_____ آیا صحیح است؟ بله خیر
اگر صحیح نیست، اطلاعات صحیح را وارد نمایید.
درآمد 2 _____ هر چند وقت یک بار دریافت می‌شود؟
_____ آیا صحیح است؟ بله خیر
اگر صحیح نیست، اطلاعات صحیح را وارد نمایید.
درآمد 3 _____ هر چند وقت یک بار دریافت می‌شود؟
_____ آیا صحیح است؟ بله خیر
اگر صحیح نیست، اطلاعات صحیح را وارد نمایید.

هرگونه درآمدهای دیگری که در بالا ذکر نشده است را در قسمت ذیل وارد نمایید:

درآمد غیرثابت

شما به ما گفته‌اید که در آمدتان هر ماه متغیر است و یک درآمد تخمینی از 12 ماه گذشته به ما ارائه کردید. سال گذشته، اعلام کردید که درآمدتان به این قرار خواهد بود _____.

به ما بگویید فکر می‌کنید درآمد شما در سال جاری چقدر خواهد بود؟ _____

هزینه‌ها / کسرهای مالیاتی

بررسی‌های ما نشان می‌دهد که این فرد در سال گذشته دارای هزینه‌های (کسرهای) مالیاتی زیر بوده است. لطفاً بگویید آیا سال آینده نیز به همین ترتیب خواهد بود یا خیر:

کسر مالیاتی 1 _____ هر چند وقت یک بار پرداخت می‌شود؟
_____ آیا صحیح است؟ بله خیر
اگر صحیح نیست، اطلاعات صحیح را وارد نمایید.
کسر مالیاتی 2 _____ هر چند وقت یک بار پرداخت می‌شود؟
_____ آیا صحیح است؟ بله خیر
اگر صحیح نیست، اطلاعات صحیح را وارد نمایید.
کسر مالیاتی 3 _____ هر چند وقت یک بار پرداخت می‌شود؟
_____ آیا صحیح است؟ بله خیر
اگر صحیح نیست، اطلاعات صحیح را وارد نمایید.

اگر سؤالی دارید به [state agency name] با شماره [1-800-XXX-XXXX] زنگ بزنید. این تماس رایگان است. [TTY: 1-888-XXX-XXXX].
شما می‌توانید در [days and hours of operation] تماس بگیرید. یا به [web address] مراجعه فرمایید.



سایر بیمه‌های درمانی

لطفاً به ما اطلاع دهید آیا اطلاعات زیر همچنان صحیح است یا خیر. اگر فردی از خانوار شما دارای بیمه درمانی دیگری است که در پایین ذکر نشده، لطفاً آن را بنویسید.

بله خیر

بله خیر

زندادان

اطلاعات ما نشان می‌دهد یک یا چند عضو خانوار شما در زندان است. آیا این اطلاعات صحیح است؟

بله خیر

بله خیر

فوت

اطلاعات ما نشان می‌دهد یک یا چند عضو خانوار شما فوت کرده است. آیا این اطلاعات صحیح است؟

بله خیر

بله خیر



سایر تغییرات خانوار

آیا در خانوار شما کسی بین 18 تا 26 ساله وجود دارد که در 18 سالگی در یکی از ایالات در پرورشگاه بوده باشد، یا به دلیل رسیدن به حداکثر سن مجاز، مساعدت‌های پرورشگاهی را در یکی از ایالات از دست داده باشد؟
 بله خیر اگر بله، چه کسی؟

آیا فردی در خانوار شما 19 تا 20 ساله و دانشجوی تمام وقت است؟
 بله خیر اگر بله، چه کسی؟

آیا فردی در خانوار شما دارای ناتوانی جسمی، ذهنی، عاطفی، یا رشدی میباشد؟
 بله خیر اگر بله، چه کسی؟

آیا فردی در خانوار شما نیازمند کمک در زمینه مراقبت طولانی-مدت یا آسایشگاه و خدمات اجتماعی میباشد؟
 بله خیر اگر بله، چه کسی؟

آیا فردی در خانوار شما باردار است؟
 بله خیر اگر بله، چه کسی؟

اگر بله، زمان زایمان وی کی است؟

وی چند کودک باردار است؟

آیا فردی در خانوار شما در 12 ماه گذشته به منزل شما اسباب‌کشی کرده یا منزل را ترک کرده است؟
 بله خیر اگر بله، چه کسی؟

نسبت شما با این فرد چیست؟

بله خیر اگر بله، چه کسی؟

چنانچه فردی از اعضای خانوار شما که هم اکنون تحت Medi-Cal است، اخیراً طی 12 ماه گذشته مهاجرت قانونی یا وضعیت شهروندی کسب کرده است، نام وی (آنان) را در زیر بنویسید:



متوجه هستیم که هرگونه تغییر در اطلاعات من یا اطلاعات اعضای خانوار متقاضی ممکن است بر صلاحیت دیگر اعضای آن خانوار تأثیر داشته باشد.

با درخواست برای Medi-Cal، تأیید می‌کنم که هیچ فرد متقاضی برای بیمه بهداشتی - درمانی در این فرم تمدید در حبس، مرحله پس از وضع اتهامات (صدور حکم)، در بازداشت، زندان، یا نهاد کیفری مشابه یا کانون اصلاح و تربیت نمی‌باشند.

متوجه هستیم که باید تغییرات درآمدی را به اداره خدمات اجتماعی Medi-Cal شهر خود یا Covered California اطلاع دهیم؛ چون این تغییرات ممکن است بر صلاحیت من برای مزایای Medi-Cal یا میزان مساعدت‌های حق بیمه (یا بخشودگی‌های مالیاتی) که ممکن است واجد شرایط دریافت آن باشم تأثیر بگذارد. همچنین متوجه هستیم که اگر در طول سال دریافت مزایا، مزایای حق بیمه (یا بخشودگی مالیاتی) اضافی دریافت کنم، باید مزایای حق بیمه اضافی برای آن سال را هنگام تشکیل پرونده مالیات بر درآمد فدرال به اداره مالیات بر درآمد داخلی (IRS) بازگردانم.

به برنامه Medi-Cal یا Covered California اجازه می‌دهم اسناد و سوابق کامپیوتری ثبت شده در دیگر سازمان‌ها را به منظور بررسی شهروندی، وضعیت مهاجرت مطلوب، اطلاعات مالیاتی، و سایر اطلاعاتی که صرفاً به واجد شرایط بودن من مربوط است بررسی نمایند تا تعیین کنند که آیا من و دیگر افراد ذکر شده در این فرم تمدید واجد شرایط بیمه بهداشتی - درمانی هستیم یا خیر. اگر فردی در فرم تمدید واجد شرایط Medi-Cal باشد:

می‌دانم که اگر Medi-Cal هزینه پزشکی را پرداخت کند، هر پولی که من یا فرد دیگر نامبرده در این فرم تمدید از یک بیمه بهداشتی - درمانی دیگر یا هر پرداخت قانونی مرتبط با آن هزینه دریافت می‌کنیم، به عنوان پرداخت هزینه به Medi-Cal تعلق خواهد گرفت تا زمانی که هزینه مورد نظر به طور کامل پرداخت گردد. در مورد والدینی که فرزند یا فرزندانشان واجد شرایط Medi-Cal هستند:

می‌دانم که از من برای کمک به اداره درخواست خواهد شد. این اداره از هر یک از والدینی که نامشان در فرم تمدید برده شده است و با کودک زندگی نمی‌کنند یا برای کودک حمایتی نمی‌فرستند کمک‌های درمانی می‌گیرد. اگر فکر می‌کنم این کمک کردن به خود یا فرزندم آسیبی خواهد رساند، می‌توانم این موضوع را با برنامه Medi-Cal در میان بگذارم که در این صورت نیازی نیست کمک کنم.

حق شما برای درخواست تجدید نظر: اگر فکر می‌کنم Covered California یا برنامه Medi-Cal اشتباهی مرتکب شده است، می‌توانم در مورد تصمیم آنان درخواست تجدید نظر بدهم. درخواست تجدید نظر به این معناست که به فردی در Covered California یا برنامه Medi-Cal می‌گویم که فکر می‌کنم تصمیم آنان اشتباه است و من درخواست بازبینی عادلانه حکم را دارم.

می‌دانم که می‌توانم برای کسب اطلاعات درباره چگونگی درخواست تجدید نظر با 795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) برای برنامه Medi-Cal یا 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) برای ثبت نام کنندگان Covered California تماس بگیرم.

می‌دانم که درخواست تجدید نظر خود را باید حداکثر تا 90 روز پس از تصمیم تنظیم نمایم. می‌دانم که می‌توانم به نمایندگی از خودم این درخواست را مطرح کنم یا فرد دیگری مثل یک نماینده قانونی، دوست، خویشاوند، یا وکیل را نماینده خود در درخواست نمایم.

می‌دانم که اگر به کمک احتیاج داشته باشم، فردی در Covered California، برنامه Medi-Cal، یا اداره خدمات اجتماعی شهرم می‌تواند در زمینه مشکل مرا راهنمایی کند.

اظهارنامه

اینجانب با در نظر گرفتن مجازات شهادت دروغ طبق قانون ایالت کالیفرنیا اظهار می‌دارم که آنچه در ادامه می‌گویم حقیقت دارد و صحیح است.

من تمام پرسش‌های مندرج در این فرم تمدید را درک کرده‌ام و تا جایی که اطلاع دارم پاسخ‌های صحیح و حقیقی ارائه داده‌ام. اگر پاسخ پرسشی را خودم نمی‌دانستم، همه تلاش‌م را کردم که پاسخ خود را با یک فرد مطلع در میان بگذارم و تأیید نمایم.

می‌دانم که اگر حقیقت را در این فرم تمدید نگویم، با مجازات مدنی یا کیفری برای شهادت دروغ مواجه خواهم شد که می‌تواند تا چهار سال زندان را به دنبال داشته باشد. (رجوع شود به قانون مجازات کالیفرنیا بند 126).

می‌دانم که از اطلاعات این فرم تمدید به منظور تصمیم‌گیری درباره صلاحیت افراد متقاضی بیمه درمانی استفاده خواهد شد. برنامه Medi-Cal و Covered California اطلاعات را طبق قانون فدرال و قانون کالیفرنیا به صورت محرمانه حفظ خواهند کرد.

اینجانب می‌پذیرم که در صورت بروز هرگونه تغییر در این فرم تمدید برای هر کدام از افراد متقاضی بیمه درمانی، این امر را به برنامه Medi-Cal یا اداره خدمات اجتماعی Medi-Cal شهر خود یا Covered California از طریق تماس با شماره 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) یا مراجعه به CoveredCA.com اطلاع دهم.

امضای متقاضی یا نماینده صاحب اختیار

تاریخ و مکان:

امضا:



[INSERT DATE]

Koj yuav tau daim ntawv qhia no ua lwm hom lus los sis ua cov ntawv loj los sis ua lwm yam uas zoo tshaj rau koj los tau. Hu rau [1-800-XXX-XXXX]. Hu dawb xwb. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

Txog sij hawm rov ntxiv koj txoj kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal lawm. Peb xav tau ib cov ntaub ntawv los ntawm koj kom thiaj li pab tau koj ceev koj qhov Medi-Cal rau lwm xyoo.

Koj Yuav Rov Ntxiv Tau Koj Qhov Medi-Cal uas Siv Ib Txoj Kev Ntawm No

■ **Hauv Kev Xa Ntawv:** Teb daim ntawv no thiab xa mus rau:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]

■ **Nqa Tuaj Tim Ntsej Tim Muag:**
Mus xyuas peb lub chav fai ntawm
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
Sij hawm qhib yog [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].

■ **Online:** Kev Rov Ntxiv hauv online mas nws sai thiab yooj yim. Mus rau ntawm www.coveredca.com los sis [SAWS online portal] es rub koj cov ntaub ntawv rau hauv.

Yuav Teb Daim Ntawv No Li Cas

Yuav kom koj los sis koj tsev neeg tau kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal mus txuas ntxiv, koj yuav tsum qhia rau peb paub seb puas muaj dab tsi hloov los sis tsis muaj txog cov lus qhia nyob rau hauv daim ntawv no.

1. Thov soj ntsuam cov lus qhia txog koj thiab cov neeg hauv koj tsev neeg thiab qhia rau peb paub txog cov kev hloov.
2. Xa los sis rub cov qauv ntawm cov ntaub ntawv uas muaj cov lus qhia txog koj tam sim no txawm tias cov lus qhia txog koj tsis tau hloov.
3. Xa daim ntawv no los sis muab cov ntaub ntawv no tso rau hauv online tsis pub dhau lub [INSERT DATE].
4. Yog tias koj xa daim ntawv no hauv kev xa ntawv rov tuaj, thov xyuas kom kos npe rau nplooj [INSERT PAGE #].

Peb Xav Tau Cov Lus Qhia Los Ntawm Leej Twg

Peb xav tau cov lus qhia tam sim no txog txhua tus neeg hauv koj tsev neeg uas nyob nrog koj los sis muaj npe nyob hauv koj daim ntawv ua se, yog tias koj ua se. Peb xav tau cov lus qhia los ntawm:

- Cov neeg nyob hauv koj tsev neeg uas tau Medi-Cal tam sim no.
- Cov neeg nyob hauv koj tsev neeg uas xav thov kev pab.
- Tej zaum peb tseem xav tau cov lus qhia txog cov neeg hauv koj tsev neeg uas nrog koj nyob los sis cov neeg uas muaj npe

nyob hauv koj daim ntawv ua se, uas tsis tau Medi-Cal thiab tsis thov Medi-Cal. Yuav khaws cov lus qhia txog lawm kom tsis pub leej twg paub thiab tsuas yuav siv los pab cov neeg hauv koj tsev neeg uas xav ceev los sis thov Medi-Cal.

Koj tsis tas yuav ua se es thiaj li thov tau los sis rov ntxiv koj qhov Medi-Cal.

Yuav Ua Li Cas yog tias Cov Lus Qhia Txog Kuv Nws Txawv?

Yog tias muaj ib tug neeg hauv koj tsev neeg tsis tsim nyog rau Medi-Cal vim tias cov lus qhia hauv daim ntawv no nws tau hloov lawm, peb yuav siv koj cov lus qhia tshiab los xyuas seb koj los sis lwm tus neeg hauv koj tsev neeg puas tsim nyog rau lwm cov kev pab them nqi kho mob uas yuav taus, nrog rau Covered California. Cov lus qhia txog koj yuav tsis qhia rau leej twg thiab tsuas yuav siv

los xyuas seb koj los sis koj tsev neeg puas tsim nyog rau kev pab them nqi kho mob uas yuav taus. Tej zaum peb yuav xav tau cov lus qhia ntxiv los ntawm koj kom thiaj li nrhiav tau cov kev pab them nqi kho mob uas yuav taus. Koj tsis tas yuav ua se es thiaj li thov tau los sis rov ntxiv koj qhov Medi-Cal.



MUAJ LUS NUG? Hu rau [state agency name] ntawm [1-800-XXX-XXXX]. Hu dawb xwb. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Koj hu tau [days and hours of operation]. Los sis mus xyuas ntawm [web address]

1

Koj Tsev Neeg Tam Sim No

Thov kos cov lus qhia hauv qab no thiab qhia rau peb yog tias muaj kev hloov.

Qhov chaw nyob hauv qab no puas yog? Yog
Yog tias yog, mus rau **Ntu 2**.

Tsis yog. Yog tias tsis yog, thov sau cov lus qhia yog rau hauv qab no.

[RECIPIENT NAME]

Npe (npe, npe nrab, xeeb & suffix)

Chaw Nyob Tom Tsev:

Chaw nyob tom tsev

Chav tsev #

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Nroog (tsev)

Xeev

ZIP code

Chaw Nyob Xa Ntawv:

Chaw nyob xa ntawv, yog tias nws txawv qhov saud xwb.

Chav tsev #

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Nroog (xa ntawv)

Xeev

ZIP code

Xov Tooj:

Xov Tooj:

Tsev: [NUMBER1]

Lub sij hawm zoo tshaj uas yuav hu tau rau koj ntawm tus xov tooj no yog thaum twg?

Lwm Tus: [NUMBER2]

(Tsis teb los tau) Puas muaj lwm tus xov tooj uas peb yuav siv tau los hu rau koj? Tsev Ntawm tes Hauj lwm

Xov Tooj:

(Tsis teb los tau) Peb yuav tiv tauj tau koj ntawm tus email address twg?


Leej twg nyob hauv Koj Tsev Neeg?

Thov xyuas cov lus qhia nyob hauv qab no txog cov neeg nyob hauv koj tsev neeg uas xav rov ntiv Medi-Cal. Thov qhia rau peb yog tias muaj cov kev hloov rau cov lus qhia uas peb tau txog cov neeg uas nrog koj nyob los sis cov neeg uas muaj npe nyob hauv koj daim ntawv ua se rau tsoom tswv (federal).

Npe (npe, npe nrab, xeeb & suffix)	Ua Se Li Cas (piv txwv li, thawj ua se, ua tus tos noj tos haus)	Tus Neeg no Txheeb rau Tus Thawj Ua Se los sis Tus Thawj Hauv Tsev Neeg li cas?	Leej Twg Saws Tus Neeg no ua Tus Tos Noj Tos Haus?	Cov Lus Qhia Puas Yog?
				<input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog
				<input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog
				<input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog
				<input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog

Yog tias cov lus qhia saud tsis yog, thov sau cov lus qhia yog rau hauv qhov chaw hauv qab no. Yog tias muaj lwm tus neeg hauv koj tsev neeg, thov sau cov lus qhia txog lawv rau hauv qab no.

Npe (npe, npe nrab, xeeb & suffix)	Ua Se Li Cas	Txheeb Tus Neeg Ua Se Li Cas	Leej Twg Saws Tus Neeg no ua Tus Tos Noj Tos Haus?

 **MUAJ LUS NUG?** Hu rau [state agency name] ntawm [1-800-XXX-XXXX]. Hu dawb xwb. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Koj hu tau [days and hours of operation]. Los sis mus xyuas ntawm [web address]

Nyaj Tau thiab Cov Nqi

Peb yuav rov ntxiv tsis tau koj qhov Medi-Cal uas siv cov nyiaj tau hauv qab no uas peb tau txog koj los sis koj tsev neeg los ntawm cov chaw muab data raws hluav taws xob. Thov qhia rau peb paub seb cov lus qhia nyob hauv qab no yog los sis tsis yog. Peb yuav tsum tau cov ntaub ntawv uas qhia rau peb seb koj qhov nyiaj tau tam sim no yog li cas. Thov muab cov ntaub ntawv nram qab no uas qhia txog qhov nyiaj tau ua ntej txiav se los sis rho nqi tawm: cov tw tshev tshiab tshaj, cov ntawv qhia txog nyiaj tau, cov tshev uas tau txais los sis ib daim ntawv los ntawm qhov chaw ua hauj lwm, los sis daim ntawv ua se tsaib no. Yog tias qhov nyiaj tau yog los ntawm kev rov ua hauj lwm rau tus kheej, xa ib daim qauv ntawm koj daim ntawv ua se tsis ntev los no los sis daim ntawv qhia txog cov peev tau thiab cov nqi them tawm.

Cov lus qhia txog nyiaj tau hauv qab no tsuas yog rau cov neeg hauv koj tsev neeg uas peb tshawb tsis tau seb tau nyiaj li cas xwb. Yog tias koj muaj cov neeg hauv koj tsev neeg uas tsis muaj npe nyob hauv qab no nws twb yog vim tias peb tshawb tau lawv cov nyiaj tau lawm thiab tsis tas muaj lwm cov ntaub ntawv qhia txog nyiaj tau rau tus neeg ntawd lawm.

[Pre-Populated Name:]

Peb cov ntaub ntawv qhia tias tus neeg no qhov nyiaj tau raws hli yog: _____.

Qhov kwv yees no qhia txog hom nyiaj tau thiab tau pes tsawg. Thov qhia rau peb paub seb cov lus qhia no yog los sis puas tau hloov. Yog tias cov lus qhia no tau hloov lawm, thov qhia rau peb txog cov lus qhia uas yog.

Nyaj Tau 1 _____

Qhov no puas yog? Yog Tsis yog

Tau txais heev npaum cas? _____

Yog tias tsis yog, sau cov lus qhia yog _____

Nyaj Tau 2 _____

Qhov no puas yog? Yog Tsis yog

Tau txais heev npaum cas? _____

Yog tias tsis yog, sau cov lus qhia yog _____

Nyaj Tau 3 _____

Qhov no puas yog? Yog Tsis yog

Tau txais heev npaum cas? _____

Yog tias tsis yog, sau cov lus qhia yog _____

Thov sau rau hauv qab no txog cov nyiaj tau ntxiv uas koj xav tias yuav tau uas tsis muaj nyob rau saud:

Cov Nyiaj Uas Pauv Mus Pauv Los

Koj tau qhia rau peb tias koj qhov nyiaj pauv ib hlis rau ib hlis thiab tau qhia rau peb qhov koj kwv yees tias koj yuav tau nyiaj li cas rau 12 lub hlis tas los. Tsaib no, koj tau qhia rau peb tias koj qhov nyiaj yuav yog _____.

Qhia rau peb seb koj xav tias koj qhov nyiaj tau ntawm lub xyoo no yuav yog li cas? _____

Cov Nqi/Cov Nyiaj Txiaiv Tawm Rau Se

Peb cov ntaub ntawv qhia tias tus neeg no tau cov nqi rau se (nyiaj txiaiv tawm) tsaib no. Thov qhia rau peb paub seb qhov no puas yuav zoo tib yam li qub rau xyoo tom ntej no los sis tsis zoo:

Cov Nyiaj Txiaiv Tawm Rau Se 1 _____

Qhov no puas yog? Yog Tsis yog

Them heev npaum li cas? _____

Yog tias tsis yog, sau cov lus qhia uas yog _____

Cov Nyiaj Txiaiv Tawm Rau Se 2 _____

Qhov no puas yog? Yog Tsis yog

Them heev npaum li cas? _____

Yog tias tsis yog, sau cov lus qhia uas yog _____

Cov Nyiaj Txiaiv Tawm Rau Se 3 _____

Qhov no puas yog? Yog Tsis yog

Them heev npaum li cas? _____

Yog tias tsis yog, sau cov lus qhia uas yog _____



MUAJ LUS NUG? Hu rau [state agency name] ntawm [1-800-XXX-XXXX]. Hu dawb xwb. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Koj hu tau [days and hours of operation]. Los sis mus xyuas ntawm [web address]

4

Lwm Qhov Kev Tuav Pov Hwm Kho Mob

Thov qhia rau peb paub seb cov lus qhia hauv qab no puas tseem yog. Yog tias ib tug neeg hauv koj tsev neeg tau lwm qhov kev tuav pov hwm kho mob tam sim no lawm uas TSIS muaj nyob rau hauv qab no, thov sau rau hauv qab no.

Npe	Hom Kev Tuav Pov Hwm	Koj Puas Tseem Tau Qhov Kev Pov Hwm No?
		<input type="checkbox"/> Tau <input type="checkbox"/> Tsis tau
		<input type="checkbox"/> Tau <input type="checkbox"/> Tsis tau

Raug Kaw

Peb cov ntaub ntawv qhia tias muaj ib tug los sis ntau tshaj ib tug neeg hauv koj tsev neeg tau raug kaw. Qhov lus qhia no puas yog?

	<input type="checkbox"/> Raug <input type="checkbox"/> Tsis raug
	<input type="checkbox"/> Raug <input type="checkbox"/> Tsis raug

Tuag Lawm

Peb cov ntaub ntawv qhia tias muaj ib tug los sis ntau tshaj ib tug neeg hauv koj tsev neeg tau tuag lawm. Qhov lus qhia no puas yog?

	<input type="checkbox"/> Raug <input type="checkbox"/> Tsis raug
	<input type="checkbox"/> Tau <input type="checkbox"/> Tsis tau



7

Lwm Cov Kev Hloov Hauv Tsev Neeg

Puas muaj leej twg hauv koj tsev neeg uas muaj hnuv nyooq li ntawm 18 mus rau 26 xyoo thiab tau nyob nrog niam qhuav txiv qhuav, tsis hais nyob hauv lub xeev twg li, thaum nws muaj 18 xyoo los sis tau plam txoj kev pab los ntawm niam qhuav txiv qhuav, tsis hais nyob hauv lub xeev twg li, vim tias tau muaj hnuv nyooq txog qhov laus tshaj uas pub txog lawm xwb?

Muaj Tsis muaj **Yog tias muaj**, leej twg? _____

Puas muaj ib tug neeg nyob hauv koj tsev neeg uas muaj hnuv nyooq 19 txog 20 xyoo thiab mus kawm ntawv puv sij hawm (full-time)?

Muaj Tsis muaj **Yog tias muaj**, leej twg? _____

Puas muaj ib tug neeg hauv koj tsev neeg uas muaj kev tsis taus ntawm cev, saum hlwb, ntawm kev xav, los sis kev loj hlob?

Muaj Tsis muaj **Yog tias muaj**, leej twg? _____

Puas muaj ib tug neeg hauv koj tsev neeg uas xav tau kev pab txog kev tu xyuas mus ntev los sis cov kev pab hauv tsev thiab hauv ib qho chaw uas coob tus neeg los ua ke?

Muaj Tsis muaj **Yog tias muaj**, leej twg? _____

Puas muaj leej twg hauv tsev neeg uas cev xeeb tub?

Muaj Tsis muaj **Yog tias muaj**, leej twg? _____

Yog tias muaj, nws yuav los so thaum twg? _____

Yuav yug pes tsawg tus me nyuam? _____

Puas muaj leej twg hauv koj tsev neeg tau nkag los los sis tawm hauv lub tsev mus li ntawm 12 lub hlis tas los?

Muaj Tsis muaj **Yog tias muaj**, leej twg? _____

Koj txheeb tus neeg no li cas? _____

Cov neeg no puas xav thov Medi-Cal?

Xav Tsis Xav **Yog tias xav**, leej twg? _____

Yog tias muaj ib tug neeg hauv koj tsev neeg uas tam sim no tau Medi-Cal es tau ntawv nyob hauv teb chaws raug cai los sis tau xam xaj tsis ntev los no hauv 12 lub hlis tas los, sau lub (cov) npe rau hauv qab no:

[Redacted area with a vertical dotted line]



NQE LUS TXOG QHOV TSIIS PUB LWM TUS NEEG PAUB

Daim ntawv rov ntxiv no yog rau kev rov ntxiv cov kev pab los ntawm Tuam Tsev Muab Cov Kev Pab Kho Mob (Department of Health Care Services (DHCS)) thiab los txiav txim txog kev tsim nyog rau kev tuav pov hwm kho mob los ntawm Covered California. Cov ntaub ntawv txog tus kheej thiab cov ntaub ntawv kho mob mas tsis pub lwm tus neeg paub. Covered California los sis DHCS yuav tsum tau cov no los qhia seb koj thiab lwm cov neeg hauv tsev neeg hauv daim ntawv rov ntxiv no yog leej twg thiab los khiav peb cov kev pab. Peb yuav qhia tawm cov lus qhia txog koj nrog xeev, nom tswv teb chaws, thiab zos cov koom haum, cov neeg muaj kev cog lus, cov chaw muab kev pab them nqi kho mob, thiab cov kev pab xwb kom thiab li muab koj rau npe koom tau rau hauv ib txoj kev pab them nqi los sis ib qho kev pab los sis los khiav cov kev pab, thiab nrog lwm cov koom haum uas yog xeev thiab nom tswv teb chaws li raws li txoj cai kom yuav tsum tau ua.

Koj yuav tsum tau teb tag nrho cov nqe lus nug nyob hauv daim ntawv rov ntxiv no tshwj tsis yog tias tau cim tias "tsis teb los tau." Yog tias koj daim ntawv rov ntxiv ntawd tsis muaj ib yam uas peb yuav tsum tau, peb yuav hais koj kom muab tuaj rau peb. Yog tias koj tsis muab tuaj, peb yuav txiav txim tsis tau rau koj qhov kev rov ntxiv. Tej zaum koj yuav tau xa ib daim ntawv thov tshiab tuaj, los sis tej zaum koj yuav tsis tau kev tuav pov hwm kho mob los ntawm Covered California, los sis koj daim ntawv thov rov ntxiv cov kev pab yuav raug tsis pom zoo rau.

Feem ntau, koj muaj cai saib cov ntaub ntawv ntawm ntiag tus txog koj uas nyob hauv nom tswv teb chaws thiab xeev cov ntaub ntawv. Koj saib tau ua lwm yam ntawv (xws li ua cov ntawv loj) yog tias koj xav tau qhov ntawd. Yog xav paub ntxiv los sis xav saib Covered California cov ntaub ntawv, nug tau Tus Neeg Saib Xyuas Txog Kev Tiv Thaiv Ntaub Ntawv (Privacy Officer) ntawm:

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,
contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Xeev thiab nom tswv teb chaws cov cai no muab txoj cai rau peb los sau thiab khaws cov lus qhia nyob hauv daim ntawv rov ntxiv: Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Peb yuav tsum tau muab Nqe Lus Txog Kev Tiv Thaiv Ntaub Ntawv no rau koj raws li hauv CA Civil Code § 1798.17.

Koj yuav nrhiav tau Tsaib Ntawv Qhia Txog Cov Kev Siv Cov Ntaub Ntawv Kho Mob (Notices of Privacy Practices) rau Medi-Cal txoj kev pab ntawm www.dhcs.ca.gov thiab rau Covered California ntawm www.CoveredCA.com.

COV CAI THIAB COV DEJ NUM

Cov lus qhia uas kuv tau muab hauv daim ntawv rov ntxiv no mas nws yeej muaj tseeb raws li qhov kuv paub. Kuv paub tias kuv yuav raug nplua yog tias kuv tsis qhia qhov tseeb.

Kuv nkag siab tias cov lus qhia uas kuv muab tsuas yuav siv los xyuas seb cov neeg hauv kuv tsev neeg uas thov kev pab kom rov ntxiv ntawd puas yuav tsim nyog xwb.

Kuv nkag siab tias Covered California thiab Medi-Cal txoj kev pab yuav khaws kuv cov ntaub ntawv cia kom tsis pub lwm tus neeg paub, raws li txoj cai kom yuav tsum tau ua. Yog xav paub ntxiv, los sis xav saib cov ntaub ntawv txog ntiag tug hauv cov ntaub ntawv uas ceev tseg los ntawm Medi-Cal txoj kev pab thiab Covered California, kuv nug tau kuv lub nras qhov chaw muab kev pab neeg los sis kuv hu tau rau Covered California Tus Neeg Saib Xyuas Txog Kev Tiv Thaiv Ntaub Ntawv (Privacy Officer) ntawm 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

Kuv nkag siab tias yuav kom tsim nyog rau Medi-Cal, kuv yuav tsum tau thov lwm cov nyiaj los sis kev pab uas kuv los sis ib tug neeg hauv kuv tsev neeg muaj cai tau, tshwj tsis yog tias nws muaj ib qho laj thawj zoo es thiab li tsis thov. Cov kev piv txwv ntawm cov nyiaj los sis kev pab mas muaj xws li nyiaj laus pensions, nyiaj pab los ntawm nom tswv, nyiaj tau thaum so hauj lwm, nyiaj qub tub rog, nyiaj them raws xyoo, nyiaj tsis taus, nyiaj Social Security (tseem hu ua OASDI los sis Kev Tuav Pov Hwm Rau Cov Hnub Nyoog Laus, Cov Neeg Ntawm Tus Neeg Nruam Sim, thiab Nyiaj Tsis Taus) (Old Age, Survivors, and Disability Insurance), thiab nyiaj poob hauj lwm. Tiam sis cov nyiaj los sis cov kev pab no tsis suav cov nyiaj pab pej xeem, xws li CalWORKs los sis CalFresh. Yog tias kuv muaj lus nug txog qhov uas tej zaum yuav tau nyiaj, kuv yuav hu tau rau kuv lub nras qhov chaw muab kev pab neeg los sis Covered California ntawm 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) kom muab kev pab.

Kuv paub tias kuv yuav tsum tau qhia rau Covered California los sis kuv qhov Medi-Cal lub nras qhov chaw muab kev pab neeg txog cov kev hloov hauv cov lus qhia uas kuv tau hais hauv daim ntawv rov ntxiv no. Yog xav qhia txog cov kev hloov, kuv yuav hu tau rau kuv lub nras qhov chaw muab kev pab neeg. Los sis kuv yuav hu tau rau Covered California ntawm 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) los sis mus xyuas ntawm CoveredCA.com.

Kuv paub tias Covered California los sis Medi-Cal qhov kev pab mas yuav tsum tau tsis txhob ntxub ntxaug kuv los sis ib tug neeg hauv daim ntawv rov ntxiv no vim haiv neeg, tawv nqaj, yug teb chaws twg, kev ntseeg ntuj, hnub nyoog, poj niam los yog txiv neej, kev nyiam ua poj niam los sis txiv neej, kev muaj txij nkawm los sis tsis muaj, los sis kev tsis taus. Yog tias kuv xav tias Covered California los sis Medi-Cal txoj kev pab tau ntxub ntxaug kuv, nrog rau qhov tsis kam muab cov kev pab uas tsim nyog raws li hauv xeev thiab nom tswv teb chaws txoj cai, kuv yuav teev tau ib daim ntawv tsis txaus siab los ntawm qhov nug rau Teb Chaws Mis Kas Tuam Tsev Xyuas Cov Kev Pab Rau Txoj Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Neeg ntawm www.hhs.gov/ocr/office/file los sis California Office of the Attorney General ntawm <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.

Yog kuv ntseeg tias Covered California los sis Medi-Cal txoj kev pab tau ntxub ntxaug kuv los sis ib tug neeg hauv daim ntawv rov ntxiv no uas txuam nrog rau Medi-Cal txoj kev txiav txim txog kev tsim nyog, kuv tseem yuav teev tau ib daim ntawv tsis txaus siab nrog rau Tuam Tsev Xyuas Txog Cov Kev Pab Kho Mob (Department of Health Care Services), Chav Fai Txog Pej Xeem Cov Cai (Office of Civil Rights) uas hu rau 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).



Kuv nkag siab tias cov kev hloov hauv cov lus qhia txog kuv los sis cov lus qhia txog ib tug neeg hauv tus neeg thov kev pab tsev neeg tej zaum yuav muaj feem cuam tshuam rau lwm cov neeg hauv tsev neeg.

Yog hais tias thov Medi-Cal, kuv lees tias tsis muaj ib tug neeg twg uas thov kev tuav pov hwm kho mob hauv daim ntawv rov ntxiv no raug kaw, tom qab txiav txim tas rau, hauv tsev loj kuj, tsev kaw neeg, los sis lwm lub tsev rau txim rau neeg uas muaj ntsis zoo li no los sis ib lub tsev kaw cov neeg ua txhaum cai.

Kuv nkag siab tias kuv yuav tsum tau qhia txog cov kev hloov hauv nyiaj tau rau kuv qhov Medi-Cal lub nras qhov chaw muab kev pab neeg los sis Covered California vim tias tej zaum nws yuav muaj feem cuam tshuam rau txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal cov kev pab los sis qhov nyiaj pab them nqi muas (los sis tax credits) uas tej zaum kuv yuav tsim nyog tau txais. Kuv tseem nkag siab tias yog tias kuv tau txais kev pab them tus nqi muas (los sis tax credits) ntau heev lawm hauv lub xyoo tau kev pab, kuv yuav tau them cov nyiaj pab them tus nqi muas ua tshaj ntawd rov qab rau IRS thaum kuv ua kuv daim ntawv ua se nom tswv rau xyoo tau kev pab.

Kuv tso cai rau Medi-Cal txoj kev pab los sis Covered California mus xyuas nrog lwm lub koom haum cov ntau ntawv hauv computer los tshawb qhov tseeb txog kev ua xam xaj, kev tuaj nyob teb chaws raug cai, thiab lwm cov ntau ntawv hais txog kev tsim nyog xwb los xyuas seb kuv thiab lwm cov neeg hauv daim ntawv rov ntxiv no puas tsim nyog rau kev tuav pov hwm kho mob. Yog hais tias muaj ib tug neeg hauv daim ntawv rov ntxiv no tsim nyog rau Medi-Cal:

Kuv paub tias yog tias Medi-Cal them rau cov nqi kho mob, cov nyiaj uas kuv los sis ib tug neeg nyob hauv daim ntawv rov ntxiv no tau los ntawm lwm qhov kev tuav pov hwm kho mob los sis kev sib foob uas muaj feem rau qhov nqi ntawd yuav them mus rau Medi-Cal ua nqi them rau cov nqi kom txog thaum uas them tag cov nqi. Rau cov niam txiv uas nws tus me nyuam los sis cov me nyuam tsim nyog rau Medi-Cal:

Kuv paub tias yuav kom kuv pab lub koom haum sau cov nyiaj them nqi kho mob los ntawm leej niam los sis leej txiv hauv daim ntawv rov ntxiv no uas tsis nyob nrog tus me nyuam thiab tsis xa nyiaj tuaj pab tus me nyuam. Yog tias kuv xav tias kev pab yuav muaj kev ua phem rau kuv los sis kuv cov me nyuam, kuv qhia tau rau Medi-Cal txoj kev pab thiab kuv yuav tsis tau pab.

Koj txoj cai thov kom rov txiav txim dua: Yog koj xav tias Covered California los sis Medi-Cal txoj kev pab tau ua yuam kev lawm, kuv yuav thov tau kom rov txiav txim dua rau qhov kev txiav txim ntawd. Kev thov kom rov txiav txim dua txhais tias qhia rau ib tug neeg hauv Covered California los sis Medi-Cal txoj kev pab tias kuv xav tias qhov kev txiav txim tsis yog lawm thiab thov kom muaj ib qho kev soj ntsuam ncaj ncees txog qhov kev txiav txim.

Tus Neeg Thov Kev Pab los sis Tus Neeg Tau Kev Tso Cai Los Sawv Cev Kos Npe

Hnub tim thiab Qhov Chaw: a _____

Kos Npe: _____

Kuv paub tias kuv yuav nrhiav tau seb yuav thov kom rov qab txiav txim dua tau li cas los ntawm qhov hu rau 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) rau Medi-Cal txoj kev pab los sis hu rau 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) rau cov neeg rau npe koom hauv Covered California.

Kuv paub tias kuv yuav tsum tau teev ib daim ntawv thov kom rov txiav txim dua li ntawm 90 hnub tom qab txiav txim. Kuv paub tias kuv yuav sawv cev tau kuv tus kheej los sis kom ib tug neg los sawv cev kuv hauv kuv txoj kev thov kom rov txiav txim dua, xws li ib tug neeg uas kuv tso cai rau, ib tug phooj ywg, ib tug txheeb ze, los sis ib tug kws lij choj.

Kuv paub tias yog tias kuv xav tau kev pab, ib tug neeg hauv Covered California, Medi-Cal txoj kev pab, los sis lub nras qhov chaw muab kev pab neeg yuav pab tshab txhais kuv qhov teeb meem rau kuv.

LUS PLOV MEEJ

Kuv ploj meej raws li kev rau txim yog tias dag hauv lub Xeev California cov cai tias qhov kuv hais hauv qab no yeej muaj tseeb thiab yog.

Kuv nkag siab tag nrho cov lus nug hauv daim ntawv rov ntxiv no thiab tau muab cov lus teb uas muaj tseeb thiab yog raws li qhov kuv paub. Qhov uas kuv tsis paub teb, kuv tau sim nug ib tug neeg uas paub teb ntawd kom paub tias nqe lus teb yeej yog.

Kuv paub tias yog kuv tsis qhia qhov tseeb hauv daim ntawv rov ntxiv no, tej zaum yuav raug lub txim nplua rau pej xeem los sis rau kev ua txhaum cai rau kev dag uas tej zaum yuav muaj raug kaw hauv tsev loj kuj mus txog plaub xyoos. (Saih hauv California Penal Code Section 126.)

Kuv paub tias yuav siv cov lus qhia hauv daim ntawv rov ntxiv no los txiav txim seb cov neeg uas thov kev pab puas tsim nyog rau kev tuav pov hwm kho mob. Medi-Cal txoj kev pab thiab Covered California yuav ceev cov lus qhia kom tsis txhob muaj leej twg paub, raws li nom tswv teb chaws thiab California txoj cai kom yuav tsum tau ua.

Kuv pom zoo qhia rau Medi-Cal txoj kev pab los sis kuv qhov Medi-Cal lub nras qhov chaw muab kev pab neeg los sis Covered California uas hu rau 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) los sis mus xyuas ntawm CoveredCA.com yog tias muaj dab tsi hloov hauv daim ntawv rov ntxiv no rau ib tug neeg ua thov kev tuav pov hwm kho mob.



[INSERT DATE]

이 통지문을 다른 언어로, 큰 활자체로, 또는 귀하에게 가장 적합한 다른 형태로 받아보실 수 있습니다. [1-800-XXX-XXXX](으)로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

귀하의 Medi-Cal 보험 보장을 갱신하실 시기입니다. 귀하의 내년 Medi-Cal 유지를 도울 수 있도록 귀하의 정보가 필요합니다.

다음의 방법들 중 하나를 선택하여 Medi-Cal을 갱신하실 수 있습니다

- **우편으로:** 이 양식을 작성하여 아래의 곳으로 우편으로 보내주십시오:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- **직접 인편으로:** 다음 저희 사무소를 방문 —
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
사무소 운영시간은 [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday]입니다.
- **온라인:** 온라인으로 갱신하는 것은 빠르고 쉽습니다.
www.coveredca.com 또는 [SAWS online portal]로 가서서 문서를 업로드하십시오.

이 양식 작성 방법

귀하 또는 귀하의 가족이 계속해서 Medi-Cal 보험 보장을 받으실 수 있도록, 양식 상의 정보에 변경 사항이 있는지 여부를 알려주셔야 합니다.

1. 귀하와 귀하의 가족에 대한 정보를 검토하고 변경 사항을 알려 주십시오.
2. 변경 사항이 없더라도 최신 정보를 담고 있는 문서의 사본을 보내 주시거나 업로드해 주십시오.
3. [INSERT DATE]까지 이 양식을 제출하거나 온라인으로 정보를 제공해 주십시오.
4. 우편으로 이 양식을 제출하시는 경우 [INSERT PAGE #] 페이지의 양식에 서명을 하셔야 합니다.

저희가 정보를 필요로 하는 사람


귀하와 함께 살고 있거나, 귀하가 세금을 신고하는 경우 소득신고서에 올라가 있는 모든 가족 구성원에 대한 최신 정보가 필요합니다. 다음 사람으로부터의 정보가 필요합니다:

- 현재 Medi-Cal에 가입되어 있는 가구원
 - 신청을 원하는 가구원
 - 저희는, 귀하와 함께 살고 있거나 소득신고서에 이름이 올라 있는 분, Medi-Cal에 가입되어 있지 않고 Medi-Cal 가입 신청을 원하지 않는 분에 대한 정보가 필요할 수 있습니다. 제공된 정보는 사적인 것으로 유지되며 Medi-Cal을 유지하거나 신청하기를 원하는 가구원을 돕기 위해서만 사용됩니다.
- Medi-Cal을 신청하거나 갱신하기 위해 소득신고서를 G 제출할 필요는 없습니다. G**

본인의 정보가 다르다면 어떻게 됩니까?

가구원 중에 양식 상의 정보가 변경되어 Medi-Cal 자격이 없는 경우, 귀하 또는 다른 가구원이, 보장받는 캘리포니아 (Covered California) 등 다른 적합한 건강보험 보장을 받을 자격이 있는지 확인하기 위해 저희는 귀하의 새로운 정보를 활용하게 됩니다. 귀하의 정보는 사적인 것으로

유지되며 귀하나 가구원이 적합한 건강보험 보장을 받을 자격이 있는지 확인하는 데에만 사용됩니다. 귀하에게 가장 적합한 건강보험을 찾아드리기 위해 더 많은 정보가 필요할 수도 있습니다. Medi-Cal을 신청하거나 갱신하기 위해 소득신고서를 제출할 필요는 없습니다.

 질문 있으십니까? [state agency name] 에 [1-800-XXX-XXXX] (으)로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. [days and hours of operation] 사이에 연락하실 수 있습니다. 또는 [web address]를(을) 방문하십시오

소득과 비용

전자 데이터 소스에서 저희가 확보하고 있는 귀하 또는 귀하의 가구원에 대한 아래 소득을 이용하여 귀하의 Medi-Cal을 갱신할 수 없었습니다. 아래의 정보가 맞는지 여부를 알려 주십시오. 최근의 소득 내역을 알 수 있는 서류가 필요합니다. 세전 또는 공제 전 수입 내역을 알려주는 다음과 같은 증명서 중 하나를 첨부해 주십시오: 최근의 급여 명세서, 급여 서신 또는 수여 서신, 고용주로부터 받은 수표나 고용주가 서명한 내역서, 또는 지난해의 소득신고서. 자영업 소득인 경우, 최근 소득신고서나 손익계산서 사본을 보내주십시오.

아래의 소득 정보는 저희가 달리 확인할 수 없었던 귀하 가구원들만에 대한 것입니다. 저희가 소득을 확인할 수 있었기 때문에 귀하의 가구원이 아래에 기재되지 않은 경우라면, 그 가구원에 대해서는 다른 소득 정보가 요구되지 않습니다.

[Pre-Populated Name:]

우리의 기록에 따른 이 분의 월 소득: _____.

이 추정치에는 아래의 수입원과 금액이 포함됩니다. 이 정보가 맞는지의 여부 또는 변경 여부를 알려 주십시오. 변경 사항이 있으면 맞는 정보를 알려 주십시오.

소득 1 _____

얼마나 자주 받습니까? _____

이게 맞습니까? 네 아니요

그렇지 않다면 맞는 정보를 입력하십시오 _____

소득 2 _____

얼마나 자주 받습니까? _____

이게 맞습니까? 네 아니요

그렇지 않다면 맞는 정보를 입력하십시오 _____

소득 3 _____

얼마나 자주 받습니까? _____

이게 맞습니까? 네 아니요

그렇지 않다면 맞는 정보를 입력하십시오 _____

위에 표시되어 있지 않은 예상되는 추가 소득을 아래에 기재해 주십시오.

변동 소득 G

귀하는 소득이 매달 변동된다고 했으며, 지난 12개월 동안에 대해 예상했던 소득 추정치를 알려 주신 바 있습니다. 작년에, 귀하는 소득이 다음의 금액이 될 것이라고 하셨습니다. _____.

이 해 동안 귀하의 소득이 얼마가 될 것으로 생각되시는지 말씀해 주십시오. _____.

비용/세금 공제

우리의 기록에 따르면, 이 분의 지난해 세금 비용 (공제액) 이 다음과 같았습니다. 이 금액이 다음 해에도 같을 것인지 여부를 알려 주십시오.

세금 공제 1 _____

얼마나 자주 지불됩니까? _____

이게 맞습니까? 네 아니요

그렇지 않다면 맞는 정보를 입력하십시오 G _____

세금 공제 2 _____

얼마나 자주 지불됩니까? G _____

이게 맞습니까? 네 아니요


그렇지 않다면 맞는 정보를 입력하십시오 _____

세금 공제 3 _____

얼마나 자주 지불됩니까? G _____

이게 맞습니까? 네 아니요

그렇지 않다면 맞는 정보를 입력하십시오 _____

 질문 있으십니까? [state agency name] 에 [1-800-XXX-XXXX] (으)로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. [days and hours of operation] 사이에 연락하실 수 있습니다. 또는 [web address]를(을) 방문하십시오

4

다른 건강보험

아래의 정보가 여전히 맞는지 여부를 알려 주십시오. 가족 중에 누군가가 현재, 아래에 기재되어 있지 않은 다른 건강보험에 가입되어 있다면 아래에 적어 주십시오.

성명	보험의 종류	아직 이 보험에 가입되어 있습니까?
		<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요
		<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요

투옥

우리의 정보에 따르면, 귀하의 가구에서 한 명 이상이 투옥되어 있는 것으로 되어 있습니다. 이 정보가 맞습니까?

	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요
	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요

사망

우리의 정보에 따르면, 귀하의 가구에서 한 명 이상이 사망한 것으로 되어 있습니다. 이 정보가 맞습니까?

	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요
	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요

7 가구의 다른 변화

가구원 중에서 18세와 26세 사이에 속하고, 그 사람의 18세 생일에 어떤 주에서든 위탁 양육(foster care) 중에 있었거나 제한 연령에 도달하여 어느 주에서든 위탁 양육 지원을 상실한 사람이 있습니까?

네 아니요 **그럴 경우, 누구입니까?** _____

가구원 중에 19세 내지 20세로서 정규 학생이 있습니까?

네 아니요 **그럴 경우, 누구입니까?** _____

가구원 중에 신체적, 정신적, 정서적 또는 발달 장애를 앓고 있는 사람이 있습니까?

네 아니요 **그럴 경우, 누구입니까?** _____

가구원 중에 장기적 보살핌이나 가정 및 공동체 기반 서비스가 필요한 사람이 있습니까?

네 아니요 **그럴 경우, 누구입니까?** _____

가구원 중에 임신한 사람이 있습니까?

네 아니요 **그럴 경우, 누구입니까?** _____

그럴 경우, 예정 출산일은 언제입니까? _____

몇 명의 아기를 낳을 예정입니까? _____

귀하의 가구에서 지난 12개월 동안 집으로 이전해 오거나 집을 나간 사람이 있습니까?

네 아니요 **그럴 경우, 누구입니까?** _____

이 사람과는 어떤 관계입니까? _____

이들 중에 Medi-Cal 신청을 원하는 사람이 있습니까?

네 아니요 **그럴 경우, 누구입니까?** _____

현재 Medi-Cal에 가입되어 있는 가구원 중에 지난 12개월 동안 합법적인 이민 지위나 시민 자격을 받은 사람이 있다면 아래에 성명을 기재해 주십시오:

프라이버시 확인

이 갱신 양식은 보건서비스부(Department of Health Care Services (DHCS))를 통한 급부 혜택을 갱신하고 ‘보장받는 캘리포니아’(Covered California)를 통한 건강보험 자격 여부를 결정하기 위한 것입니다. 이를 위해 귀하가 제공하는 개인 정보 및 의료 정보는 사적인 것으로서 비밀이 보장됩니다. 보장 Covered California 또는 DHCS는 귀하와 이 갱신 양식에 있는 다른 사람들을 확인하여 우리 프로그램에서 관리할 필요가 있습니다. 우리는 귀하를 건강보험이나 프로그램에 가입시키거나 프로그램을 관리하기 위한 목적으로써만 귀하의 정보를 다른 정부기관(주, 연방, 지방자치단체)이나 계약자, 건강보험, 건강보험 프로그램과 공유하며, 또한 법적으로 요구될 때 다른 정부기관(주, 연방)과 공유합니다.

“선택적”이라고 표시가 되어 있지 않은 한, 귀하는 이 갱신 양식의 모든 질문에 답을 하셔야 합니다. 귀하의 갱신 양식에 필수 사항이 어느 것이라도 빠져 있으면 그 정보를 알아내기 위해 저희가 연락을 드릴 것입니다. 귀하가 필수 사항을 제공하지 않을 경우 저희로서는 귀하의 갱신에 대해 결정을 할 수 없습니다. 신청서를 새로이 제출해야 할 수 있으며, 그렇게 하지 않으면 보장받는 캘리포니아(Covered California)를 통해 건강보험에 가입하지 못하거나 급부 혜택 갱신 신청이 거절될 수 있습니다.


대개의 경우 귀하는 연방 기록 및 주 기록에 있는 귀하의 개인정보를 확인할 권리가 있습니다. 필요시 다른 형식(예: 큰 활자체)으로 조회할 수 있습니다. 더 자세한 정보가 필요하시거나 보장받는 캘리포니아(Covered California)기록을 보시려면 아래의 프라이버시 책임자에게 연락하십시오:

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,
contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

갱신 양식에 포함된 정보를 수집하고 보호할 우리의 권리는 아래의 주법 및 연방법에 근거합니다: Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. 저희는 CA Civil Code § 1798.17에 따라 이 프라이버시 선언서를 귀하에게 제공할 의무가 있습니다

Medi-Cal 프로그램을 위한 프라이버시 관행에 대한 공지는 www.dhcs.ca.gov 에서, 그리고 **보장받는** 캘리포니아는 www.CoveredCA.com 에서 확인하실 수 있습니다.

 질문 있으십니까

권리와 책임

이 갱신 양식에 기입한 내용은 본인이 알고 있는 한 사실입니다. 사실과 다를 경우 본인이 법적 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.

본인은, 본인이 제공하는 정보가 건강보험 갱신을 신청하는 가족이 자격이 되는지 여부를 확인하는 데에만 사용될 것이라는 것을 이해하고 있습니다.

본인은, 보장받는 캘리포니아(Covered California) 및 Medi-Cal 프로그램이 법의 요구에 따라 본인의 정보를 사적인 것으로 취급할 것이라는 것을 이해하고 있습니다. 본인은, 더 자세한 정보가 필요하거나 Medi-Cal 프로그램 및 보장받는 캘리포니아(Covered California)가 관리하고 있는 기록에서 개인 정보를 보려면 본인 카운티의 사회복지사에게 연락하거나 보장받는 캘리포니아(Covered California) 프라이버시 책임자에게 다음의 번호로 연락할 수 있습니다: 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

본인이 Medi-Cal 가입 자격이 되려면, 그렇게 하지 않을 타당한 사유가 없는 한 본인 또는 본인의 세대 구성원에게 가능한 기타 소득이나 급부를 본인의 신청해야 한다는 것을 이해하고 있습니다. 그러한 소득 또는 급부의 예로는 연금(pension), 정부 급부, 퇴직소득, 퇴역군인 급여, 연금 보험(annuities), 장애인 급여, 사회보장급여(또한 OASDI 또는 Old Age, Survivors, and Disability Insurance라고도 함), 실업급여 등이 있습니다. 하지만 CalWORKs 또는 CalFresh와 같은 공공부조 급여는 그러한 소득이나 급여에 포함되지 않습니다. 가능한 소득원에 대해 문의 사항이 있으면, 본인 카운티의 사회복지사나 보장받는 캘리포니아(Covered California)에 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하여 도움을 받을 수 있습니다.

이 갱신 양식에서 본인이 진술한 내용 중에 변경된 것이 있으면 보장받는 캘리포니아(Covered California) 또는 본인의 Medi-Cal 카운티 사회복지 사무소에 알려야 한다는 것을 알고 있습니다. 변경 사항을 신고하기 위해, 본인의 카운티 사회복지 사무소에 연락할 수 있습니다. 또는 보장받는 캘리포니아(Covered California)에 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하거나 CoveredCA.com을 방문할 수 있습니다.

본인은, 보장받는 캘리포니아(Covered California) 또는 Medi-Cal 프로그램이 인종, 피부색, 국적, 종교, 연령, 성별, 성적 경향, 결혼 여부, 퇴역군인 여부 또는 장애를 이유로 본인 또는 이 갱신 양식의 누군가를 차별하면 안 된다는 것을 알고 있습니다. 보장받는 캘리포니아(Covered California) 또는 Medi-Cal 프로그램이 주법과 연방법에서 요구하는 합리적인 권장 내용을 제공하지 못하는 등 차별적으로 이행되는 경우 미국 보건부 웹사이트 www.hhs.gov/ocr/office/file 또는 캘리포니아 검찰총장실 웹사이트 <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form> 을 통해 이의를 제기할 수 있습니다.

또한, 보장받는 캘리포니아(Covered California) 또는 Medi-Cal 프로그램이 Medi-Cal 자격 결정과 관련하여 본인 또는 갱신 양식에 있는 누군가를 차별했다고 생각된다면, 건강관리서비스부(Department of Health Care Services) 시민권리실(Office of Civil Rights)에 다음의 번호로 연락하여 이의를 제기할 수도 있습니다: 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).

신청자 본인 또는 신청자 세대원에 대한 정보에 변동사항이 있을 경우 다른 세대원의 자격에 영향을 줄 수 있음을 이해합니다.

Medi-Cal에 신청하는 경우, 이 갱신 양식으로 건강보험을 신청하는 그 누구도 기소(재판) 처분이 이루어진 후에 구치소, 형무소 또는 유사한 교도 시설이나 교정 시설에 수감되지 않았음을 확인합니다.

본인이 받을 자격이 있을 수도 있는 Medi-Cal 급부 혜택이나 보험료 지원금(또는 세금 공제) 자격에 영향을 미칠 수 있기 때문에 Medi-Cal 카운터 사회복지 사무소나 보장받는 캘리포니아(Covered California)에 소득 변경을 신고해야 한다는 것을 이해하고 있습니다. 또한, 수혜 연도에 너무 많은 보험료 지원금(또는 세금 공제)을 받으면 수혜 연도의 연방 소득세를 신고할 때 IRS에 과다한 보험료 지원금을 상환해야 한다는 것을 이해하고 있습니다.

본인은, Medi-Cal 프로그램 또는 보장받는 캘리포니아(Covered California)가 다른 기관의 컴퓨터 기록을 통해 시민권, 조건이 충족되는 이민 지위, 납세 정보 및 기타 건강보험 자격 획득과 관련되는 정보를 확인할 수 있도록 허락합니다. 갱신 양식 상의 누군가가 Medi-Cal 자격이 있는 경우:

본인은, Medi-Cal이 의료비를 지불하는 경우 이 의료비와 관련하여 본인 또는 이 갱신 양식의 누군가가 수령하게 되는 다른 건강보험이나 법적 합의금은 의료비가 전액 지불될 때까지 Medi-Cal로 가계된다는 것을 알고 있습니다. 자녀가 Medi-Cal 자격이 있는 부모의 경우:

본인은, 자녀와 함께 살고 있지 않으면서 그 자녀를 위해 지원금을 보내지 않는, 갱신 양식 상의 부모로부터 기관이 의료 지원금을 징수하는 것을 도와달라고 하는 요청을 받게 될 것이라는 것을 알고 있습니다. 돕는 것이 본인이나 본인의 자녀에게 피해가 된다고 판단되면 Medi-Cal 프로그램에 얘기하여 도움 필요가 없게 됩니다.

귀하의 이의신청권: 본인이 보장받는 캘리포니아(Covered California) 또는 Medi-Cal 프로그램이 실수로 잘못 결정했다고 생각한다면, 이러한 결정에 대해 이의신청을 할 수 있습니다. 이의신청이란 보장받는 캘리포니아(Covered California) 또는 Medi-Cal 프로그램의 담당자에게 해당 결정이 잘못되었음을 알리고 공정한 재심의를 요청한다는 의미입니다.

본인은, Medi-Cal 프로그램에 대해서는 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349)로, 보장받는 캘리포니아(Covered California)에 대해서는 1-800-300-1506 (TTY:1-888-889-4500)으로 전화하여 이의신청하는 방법을 알아낼 수 있음을 알고 있습니다.

결정이 내려진 후 90일 이내에 이의신청을 제기해야 함을 알고 있습니다. 본인이 직접 이의신청을 하거나 또는 수권대리인, 친구, 친척, 변호사 등의 다른 사람을 대리인으로 내세울 수 있음을 알고 있습니다.

도움이 필요할 경우, 보장받는 캘리포니아(Covered California), Medi-Cal 프로그램, 또는 카운터 사회복지 사무소의 담당자에게 문의하면 본인의 상황에 대해 설명을 받을 수 있음을 알고 있습니다.

선언

본인은 캘리포니아 주법의 위증죄를 무릅쓰고 아래에서 본인이 진술하는 것이 사실이고 옳다는 것을 선언합니다.

갱신 양식 상의 모든 질문들을 이해했으며 아는 한도 내에서 진실하고 맞는 답을 했습니다. 답을 본인 스스로 알지 못하는 경우에는 알고 있는 사람과 함께 답변 내용을 확인하기 위해 합리적인 노력을 기울였습니다.

이 갱신 양식에서 진실을 말하지 않을 경우 장기 4년의 징역을 포함하여 민형사 죄책과 위증죄의 책임을 질 수 있음을 알고 있습니다. (California Penal Code Section 126 참조.)

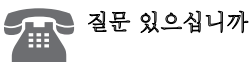
갱신 양식 상의 정보가 신청자의 건강보험 신청 자격 여부를 결정하기 위해 사용될 것이라는 것을 알고 있습니다. Medi-Cal 프로그램과 보장받는 캘리포니아(Covered California)는 연방법 및 캘리포니아 법에 따라 정보를 비밀로 취급할 것입니다.

건강보험을 신청하는 사람에게 갱신 양식 상에 변경 사항이 있을 경우에는 Medi-Cal 프로그램이나 본인의 Medi-Cal 카운터 사회복지 사무소, 또는 보장받는 캘리포니아(Covered California)에 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하거나 CoveredCA.com을 방문하여 통지하기로 동의합니다.

신청인 또는 수권대리인의 서명

일자 및 장소 _____

서명 _____



[INSERT DATE]

Вы можете получить данное уведомление на другом языке, напечатанное крупным шрифтом или в любом другом наиболее подходящем для Вас виде. Позвоните по тел. [1-800-XXX-XXXX]. Звонок бесплатный. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

Пришло время продлить срок действия Вашего страхового покрытия Medi-Cal. Нам необходимо получить от Вас определенную информацию для того, чтобы помочь Вам продлить участие в программе Medi-Cal в следующем году.

Вы можете продлить срок действия Вашей страховки Medi-Cal любым из перечисленных ниже способов

- **По почте:** Заполните данную форму и отправьте ее по адресу:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- **Онлайн:** Продлить сроки действия страхового покрытия онлайн можно быстро и просто. Посетите веб-сайт **www.coveredca.com** или [SAWS online portal], чтобы загрузить свои документы.
- **Лично** Посетите наш офис, расположенный по адресу:
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
Часы работы [с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00].

Как заполнять данную форму

Чтобы удостовериться в том, что Вы или Ваша семья сохраните страховое покрытие Medi-Cal, Вы должны уведомить нас о том, изменилась ли какая-либо информация, представленная в данной форме.

1. Пожалуйста, просмотрите информацию о Вас или членах вашей семьи и уведомите нас о любых изменениях.
2. Вышлите нам по почте или загрузите через интернет копии документов, содержащих актуальную информацию о Вас, даже если она не изменилась.
3. Пришлите данную форму или предоставьте эту информацию онлайн до [INSERT DATE].
4. Если Вы отправляете данную форму по почте, обязательно поставьте свою подпись на странице [INSERT PAGE #].

Чьи сведения нам понадобятся

Нам понадобится актуальная информация о каждом члене Вашей семьи, проживающем вместе с Вами или заявленном в списке Вашей налоговой декларации, в случае если вы подаете таковую. Нам нужна информация от:

1. Членов Вашей семьи, которые имеют страховое покрытие Medi-Cal в настоящее время
2. Членов Вашей семьи, которые хотели бы подать заявление.
3. Нам может понадобиться информация о членах Вашей семьи, проживающих вместе с Вами или заявленных в списке Вашей налоговой декларации, у которых нет страхового покрытия Medi-Cal и которые не хотят подавать заявление на получение страхового покрытия по программе Medi-Cal. Эти сведения будут оставаться конфиденциальными и использоваться только для помощи тем членам Вашей семьи, которые хотят продолжить или подать заявление на участие в программе Medi-Cal.

Для подачи заявления на участие или продления участия в программе Medi-Cal вам не нужно подавать налоговую декларацию.

Что произойдет, если моя информация изменится?

Если кто-либо из членов Вашей семьи не соответствует критериям участия в программе Medi-Cal по причине изменения сведений о нем в данной форме, мы воспользуемся Вашей новой информацией для проверки на предмет соответствия Вас и членов Вашей семьи требованиям другой доступной медицинской страховки, включая Covered California. Эти сведения будут оставаться конфиденциальными и будут

использованы только для проверки соответствия Вас или членов Вашей семьи требованиям доступной медицинской страховки. Нам может понадобиться дополнительная информация от Вас, чтобы подобрать Вам наиболее доступный вид медицинской страховки. Для продления участия в программе Medi-Cal Вам не нужно подавать налоговую декларацию.



ЕСТЬ ВОПРОСЫ? Позвоните в [state agency name] по тел. [1-800-XXX-XXXX]. Звонок бесплатный. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Вы можете звонить [days and hours of operation]. Или посетите веб-сайт [web address]

Страница

Мы не смогли продлить Ваше участие в программе Medi-Cal, используя указанные ниже сведения о Ваших доходах и доходах членов Вашей семьи, содержащиеся в электронных источниках информации. Пожалуйста, сообщите нам, верны ли сведения, указанные ниже. Нам необходима печатная документация, в которой наиболее актуально отражены Ваши текущие доходы. Пожалуйста, приложите любой из следующих документов, отражающих уровень Вашего дохода до вычета налогов и удержаний, последние платежные квитанции, уведомления о льготах или премиях, полученные чеки или подписанное свидетельство от работодателя, либо налоговую декларацию за прошлый год. Если доход получен от самостоятельной предпринимательской деятельности, вышлите копию последней налоговой декларации или отчета о прибыли и убытках.

Приведенная ниже информация о доходах предназначена только для членов Вашей семьи, личность которых мы не можем подтвердить иным способом. Если кто-либо из членов вашей семьи не был внесен в список ниже, это значит, что мы смогли подтвердить его доход и для данного лица другой информации о доходах не требуется.

[Pre-Populated Name:]

По нашим данным, ежемесячный доход этого лица составляет: _____.

Данная оценка включает источники дохода и суммы, указанные ниже. Пожалуйста, сообщите нам, верна ли данная информация или она изменилась. Если информация изменилась, пожалуйста, сообщите нам верные сведения.

Доход 1 _____

Частота получения _____

Верна ли информация? Да Нет

Если нет, введите правильную информацию _____

Доход 2 _____

Частота получения _____

Верна ли информация? Да Нет

Если нет, введите правильную информацию _____

Доход 3 _____

Частота получения _____

Верна ли информация? Да Нет

Если нет, введите правильную информацию _____

Пожалуйста, укажите ниже любой ожидаемый Вами дополнительный доход, который не был указан выше:

Нерегулярные доходы

Вы сообщили нам, что Ваши доходы изменяются каждый месяц, и указали приблизительную сумму Вашего дохода за прошедшие 12 месяцев. В прошлом году Вы сообщили нам, что Ваш доход составил _____.

Сообщите нам, какой доход Вы рассчитываете получить в текущем календарном году. _____

Расходы / налоговые удержания

По нашим данным, в прошлом году у данного человека были следующие затраты на уплату налогов (удержания). Пожалуйста, сообщите, будут ли они такими же в следующем году:

Налоговое удержание 1 _____

Частота выплат _____

Верна ли информация? Да Нет

Если нет, введите правильную информацию _____

Налоговое удержание 2 _____

Частота выплат _____

Верна ли информация? Да Нет

Если нет, введите правильную информацию _____

Налоговое удержание 3 _____

Частота выплат _____

Верна ли информация? Да Нет

Если нет, введите правильную информацию _____



ЕСТЬ ВОПРОСЫ? Позвоните в [state agency name] по тел. [1-800-XXX-XXXX]. Звонок бесплатный. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Вы можете звонить [days and hours of operation]. Или посетите веб-сайт [web address]

4**Другая медицинская страховка**

Пожалуйста, сообщите нам, по-прежнему ли верны сведения, указанные ниже. Если у кого-либо из членов Вашей семьи на данный момент имеется другая медицинская страховка, НЕ включенная в список ниже, пожалуйста, впишите ее ниже.

Имя, фамилия	Тип страховки	По-прежнему ли у Вас имеется данное страховое покрытие?
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Лишение свободы

По нашим сведениям, один или несколько членов Вашей семьи находятся в местах лишения свободы. Верна ли эта информация?

Имя	Находится ли этот человек в местах лишения свободы?
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Умершие

По нашим сведениям, один или несколько членов Вашей семьи скончались. Верна ли эта информация?

	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет



7 Другие перемены в семье

Есть ли в Вашей семье лица в возрасте от 18 до 26 лет, которые находились на патронажном воспитании на момент достижения своего 18-летия или же были лишены данного вида помощи, в любом штате, по причине достижения ими предельного возрастного порога?

Да Нет **Если да**, укажите кто. _____

Есть ли в Вашей семье лица в возрасте от 19 до 20 лет, являющиеся студентами очной формы обучения?

Да Нет **Если да**, укажите кто. _____

Имеет ли кто-либо из членов Вашей семьи нарушения физического, психического, эмоционального характера или пороки развития?

Да Нет **Если да**, укажите кто. _____

Нуждается ли кто-либо из членов Вашей семьи в долгосрочном уходе, услугах по уходу на дому или услугах по месту жительства?

Да Нет **Если да**, укажите кто. _____

Есть ли в Вашей семье беременные?

Да Нет **Если да**, укажите кто. _____

Если да, то укажите предполагаемую дату рождения ребенка. _____

Сколько ожидается детей? _____

Переехал ли кто-нибудь из членов Вашей семьи к Вам в дом (или выехал из него) за прошедшие 12 месяцев?

Да Нет **Если да**, укажите кто. _____

Кем Вам приходится этот человек? _____

Хочет ли кто-либо из этих лиц подать заявление на участие в программе Medi-Cal?

Да Нет **Если да**, укажите кто. _____

Если в Вашей семье есть лица, которые на данный момент имеют страховку Medi-Cal и которые за последние 12 месяцев получили легальный иммиграционный статус или гражданство, укажите ниже их имена и фамилии:

--	--



ПОЛОЖЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Данная форма продления страхования предназначена для продления льгот через Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services (DHCS)) и определения соответствия указанным требованиям для получения медицинской страховки с помощью Covered California. Личные и медицинские данные, представленные Вами при ее заполнении, являются конфиденциальными. Covered California или DHCS использует их для установления Вашей личности и личности других указанных в форме лиц в целях управления нашими программами. Мы вправе раскрывать Вашу информацию федеральным, местным органам и органам штата, подрядчикам, представителям планов медицинского обслуживания и программам только для того, чтобы зарегистрировать Вас в плане или программе, или при управлении программами; кроме того, информация может предоставляться другим федеральным органам и органам штата в соответствии с требованиями закона.

Вам необходимо ответить на все содержащиеся в этой форме вопросы, за исключением вопросов с пометкой «не обязательно». Если в Вашей форме не окажется необходимой нам информации, мы свяжемся с Вами, чтобы получить ее. Если Вы не предоставите нам такую информацию, мы не сможем принять решение о продлении Вашей страховки. Вам может понадобиться подать новое заявление, иначе Вы, возможно, не сможете получить медицинскую страховку с помощью Covered California или Ваше заявление на продление льгот может быть отклонено.

В большинстве случаев Вы вправе ознакомиться со своей личной информацией, содержащейся в записях федеральных органов и органов штата. При необходимости Вы можете ознакомиться с ней в альтернативном формате (например, напечатанной крупным шрифтом). Для получения дополнительной информации или просмотра записей Covered California свяжитесь с должностным лицом, ответственным за конфиденциальность информации.

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Указанные ниже федеральные законы и законы штата наделяют нас правом собирать и хранить информацию, предоставленную в форме продления страховки. Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Мы должны предоставить Вам данное положение о конфиденциальности в соответствии с требованиями CA Civil Code. § 1798.17.

Вы можете найти уведомления о порядке использования конфиденциальной информации для программы Medi-Cal на веб-сайте www.dhcs.ca.gov, а для программы Covered California — на веб-сайте www.CoveredCA.com.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Насколько мне известно, информация, представленная мной в данной форме продления страхования, является верной. Я знаю, что могу понести наказание в случае предоставления недостоверной информации.

Я понимаю, что предоставленная мной информация будет использована только с целью проверки членов моей семьи, подающих заявления на продление медицинского страхования, на предмет соответствия критериям получения услуг по данной программе.

Я понимаю, что программы Covered California и Medi-Cal обеспечат конфиденциальность информации в соответствии с требованиями законодательства. Для получения дополнительной информации и доступа к личной информации, хранящейся в записях программ Medi-Cal и Covered California, я могу связаться с окружным отделом социального обеспечения или должностным лицом, ответственным за конфиденциальность информации в Covered California, по тел. 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

Я понимаю, что для соответствия требованиям программы Medi-Cal я обязан(а) подать заявление о других категориях дохода и льгот, полагающихся мне или любому члену моей семьи, и что освобождение от этой обязанности возможно лишь по уважительной причине. Примером такого дохода или льгот являются пенсии, государственные пособия, пособие при выходе на пенсию, пособие ветерана войны, аннуитеты, пособие по инвалидности, социальные пособия (которые также называются OASDI, или Old Age, Survivors, и страхование на случай потери трудоспособности) и пособие по безработице. Однако подобные категории дохода и льгот не включают в себя пособия по государственному соцобеспечению, такие как CalWORKs или CalFresh. Если у меня возникнут вопросы о возможном источнике дохода, я могу позвонить в окружной отдел социального обеспечения или в Covered California по тел. 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

Я знаю, что должен (должна) сообщать Covered California или окружному отделу социального обеспечения Medi-Cal обо всех изменениях информации, представленной мной в данной форме продления страхования. Чтобы сообщить об изменениях, я могу позвонить в окружной отдел социального обеспечения, позвонить в Covered California по тел. 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) или посетить веб-сайт CoveredCA.com.

Мне известно, что программы Covered California или Medi-Cal не должны подвергать дискриминации меня и других лиц, указанных в данной форме продления страхования, на основании расовой, национальной или половой принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, возраста, сексуальной ориентации, семейного положения, статуса ветерана или инвалидности. Если я посчитаю, что программы Covered California или Medi-Cal подвергли меня дискриминации, в том числе не предоставили в разумном объеме предусмотренные федеральным законом или законом штата приспособления для лиц с инвалидностью, я могу подать жалобу на веб-сайте Министерства здравоохранения США www.hhs.gov/ocr/office/file или главному прокурору штата Калифорния, перейдя по ссылке <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.



Если я посчитаю, что программы Covered California и Medi-Cal подвергли дискриминации меня и других лиц, указанных в данной форме продления страхования, в отношении определения соответствия требованиям программы Medi-Cal, я также могу подать жалобу в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения, позвонив по телефону 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).

Я понимаю, что любые изменения информации обо мне или о ком-либо из членов семьи заявителя могут повлиять на наличие прав у остальных членов семьи.

При подаче заявления на участие в программе Medi-Cal я подтверждаю, что никто из лиц, указанных в данной форме продления медицинского страхования, не находится после вынесения судебного решения в тюрьме или подобном исправительном учреждении, или местах лишения свободы.

Я понимаю, что должен (должна) сообщать об изменениях уровня своих доходов в окружной отдел социального обеспечения Medi-Cal или в Covered California, поскольку это может повлиять на мое право получения льгот по программе Medi-Cal или на сумму выплачиваемых страховых взносов (или налоговых вычетов), на получение которых я могу иметь право. Я также понимаю, что если получу излишнюю сумму помощи в оплате страховых взносов (или налоговых скидок) в течение льготного года, то во время подачи декларации по федеральному подоходному налогу за льготный год я должен буду возратить излишек суммы помощи в оплате страховых взносов в Федеральную налоговую службу (IRS).

Я разрешаю программам Medi-Cal и Covered California обращаться к компьютерным досье других органов с целью подтверждения моего гражданства, приемлемого иммиграционного статуса, налоговой и прочей информации, которая необходима для определения права на получение медицинской страховки. Если право на продление страхования Medi-Cal кого-либо из указанных в данной форме лиц будет подтверждено:

Мне известно о том, что в случае оплаты медицинских услуг программой Medi-Cal любые средства, полученные мной и любыми другими указанными данной форме продления страхования лицами по другой страховой программе или судебному решению для оплаты этих же услуг, должны направляться в Medi-Cal вплоть до полного возмещения понесенных программой расходов. Для родителей ребенка (детей), имеющего (имеющих) право на участие в программе Medi-Cal:

Мне известно, что меня попросят оказать содействие организации по сбору средств на оказание медицинской помощи с родителей, заявленных в данной форме продления страхования, которые не проживают вместе с ребенком и не оказывают ему материальной помощи. Если я решу, что такая помощь с моей стороны повредит мне или моим детям, я могу сообщить об этом в Medi-Cal и отказаться от содействия.

Подпись заявителя или уполномоченного представителя

Дата и место: _____

Подпись: _____



Ваше право на апелляцию. Если я посчитаю, что программой Covered California или Medi-Cal было принято неправильное решение, я могу подать апелляцию в отношении этого решения. Подать апелляцию означает сообщить какому-либо представителю Covered California или Medi-Cal о том, что, по вашему мнению, данное решение является неправильным, и потребовать справедливого пересмотра решения.

Мне известно, что информацию, касающуюся подачи апелляции, я могу получить, позвонив по тел. 1-855-795-0634 (линия TTY: 1-800-952-8349) для программы Medi-Cal или по тел. 1-800-300-1506 (линия TTY: 1-888-889-4500) для участников программы Covered California.

Мне известно, что мне необходимо подать апелляцию в течение 90 дней после принятия решения. Мне известно, что я могу представлять свои интересы самостоятельно или воспользоваться услугами других лиц, чтобы представлять мои интересы по данной апелляции, например уполномоченного представителя, друга, родственника или юриста.

Мне известно, что если мне потребуется помощь, представители программ Covered California, Medi-Cal или сотрудники окружного отдела социального обеспечения разъяснят мне все вопросы, касающиеся моего дела.

ДЕКЛАРАЦИЯ

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство согласно законодательству штата Калифорния, что вся предоставленная в данной форме информация является достоверной и правильной.

Мне понятны все вопросы, содержащиеся в данной форме продления страхования, и я дал (а) на них правдивые и точные ответы в соответствии с уровнем моих знаний. В случаях, когда у меня возникали затруднения с ответом, я всячески старался (старалась) уточнить ответ у лиц, обладающих информацией.

Мне известно, что за предоставление недостоверной информации в данной форме продления страхования ко мне могут быть применены гражданско-правовые или уголовные санкции, включая тюремное заключение на срок до четырех лет. (См. Уголовный кодекс штата Калифорния, статья 126.)

Мне известно, что информация, содержащаяся в данной форме продления страхования, будет использована для определения права лиц, подающих данную форму, на получение медицинской страховки. Программы Medi-Cal и Covered California будут соблюдать конфиденциальность информации в соответствии с требованиями федерального законодательства и законов штата Калифорния.

Я соглашаюсь уведомлять программу Medi-Cal или свой окружной отдел социального обеспечения Medi-Cal или Covered California по телефону 1-800-300-1506 (линия TTY: 1-888-889-4500) или через веб-сайт CoveredCA.com о любых изменениях в данной форме продления страхования в отношении любого лица, указанного в заявлении на получение медицинской страховки.

Formulario de Renovación de Medi-Cal

Responda Antes Del: [MM/DD/YY]

Número Del Caso: [xxxxxxxx]

[INSERT DATE]

Puede pedir esta notificación en otro idioma, en letras grandes o en otra forma que sea mejor para usted. Llame al [1-800-XXX-XXXX]. La llamada es gratis. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

Es hora de renovar su cobertura de Medi-Cal. Necesitamos algunos datos suyos para ayudarle a mantener su cobertura de Medi-Cal durante el próximo año.

Puede Renovar su Cobertura de Medi-Cal en Cualquiera de Estas Formas

- **Por correo:** Complete este formulario y envíelo por correo a:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- **En persona:** Visite nuestra oficina en
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
Los horarios de atención son de [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].
- **En línea:** Renovar en línea es rápido y fácil. Visite www.coveredca.com o [SAWS online portal] para subir sus documentos.

Cómo Completar Este Formulario

Para asegurarse de que usted o su familia sigan teniendo cobertura de Medi-Cal, debe informarnos si ha ocurrido algún cambio en la información que aparece en este formulario.

1. Revise la información suya y de los miembros de su familia y díganos si ha ocurrido algún cambio.
2. Aunque su información no haya cambiado, envíenos copias de los documentos que demuestren la información más reciente o súbalos en línea.
3. Devuelva este formulario o proporcione esta información en línea para el [INSERT DATE].
4. Si devuelve este formulario por correo, le pedimos que se asegure de firmarlo en la página [INSERT PAGE #].

Las Personas Cuya Información Necesitamos

Necesitamos la información más reciente de todos los miembros de su hogar que viven con usted o que aparecen en su declaración de impuestos, si presenta tales declaraciones. Necesitamos información de:

- Las personas de su hogar que actualmente tienen cobertura de Medi-Cal,
- Las personas de su hogar que desean presentar una solicitud.
- Podemos necesitar alguna información sobre las personas de su hogar que viven con usted o aparecen en su declaración de impuestos y que no tienen cobertura de Medi-Cal ni quieren

presentar una solicitud de Medi-Cal. Su información se mantendrá de manera privada y será usada solamente para ayudar a aquellos que viven en su hogar y que quieren mantener o solicitar cobertura de Medi-Cal.

No necesita presentar una declaración de impuestos para solicitar o renovar su cobertura de Medi-Cal.

¿Qué Pasa Si Mi Información Es Diferente?

Si alguna persona de su hogar no cumple con los requisitos para obtener Medi-Cal porque la información en este formulario ha cambiado, usaremos su nueva información para comprobar si usted u otras personas en su hogar cumplen con los requisitos para obtener otra cobertura de salud económica, incluyendo Covered California. Su información se mantendrá de manera privada y será

usada solamente para comprobar si usted o su familia cumplen los requisitos para obtener cobertura de salud económica. Es posible que necesitemos más información suya para encontrar la cobertura de salud más económica. No necesita presentar una declaración de impuestos para solicitar o renovar su Medi-Cal.



¿TIENE PREGUNTAS? Llame a [state agency name] al [1-800-XXX-XXXX]. La llamada es gratis. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Puede llamar de [days and hours of operation]. O visitar [web address].

1

Su Hogar Actual

Revise la siguiente información y díganos si ha ocurrido algún cambio.

¿Es correcta la dirección que aparece a continuación? Sí No. Si no es así, escriba la información correcta a continuación.
Si es correcta, vaya a la **Sección 2**.

[RECIPIENT NAME]

Dirección de Casa:

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Dirección Postal:

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Teléfono:

Casa: [NUMBER 1]

Otro: [NUMBER 2]

Nombre (primer, segundo, apellido y generación)

Dirección de casa Apartamento #

Ciudad (dirección de casa) Estado Código postal

Dirección postal, solo si es diferente de la anterior. Apartamento#

Ciudad (dirección postal) Estado Código postal

¿A qué número podemos llamar para comunicarnos con usted? Casa Celular Trabajo

Número:

¿Cuál es la mejor hora para comunicarnos con usted en este número?

(Opcional) ¿Hay algún otro número que podemos usar para llamarlo? Casa Celular Trabajo

Número:

(Opcional) ¿A qué dirección de correo electrónico nos podemos comunicar con usted?


¿Quién Vive en su Hogar?

Revise la información siguiente relacionada a las personas que viven en su hogar y que quieren renovar su cobertura de Medi-Cal. Infórmenos si han ocurrido cambios en cualquier información que tengamos sobre las personas que viven con usted o que aparezcan en su declaración de impuestos federales.

Nombre (primer, segundo y sufijo)	Situación tributaria (por ejemplo, contribuyente principal, dependiente)	¿Cuál es la relación familiar de esta persona con el contribuyente principal o jefe de familia?	¿Quién señala a esta persona como dependiente?	¿Es esta información correcta?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si la información anterior no es correcta, escriba la información correcta en el espacio proporcionado a continuación. Si hay otros miembros que viven en su hogar, escriba su información a continuación.

Nombre (primer, segundo y sufijo)	Situación tributaria	Relación familiar con el contribuyente	¿Quién señala a esta persona como dependiente?

 **¿TIENE PREGUNTAS?** Llame a [state agency name] al [1-800-XXX-XXXX]. La llamada es gratis. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Puede llamar de [days and hours of operation]. O visitar [web address].

Ingresos y Gastos

No pudimos renovar su cobertura de Medi-Cal usando los siguientes ingresos, suyos o de los miembros de su hogar, los cuales aparecen en las fuentes de datos electrónicos. Díganos si la siguiente información es correcta o no. Necesitamos documentos en papel que nos demuestre cuáles son sus ingresos más recientes. Para demostrar los ingresos antes del pago de los impuestos o la aplicación de las deducciones, incluya cualquiera de los siguientes: talones de pago recientes, cartas otorgando beneficios o adjudicaciones, cheques recibidos o una declaración firmada de su empleador, o la declaración de impuestos del año pasado. Si los ingresos provienen del empleo por cuenta propia, envíe una copia de su declaración de impuestos o el estado de pérdidas y ganancias más reciente.

La siguiente información de ingresos solo se aplica a las personas que viven en su hogar que no pudimos comprobar de otra forma. Si hay miembros de su hogar que no aparecen a continuación, es porque hemos podido comprobar sus ingresos y no se necesita información adicional de los ingresos para esa persona.

[Pre-Populated Name:]

Nuestros registros muestran que los ingresos mensuales de esta persona son: _____.

Esta estimación incluye las fuentes y los montos de ingresos que aparecen a continuación. Díganos si esta información es correcta o si algo ha cambiado. Si esta información ha cambiado, indique la información correcta.

Ingresos 1 _____

¿Es esto correcto? Sí No

¿Con qué frecuencia se reciben? _____

Si no es así, ingrese la información correcta _____

Ingresos 2 _____

¿Es esto correcto? Sí No

¿Con qué frecuencia se reciben? _____

Si no es así, ingrese la información correcta _____

Ingresos 3 _____

¿Es esto correcto? Sí No

¿Con qué frecuencia se reciben? _____

Si no es así, ingrese la información correcta _____

Ingrese a continuación cualquier ingreso adicional que espera recibir y que no haya sido indicado arriba:

Ingresos Variables

Nos dijo que sus ingresos cambian de mes a mes y nos dio una estimación de lo que creía que serían sus ingresos durante los últimos 12 meses. El año pasado nos dijo que sus ingresos serían _____.

Según sus estimaciones, ¿cuáles serán sus ingresos para el año calendario actual? _____

Gastos y Deducciones Fiscales

Nuestros registros muestran que esta persona tuvo los siguientes gastos (deducciones) fiscales el año pasado. Díganos si serán iguales para el próximo año o no:

Deducción Fiscal 1 _____

¿Es esto correcto? Sí No

¿Con qué frecuencia se paga? _____

Si no es así, ingrese la información correcta _____

Deducción Fiscal 2 _____

¿Es esto correcto? Sí No

¿Con qué frecuencia se paga? _____


Si no es así, ingrese la información correcta _____

Deducción Fiscal 3 _____

¿Es esto correcto? Sí No

¿Con qué frecuencia se paga? _____

Si no es así, ingrese la información correcta _____

 ¿TIENE PREGUNTAS? Llame a [state agency name] al [1-800-XXX-XXXX]. La llamada es gratis. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Puede llamar de [days and hours of operation]. O visitar [web address].

4

Otro Seguro de Salud

Díganos si la información siguiente todavía es la correcta. Si algún miembro de su familia tiene otro seguro de salud que NO aparece a continuación, escriba el nombre.

Nombre	Tipo de Seguro	¿Todavía Tiene Esta Cobertura?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Encarcelamiento

Nuestra información indica que una o más personas de su hogar están encarceladas. ¿Es esta información correcta?

	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Fallecidos

Nuestra información indica que una o más personas de su hogar han muerto. ¿Es esta información correcta?

	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



7

Otros Cambios en El Hogar

¿Alguna persona de su hogar tiene entre 18 y 26 años de edad y estaba en crianza temporal, en cualquier estado, cuando cumplió 18 años o perdió la asistencia de cuidado de crianza temporal por haber alcanzado el límite de edad máximo?

Sí No Si es así, ¿quién? _____

¿Alguna persona de su hogar tiene entre 19 y 20 años y es un(a) estudiante de tiempo completo?

Sí No Si es así, ¿quién? _____

¿Alguna persona de su hogar tiene una discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo?

Sí No Si es así, ¿quién? _____

¿Alguna persona de su hogar necesita ayuda con atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad?

Sí No Si es así, ¿quién? _____

¿Alguna persona de su hogar está embarazada?

Sí No Si es así, ¿quién? _____

Si es así, ¿cuál es la fecha prevista del parto? _____

¿Cuántos bebés se esperan? _____

Durante los últimos 12 meses, ¿alguna persona de su hogar se ha mudado a su casa o fuera de ella?

Sí No Si es así, ¿quién? _____

¿Cuál es su parentesco con esta persona? _____

¿Alguna de estas personas quiere solicitar cobertura de Medi-Cal?

Sí No Si es así, ¿quién? _____

Si hay alguna persona de su hogar que actualmente tiene cobertura de Medi-Cal y ha obtenido recientemente el estatus legal de inmigración o ciudadanía durante los últimos 12 meses, indique los nombres:



DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Este formulario de renovación sirve para renovar los beneficios a través del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services (DHCS)) y para determinar la elegibilidad para obtener un seguro de salud a través de Covered California. La información personal y médica que usted proporcione en el mismo es de carácter privado y confidencial. Covered California o el DHCS la necesita para identificarlo a usted y a las otras personas incluidas en este formulario de renovación y para administrar nuestros programas. Compartiremos su información con otras agencias, contratistas, planes de salud y programas estatales, federales y locales únicamente para inscribirlo en un plan o programa o para la administración de programas, y con otras agencias estatales y federales según exija la ley.

Debe contestar todas las preguntas en este formulario de renovación a menos que estén marcadas como "opcional". Si falta alguna información en su formulario de renovación que sea necesaria para nosotros, nos comunicaremos con usted para pedírsela. Si no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre su renovación. Posiblemente tendrá que presentar una nueva solicitud o usted no podrá obtener un seguro de salud a través de Covered California, o se le puede denegar su solicitud para la renovación de beneficios.

En la mayoría de los casos, tiene el derecho de ver su información personal que se encuentra en los registros estatales y federales. De ser necesario, puede verla en un formato alternativo (tal como los caracteres grandes). Para obtener más información o para ver los registros de Covered California, comuníquese con el Funcionario Encargado de la Privacidad en:

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Estas leyes federales y estatales nos dan el derecho de recopilar y conservar la información contenida en el formulario de renovación: Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Debemos proporcionarle esta declaración de privacidad de conformidad con el CA Civil Code § 1798.17.

Puede encontrar los Avisos de las Prácticas de Privacidad del programa de Medi-Cal en www.dhcs.ca.gov y los de Covered California en www.CoveredCA.com.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Según mi conocimiento, la información que he proporcionado en este formulario de renovación es verdadera. Sé que si no digo la verdad se me podría aplicar una sanción.

Entiendo que la información que doy será usada solamente para comprobar si los miembros de mi familia, que están solicitando la renovación del seguro de salud cumplen los requisitos.

Entiendo que Covered California y el programa de Medi-Cal mantendrán mi información de forma privada, como lo exija la ley. Para más información, o para acceder a la información personal contenida en los registros mantenidos por el programa de Medi-Cal y Covered California, puedo comunicarme con la oficina de servicios sociales de mi condado o puedo comunicarme con funcionario encargado de la privacidad de Covered California al 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

Entiendo que para ser elegible para Medi-Cal, estoy obligado a solicitar otros ingresos o beneficios a los que tengo derecho o cualquier miembros de mi familia tenga derecho, a menos que él o ella tenga buenas razones para no hacerlo. Algunos ejemplos de dichos ingresos o beneficios son: pensiones, beneficios gubernamentales, ingresos por jubilación, beneficios de veteranos, rentas vitalicias, beneficios por incapacidad, beneficios del Seguro Social (también llamado OASDI o el Old Age, Survivors, and Disability Insurance, en español: Seguro de Vejez, Supervivencia e Invalidez) y las prestaciones por desempleo. Pero tales ingresos o beneficios no incluyen los beneficios de asistencia pública, tales como CalWORKs o CalFresh. Si tengo alguna pregunta sobre una posible fuente de ingresos, puedo llamar a la oficina de servicios sociales de mi condado o Covered California al 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) para recibir ayuda.

Sé que debo decirle a Covered California o la oficina de servicios sociales de Medi-Cal de mi condado sobre los cambios a cualquier información que he especificado en este formulario de renovación. Para informar cambios, puedo llamar a la oficina de servicios sociales de mi condado. O puedo llamar a Covered California al 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) o visitar CoveredCA.com.

Sé que Covered California o el programa de Medi-Cal no debe discriminarme o discriminar a cualquier persona que aparece en este formulario de renovación debido a la raza, color, nacionalidad de origen, religión, edad, sexo, orientación sexual, estado civil, condición de veterano de guerra o discapacidad. Si creo que Covered California o el programa de Medi-Cal me ha discriminado, incluyendo la imposibilidad de ofrecer ajustes razonables de conformidad con las leyes estatales y federales, puedo presentar una queja comunicándome con el U.S. Department of Health & Human Services en www.hhs.gov/ocr/office/file o la Oficina del Fiscal General de California en <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.

Si creo que Covered California o el programa de Medi-Cal me ha discriminado o lo ha hecho contra alguien más en este formulario de renovación y en relación con la determinación de elegibilidad para Medi-Cal, también puedo presentar una queja con el Department of Health Care Services, Office of Civil Rights llamando al 1-916-440-7370 (TTY: 1-888-889-4500).



Entiendo que cualquier cambio en mi información o la información de cualquier miembro en el hogar del solicitante puede afectar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar.

Si está solicitando Medi-Cal: Confirmando que ninguna de las personas que está solicitando seguro de salud en este formulario de renovación está encerrada, después de su acusación (sentencia) en alguna cárcel, prisión o institución penitenciaria o correccional similar.

Entiendo que debo informar los cambios en mis ingresos a la oficina de servicios sociales de Medi-Cal del condado o Covered California porque esto podría afectar el derecho a obtener beneficios de Medi-Cal o el monto de la ayuda para el pago de las primas (o de los créditos fiscales) al que puedo tener derecho a recibir. También entiendo que si recibo demasiada ayuda para el pago de las primas (o créditos fiscales) durante el año de beneficios, tendré que devolver el sobrante al IRS cuando presente mi declaración de impuestos federales para el año de beneficios.

Doy mi permiso para que el programa de Medi-Cal o Covered California consulten los registros informáticos de otras agencias para verificar la ciudadanía, estatus migratorio satisfactorio, información de impuestos y otra información relacionada únicamente con la elegibilidad y así comprobar si las personas en este formulario de renovación y yo reunimos los requisitos para obtener el seguro de salud. Si alguna persona en este formulario de renovación tiene derecho a recibir Medi-Cal:

Sé que si Medi-Cal realiza el pago de gastos médicos, cualquier dinero que alguna de las personas en este formulario de renovación o yo recibamos de parte de otro seguro de salud o a través de un acuerdo extrajudicial se pagará a Medi-Cal para cubrir los gastos hasta que se hayan pagado en su totalidad. Para los padres cuyo hijo o hijos tienen derecho a recibir Medi-Cal:

Sé que se me pedirá que ayude a la agencia que cobra la pensión médica de cualquiera de los padres en este formulario de renovación que no viva con el niño y no envíe una pensión alimenticia para el niño. Si creo que ayudar significará un riesgo para mí o para mis hijos, puedo decirselo al programa de Medi-Cal y no tendré que ayudar.

Su derecho de apelación: Si yo creo que Covered California o el programa de Medi-Cal ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en Covered California o el programa de Medi-Cal que yo creo que su decisión es equivocada y pedir una revisión imparcial de la acción.

Firma Del Solicitante o su Representante Autorizado

Fecha y lugar: _____

Firma: _____

Sé que puedo averiguar cómo apelar llamando al 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) para el programa de Medi-Cal o llamando al 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) para los beneficiarios de Covered California.

Sé que debo presentar una apelación dentro de los 90 días de la decisión. Sé que para presentar mi apelación me puedo representar o alguien más representarme, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.

Sé que si necesito ayuda, alguna persona en Covered California o el programa de Medi-Cal o en la oficina de servicios sociales del condado me puede explicar mi caso.

DECLARACIÓN

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que la información que incluyo a continuación es verdadera y correcta.

Según mi conocimiento, he entendido todas las preguntas en este formulario de renovación y he brindado respuestas verdaderas y correctas. Si no sabía la respuesta, he hecho todo lo posible para confirmar la respuesta con alguien que sí la sabía.

Sé que si no digo la verdad en este formulario de renovación, puede haber una sanción civil o penal por perjurio, la cual podría incluir hasta cuatro años en la cárcel. (Ver la sección 126 del Código Penal de California).

Sé que la información contenida en este formulario de renovación será usada para decidir si las personas que están presentando la solicitud cumplen los requisitos para obtener un seguro de salud. El programa de Medi-Cal y Covered California mantendrán la información de manera privada, como lo exigen las leyes federales y de California.

Si hay algún cambio en este formulario de renovación para cualquiera de las personas que están solicitando el seguro de salud, acepto notificar al programa de Medi-Cal, las oficinas de servicios sociales de Medi-Cal o Covered California del condado llamando al 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) o visitando CoveredCA.com.



Renewal Form ng Medi-Cal

Tumugon Bago Ang: [MM/DD/YY]

Numero ng Kaso: [xxxxxxxx]

[INSERT DATE]

Makukuha mo ang abisong ito sa ibang wika o malaking print o ibang paraan na pinakamainam sa iyo. Tumawag sa [1-800-XXX-XXXX]. Libre ang tawag. [TTY: 1-888-XXX-XXXX].

Panahon na para i-renew ang iyong Medi-Cal coverage. Kailangan namin ng ilang impormasyon mula sa iyo para matulungan kang mapanatili ang iyong Medi-Cal sa susunod na taon.

Mare-renew Mo ang Iyong Medi-Cal sa Alinmang Isa sa Mga Paraang Ito

- **Gamit ang Koreo:** Kumpletuhin ang form na ito at ipadala sa:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- **Ikaw Mismo:** Bumisita sa opisina namin sa
[Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State].
Ang oras ng opisina ay [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].
- **Online:** Madali at mabilis mag-renew online.
www.coveredca.com o [SAWS online portal]
para i-upload ang mga dokumento mo.

Paano Kukumpletuhin ang Form na Ito

Para matiyak na patuloy ka at ang pamilya mong may Medi-Cal coverage, dapat mong ipaalam sa amin kung may anumang mga pagbabago o wala sa impormasyon sa form na ito.

1. Pakirepaso ang impormasyon tungkol sa iyo at mga miyembro ng tahanan mo at ipaalam sa amin ang tungkol sa anumang pagbabago.
2. Ipadala sa amin o mag-upload ng mga kopya ng mga dokumento na nagpapakita ng pinakabagong impormasyon kahit na hindi nagbago ang impormasyon mo.
3. Ibalik ang form na ito o ilaan online ang impormasyong ito bago ang [INSERT DATE].
4. Kapag binalik mo ang form na ito sa pamamagitan ng koreo, pakitiyak na lagdaan ang form sa pahinang [INSERT PAGE #].

Kaninong Impormasyon Ang Kailangan Namin

Kailangan namin ang pinakabagong impormasyon tungkol sa bawat miyembro ng tahanan mo na nakatira kasama mo o nakalista sa iyong tax return, kung nagsusumite ka ng mga buwis. Kailangan namin ng impormasyon mula sa:

- Mga tao sa tahanan mo na kasalukuyang may Medi-Cal, apply para sa Medi-Cal. Ang impormasyon nila ay pananatiliing pribado at gagamitin lang upang tulungan ang mga nasa tahanan mo na nais panatiliin o magpalista para sa Medi-Cal.
- Mga tao sa tahanan mo na nais magpalista.
- Maaaring kailanganin namin ang ilang impormasyon tungkol sa mga tao sa tahanan mo na nakatirang kasama mo o nakalista sa iyong tax return, na walang Medi-Cal at hindi nais mag-

Hindi mo kailangang magsumite ng tax return para mag-apply para sa o i-renew ang iyong Medi-Cal.

Ano ang Mangyayari Kung Iba ang Impormasyon Ko?

Kung sinumang sa tahanan mo ay hindi kwalipikado sa Medi-Cal dahil ang impormasyon sa form na ito ay nagbago, gagamitin namin ang bago mong impormasyon para makita kung ikaw o mga ibang tao sa tahanan mo ay kwalipikado para sa ibang abot-kayang sakop na pangkalusugan, kabilang ang Covered California. Pananatiliing pribado ang impormasyon

mo at gagamitin lang para makita kung ikaw o ang pamilya mo ay kwalipikado para sa abot-kayang sakop na pangkalusugan. Maaaring kailanganin namin ng karagdagang impormasyon mula sa iyo para mahanap para sa iyo ang pinaka-abot kayang sakop na pangkalusugan. Hindi mo kailangang magsumite ng tax return para mag-apply para sa o i-renew ang iyong Medi-Cal.



MGA TANONG? Tumawag sa [state agency name] sa [1-800-XXX-XXXX]. Libre ang tawag [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Maaari kang tumawag sa [days and hours of operation]. O pumunta sa [web address]

1

Ang Kasalukuyan Mong Tahanan

Pakitingnan ang impormasyon sa ibaba at sabihin sa amin kung may anumang mga pagbabago.

Tama ba ang address sa ibaba? Oo
Kung tama, pumunta sa **Seksiyon 2**.

Hindi. Kung hindi, pakisulat ang tamang impormasyon sa ibaba.

[RECIPIENT NAME]

Pangalan (una, gitna, apelyido at suffix)

Address ng Tahanan:

Address ng tahanan Apartment #

[ADDRESS 2]

Lungsod (tahanan) Estado ZIP code

[ADDRESS 3]

Address sa koreo, kung iba lang sa itaas. Apartment #

Address ng Koreo:

Lungsod (koreo) Estado ZIP code

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

Anong numero ang matatawagan namin para makipag-ugnayan sa iyo? Tahanan Cell Trabaho

[ADDRESS 3]

Numero:

Telepono:

Ano ang pinakamahusay na oras para matawagan ka sa numerong ito?

Tahanan: [NUMBER1]

(Opsyonal) May iba pa bang numero na magagamit namin para tawagan ka? Tahanan Cell Trabaho

Iba Pa: [NUMBER2]

Tahanan

(Opsyonal) Saang email address ka namin makokontak?


Sino ang Nasa Tahanan Mo?

Pakitingnan ang impormasyon sa ibaba tungkol sa mga tao sa tahanan mo na nais mag-renew ng Medi-Cal. Pakisabi sa amin kung may anumang mga pagbabago sa impormasyon na mayroon kami tungkol sa mga taong nakatira kasama mo o nakalista sa iyong federal tax return.

Pangalan (una, gitna, apelyido at suffix)	Katayun sa Pag-file ng Buwis (hal., pangunahing nagpa-file ng buwis, umaasa)	Ano ang Kaugnayan ng Taong ito sa Pangunahing Nagpa file ng Buwis o Namumuno sa Tahanan?	Sino ang Umaako sa Taong ito bilang Umaasa?	Tamang Impormasyon?
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Kung mali ang impormasyon sa itaas, pakisulat ang tamang impormasyon sa espasyong nilaan sa ibaba. Kung may mga ibang miyembro ng tahana mo, pakisulat ang impormasyon nila sa ibaba.

Pangalan (una, gitna, apelyido at suffix)	Katayuan sa Pag-file ng Buwis	Kaugnay ng Nag-file ng Buwis	Sino ang Umaako sa Taong ito bilang Umaasa?

 **MGA TANONG?** Tumawag sa [state agency name] sa [1-800-XXX-XXXX]. Libre ang tawag [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Maaari kang tumawag sa [days and hours of operation]. O pumunta sa [web address]

Mga Kita at Gastos

Hindi namin na-renew ang iyong Medi-Cal gamit ang kita sa ibaba na mayroon kami para sa iyo o mga miyembro ng tahanan mo mula sa mga pinagmulan ng electronic na data. Mangyaring ipaalam sa amin kung ang impormasyon sa ibaba ay tama o mali. Kailangan namin ng papel na dokumentasyon na nagpapakita sa amin kung ano ang pinakamakailan mong kita. Pakilakip ang alinman sa sumusunod na nagpapakita ng kita bago ang buwis o mga ibabawas: mga kamakailang pay stub, mga liham ng benefits o paggawad, mga tsekeng natanggap o nilagdaang pahayag mula sa employer, o tax return nung nakaraang taon. Kung ang kita ay mula sa sariling-empleyo, magpadala ng kopya ng pinakabago mong tax return o profit and loss statement.

Ang kita sa ibaba ay para lang sa mga indibiduwal sa loob ng tahanan mo na hindi namin mapapatotohanan. Kung may mga miyembro ka ng tahanan mong hindi nakalista sa ibaba, ito ay dahil napatotohanan namin ang kita nila at walang ibang impormasyon sa kita ang kailangan para sa indibiduwal.

[Pre-Populated Name:]

Pinapakita ng mga tala namin na ang buwanang kita ng indibiduwal na ito ay: _____.

Kasama sa estimang ito ang mga pinagmulan ng kita at mga halaga sa ibaba. Mangyaring ipaalam sa amin kung ang impormasyong ito ay tama o nagbago. Kung nagbago ang impormasyong ito, pakisabi sa amin ang tamang impormasyon.

Kita 1 _____

Tama ba ito? Oo Hindi

Gaano kadalas natatanggap? _____

Kung hindi, ipasok ang tamang impormasyon _____

Kita 2 _____

Tama ba ito? Oo Hindi

Gaano kadalas natatanggap? _____

Kung hindi, ipasok ang tamang impormasyon _____

Kita 3 _____

Tama ba ito? Oo Hindi

Gaano kadalas natatanggap? _____

Kung hindi, ipasok ang tamang impormasyon _____

Pakipasok sa ibaba ang anumang karagdagang kita na inaasahan mo na hindi pinapakita sa itaas:

Nagbabagong Kita

Sinabi mo sa amin na nagbabago kada buwan ang kita mo at binigyan mo kami ng estima ng kung ano ang sa akala mo ang kita mo sa nakaraang 12 buwan. Nung nakaraang taon, sinabi mo sa amin na ang kita ay _____.

Sabihin sa amin kung ano sa palagay mo ang kikitain mo sa kasalukuyang taon sa kalendaryo? _____

Mga Gastos/Mga Buwis na Ibinawas

Pinakikita ng aming mga tala na ang indibiduwal na ito ay nagkaroon ng mga sumusunod na gastos (pagbabawas) ng buwis noong nakaraang taon. Mangyaring ipaalam sa amin kung magiging pareho ito sa susunod na taon o hindi:

Pagbabawas ng Buwis 1 _____

Tama ba ito? Oo Hindi

Gaano kadalas binayaran? _____

Kung hindi, ipasok ang tamang impormasyon _____

Pagbabawas ng Buwis 2 _____

Tama ba ito? Oo Hindi

Gaano kadalas binayaran? _____

Kung hindi, ipasok ang tamang impormasyon _____

Pagbabawas ng Buwis 3 _____

Tama ba ito? Oo Hindi

Gaano kadalas binayaran? _____

Kung hindi, ipasok ang tamang impormasyon _____



MGA TANONG? Tumawag sa [state agency name] sa [1-800-XXX-XXXX]. Libre ang tawag [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].
Maaari kang tumawag sa [days and hours of operation]. O pumunta sa [web address]

4

Ibang Pangkalusugang Insurance

Mangyaring ipaalam sa amin kung ang impormasyon sa ibaba ay tama pa rin. Kung sinuman sa pamilya mo ngayon ay may ibang pangkalusugang insurance na HINDI nakalista sa ibaba, pakisulat ito sa ibaba.

Pangalan	Uri ng Insurance	May Ganitong Coverage Ka Pa Rin Ba?
		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala
		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala

Pagkakabilanggo

Pinapakita ng impormasyong ito na isa o mas marami pang tao sa tahanan mo ay nakabilanggo. Tama ba ang impormasyong ito?

	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Namatay

Pinapakita ng impormasyong ito na isa o mas marami pang tao sa tahanan mo ay namatay. Tama ba ang impormasyong ito?

	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi



7 Mga Ibang Pagbabago sa Tahanan

May sinuman ba sa tahanan mo ang nasa pagitan ng edad na 18 at 26 taong gulang at nasa alinman sa foster care, saanmang estado, sa kanyang ika-18 kaarawan o nawalan ng tulong ng foster care, saanmang estado, dahil umabot siya sa pinakamataas na limitasyon sa edad?

Oo Wala **Kung oo**, sino? _____

May sinuman ba sa iyong tahanan ang 19 hanggang 20 taong gulang at isang full-time na estudyante?

Oo Wala **Kung oo**, sino? _____

May sinuman sa tahanan mo ang mayroong kapansanang pisikal, pangkaisipan, emosyonal, o developmental?

Oo Wala **Kung oo**, sino? _____

May sinuman ba sa tahanan mo ang nangangailangan ng tulong sa pangmatagalang pag-aalaga o mga serbisyong pangbahay at batay sa komunidad?

Oo Wala **Kung oo**, sino? _____

May sinuman ba sa tahanan mo ang buntis?

Oo Wala **Kung oo**, sino? _____

Kung oo, kailan siya inaasahang manganak? _____

Ilang sanggol ang inaasahan? _____

May sinuman ba sa tahanan mo ang dumating o umalis sa bahay sa nakaraang 12 buwan?

Oo Wala **Kung oo**, sino? _____

Ano ang relasyon mo sa taong ito? _____

Nais bang magpalista ng sinuman sa mga indibiduwal na ito sa Medi-Cal?

Oo Hindi **Kung oo**, sino? _____

Kung may sinuman sa tahanan mo ang kasalukuyang may Medi-Cal na kamakailang nabigyan ng naaayon sa batas na imigrasyon o pagkamamamayan sa nakaraang 12 buwan, ilista ang (mga) pangalan sa ibaba:



PAHAYAG SA PAGKAPRIBADO

Ang form ng pag-renew na ito ay para sa pag-renew ng mga benepisyo sa pamamagitan ng Department of Health Care Services (DHCS) at pagtukoy ng pagiging karapat-dapat para sa pangkalusugang insurance sa pamamagitan ng Covered California.. Ang ibibigay mong personal at medikal na impormasyon dito ay pribado at kumpedensiyal. Kailangan ito ng Covered California o DHCS upang makilala ka at mga ibang tao sa pang-renew na form na ito at upang pangasiwaan ang aming mga programa. Ibabahagi namin ang iyong impormasyon sa ibang estado, mga ahensiyang pederal at lokal, kontratista, mga planong pangkalusugan at mga programa para lang i-enroll ka sa isang plano o programa o pamahalaan ang mga programa, at sa ibang mga estado at pederal na ahensiya ayon sa inatas ng batas.

Dapat mong sagutan lahat ng mga tanong sa form ng pag-renew na ito maliban kung minarkahan silang "opsyonal." Kung kulang sa form ng pag-renew mo ang anumang kailangan namin, kokontakin ka namin para makuha ito. Kapag hindi mo ito binigay, hindi kami makakapagpasya sa pag-renew mo. Maaaring kailangan kang magsumite ng bagong aplikasyon, o maaaring hindi ka makakuha ng pangkalusugang insurance sa pamamagitan ng Covered California, o ang iyong aplikasyon sa pag-renew ng mga benepisyo ay maaaring tanggihan.

Sa karamihan ng mga kaso, may karapatan kang makita ang personal na impormasyon tungkol sa iyo na nasa mga pederal at estadong talaan. Maaari mo itong makita sa kahaliling format (katulad ng malaking print) kung kailangan mo iyon. Para sa higit pang impormasyon o para makita ang mga tala ng Covered California, makipag-ugnayan sa Privacy Officer sa:

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Ang mga batas ng estado at pederal na ito ay nagbibigay sa atin ng karapatang kolektahin at itago ang impormasyon sa form ng pag-renew: Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Dapat naming ibigay ang Pahayag sa Pagkapribadong ito sa ilalim ng CA Civil Code § 1798.17.

Mahahanap mo ang Mga Abiso ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa programang Medi-Cal sa www.dhcs.ca.gov at para sa Covered California sa www.CoveredCA.com.

MGA KARAPATAN AT MGA RESPONSABILIDAD

Ang impormasyong ibinigay ko sa form ng pag-renew na ito ay totoo sa lawak ng aking kaalaman. Alam ko na maaari akong sumailalim sa multahan kung hindi ako nagsasabi ng totoo.

Nauunawaan ko na ang impormasyong ibibigay ko ay gagamitin lang para makita kung ang mga nasa pamilya ko na nagpapalista para mag-renew ng pangkalusugang insurance ay kwalipikado.

Nauunawaan ko na pananatiliing pribado ng programang Covered California at ng Medi-Cal ang aking impormasyon, ayon sa inaatas ng batas. Para sa karagdagang impormasyon o access sa personal na impormasyon sa mga talaang minementina ng programang Medi-Cal at Covered California, maaari kong kontakin ang tanggapan ng mga panlipunang serbisyo ng aking county o maaari akong makipag-ugnayan sa Covered California Privacy Officer sa 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

Nauunawaan ko na upang maging karapat-dapat sa Medi-Cal, inaatasan akong mag-apply para sa ibang mga kita o benepisyo kung saan ako o sinumang miyembro ng tahanan ko ay nararapat, maliban kung may mabuti siyang dahilan upang gawin ito. Ang mga halimbawa ng mga nasabing kita o benepisyo ay mga pensiyon, mga benepisyo ng pamahalaan, kita sa pagreretiro, mga benepisyo ng beterano, mga annuity, mga benepisyo ng may kapansanan, mga benepisyong Social Security (tinatawag ding OASDI o Old Age, Survivors, and Disability Insurance), at mga benepisyo para sa walang trabaho. Ngunit hindi kasama sa nasabing kita o mga benepisyo ang mga benepisyo na pampublikong tulong, katulad ng CalWORKs o CalFresh. Kung mayroon akong tanong tungkol sa posibleng pagmumulan ng kita, maaari akong tumawag sa opisina ng mga panlipunang serbisyo ng aking county o Covered California sa 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) para sa tulong.

Alam ko na dapat kong sabihin sa Covered California o sa opisina ng Medi-Cal para sa mga panlipunang serbisyo ng aking county tungkol sa mga pagbabago sa anumang isinaad ko sa form ng pag-renew na ito. Upang iulat ang mga pagbabago, maaari akong tumawag sa mga panlipunang serbisyo ng aking county. O maaari akong tumawag sa Covered California sa 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) o bumisita sa CoveredCA.com.

Alam ko na ang programang Covered California o Medi-Cal ay hindi dapat magdiskrimina laban sa akin o sinuman sa form ng pag-renew na ito dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, relihiyon, edad, kasarian, sekswal na oryentasyon, katayuan sa pag-aasawa, katayuan bilang beterano o kapansanan. Kung sa aking palagay ay nagdiskrimina laban sa akin ang programang Covered California o ang Medi-Cal, kabilang ang kabiguang magbigay ng makatwirang mga akomodasyon ayon sa inaatas sa ilalim ng batas ng estado at pederal, maaari akong magreklamo sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa U.S. Department of Health & Human Services sa www.hhs.gov/ocr/office/file o sa California Office of the Attorney General sa <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.



Kung sa paniwala ko ay nagdiskrimina ang programang Covered California o Medi-Cal laban sa akin o sinumang iba sa form ng pag-renew na ito kaugnay ng isang determinasyon sa pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal, maaari rin akong magsampa ng reklamo sa Department of Health Care Services, Office of Civil Rights sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).

Nauunawaan ko na anumang mga pagbabago sa aking impormasyon o impormasyon ng alinmang (mga) miyembro sa tahanan ng aplikante ay maaaring makaapekto sa pagiging karapat-dapat ng ibang mga miyembro ng tahanan.

Kung nag-a-apply para sa Medi-Cal, kinukumpirma ko na walang sinumang nag-a-apply para sa pangkalusugan insurance sa form ng pag-renew na ito ay nakakulong, makalipas ang disposisyon ng mga demanda (paghusga), nasa kulungan, piitan o katulad na penal na institusyon o correctional na pasilidad.

Nauunawaan ko na dapat kong iulat ang mga pagbabago sa kita sa opisina ng mga panlipunang serbisyo ng Medi-Cal ng aking county o sa Covered California dahil maaari nitong maapektuhan ang pagiging nararapat para sa mga benepisyo ng Medi-Cal o halaga ng premium na tulong (o mga kredito ng buwis) na maaari kong matanggap. Nauunawaan ko rin na kung masyadong maraming premium na tulong (o mga kredito ng buwis) ang matanggap ko sa taon ng benepisyo, kailangan kong isauli ang bayad ng ekstrang premium na tulong sa IRS kapag nagsumite ako ng aking mga federal income tax para sa taon ng benepisyo.

Binibigay ko ang aking pahintulot sa programang Medi-Cal o Covered California upang suriin ang mga talaan sa computer ng ibang mga ahensiya upang patotohanan ang pagkamamamayan, kasiyasyang kalagayan sa imigrasyon, impormasyon sa buwis at ibang impormasyon kaugnay lang ng pagiging nararapat upang makita kung kwalipikado ako at ang ibang tao sa form ng pag-renew na ito para sa pangkalusugang insurance. Kung may sinumang sa form ng pag-renew ang kwalipikado para sa Medi-Cal:

Alam ko na kapag nagbayad ang Medi-Cal para sa medikal na gastusin, anumang pera na makukuha ko o ninuman sa form ng pag-renew na ito mula sa ibang pangkalusugang insurance o mga legal na settlement na kaugnay ng gastos na iyon ay mapupunta sa Medi-Cal bilang bayad para sa gastos na iyon hanggang ang gastos ay ganap nang nabayaran. Para sa mga magulang na ang anak o mga anak ay kwalipikado para sa Medi-Cal:

Alam ko na papatulungin ako sa ahensiya na kumokolekta ng suportang medikal mula sa kaninomanang magulang na nasa form ng pag-renew na ito na hindi nakatira kasama ng bata at hindi nagpapadala ng suporta para sa bata. Kung sa palagay ko na ang pagtulong ay makakasakit sa akin o sa aking mga anak, maaari kong sabihin sa programang Medi-Cal at hindi ako kailangang tumulong.

Lagda ng Aplikante o Awtorisadong Kinatawan

Petsa at Lugar: _____

Lagda: _____



Ang karaparan mong mag-apela: Kung sa palagay ko ay nagkamali ang programang Covered California o Medi-Cal, maaari kong iapela ang pasya nito. Ang pag-apela ay nangangahulugan na sabihin kaninoman sa programang Covered California o Medi-Cal na sa aking palagay, ang pasya nito ay mali at humingi ng patas na pagrepaso ng pagkilos.

Alam ko na maaari kong malaman kung paano mag-apela sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) para sa programang Medi-Cal o sa pagtawag sa 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) para sa mga nag-e-enroll sa Covered California.

Alam ko na dapat akong magsampa ng apela sa loob ng 90 araw mula sa pagpasya. Alam ko na maaari kong ikatawan ang sarili ko o ipakatawan ako sa ibang tao sa aking apela, katulad ng awtorisadong kinatawan, isang kaibigan, isang kamag-anak o isang abogado.

Alam ko na kung kailangan ko ng tulong, may tao sa programang Covered California o Medi-Cal o sa tanggapan ng mga panlipunang serbisyo ng county ang makakapagpaliwanag ng aking kaso sa akin.

DEKLARASYON

Dinedeklara ko sa ilalim ng multa ng perjury sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang sasabihin ko sa ibaba ay totoo at tama.

Nauunawaan ko ang lahat ng mga tanong sa form ng pag-renew na ito at ibinigay ko ang totoo at tamang mga sagot sa lawak ng kaalaman ko. Kung saan ko hindi mismo alam ang sagot, ginagawa ko lahat ng makatwirang pagtangka na kumpirmahin ang sagot sa taong may alam.

Alam ko na kapag hindi ko sinabi ang katotohanan sa form ng pag-renew na ito, maaaring may sibil o kriminal na parusa para sa perjury na maaaring kasama ang hanggang apat na taon sa bilangguan. (Tingnan ang California Penal Code Section 126.)

Alam ko na ang impormasyon sa form ng pag-renew na ito ay gagamitin upang magpasya kung ang mga taong nag-a-apply ay kwalipikado para sa pangkalusugang insurance. Pananatiliing pribado ng programang Medi-Cal at Covered California ang impormasyon, ayon sa inatas ng batas pederal at California.

Sumasang-ayon akong abisuhan ang programang Medi-Cal o opisina ng mga panlipunang serbisyo ng Medi-Cal sa county ko o Covered California sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) o pagbisita sa CoveredCA.com kung may anumang magbago sa form ng pag-renew na ito para kaninomanang taong nag-a-apply para sa pangkalusugang insurance.

[INSERT DATE]

Quý vị có thể nhận được thông báo này bằng ngôn ngữ khác hoặc dưới dạng bản in khổ lớn hoặc cách thức khác phù hợp nhất với quý vị. Gọi số [1-800-XXX-XXXX]. Đây là số điện thoại gọi miễn phí. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].

Đã đến lúc gia hạn bảo hiểm Medi-Cal của quý vị. Chúng tôi cần một số thông tin từ quý vị để giúp quý vị giữ bảo hiểm Medi-Cal cho năm tới.

Quý Vị Có Thể Gia Hạn Bảo Hiểm Medi-Cal của Quý Vị theo Bất Kỳ Cách Nào sau đây

- **Qua đường bưu điện:** Điền mẫu đơn này và gửi qua đường bưu điện tới:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Any city, State]
- **Đích thân tới nộp đơn:** Tới văn phòng của chúng tôi tại [Medicaid Agency] [100 State Street] [Any city, State]. Giờ làm việc là [8:30 a.m. to 5 p.m. Monday to Friday].
- **Qua mạng trực tuyến:** Thủ tục gia hạn qua mạng trực tuyến rất nhanh chóng và đơn giản. Tới website **www.coveredca.com** hoặc [SAWS online portal] để tải lên giấy tờ của quý vị.

Cách Điền Mẫu Đơn Này

Để bảo đảm quý vị hoặc gia đình quý vị tiếp tục có bảo hiểm Medi-Cal, quý vị phải cho chúng tôi biết có bất kỳ thay đổi nào đối với thông tin trong mẫu đơn này hay không.

1. Vui lòng xem lại thông tin về quý vị và các thành viên trong hộ gia đình quý vị và cho chúng tôi biết nếu có thay đổi.
2. Gửi cho chúng tôi hoặc tải lên bản sao các giấy tờ có thông tin cập nhật nhất của quý vị, ngay cả khi thông tin của quý vị không thay đổi.
3. Gửi lại mẫu đơn này hoặc cung cấp thông tin này qua mạng trực tuyến trễ nhất là [Insert Date].
4. Nếu quý vị gửi lại mẫu đơn này qua thư bưu điện, đừng quên ký tên vào mẫu đơn ở trang [INSERT PAGE #].

Chúng Tôi Cần Thông Tin của Ai

Chúng tôi cần thông tin cập nhật nhất về tất cả các thành viên trong hộ gia đình quý vị hiện đang sống cùng với quý vị hoặc có tên trong giấy tờ khai thuế của quý vị, nếu quý vị khai thuế. Chúng tôi cần thông tin từ:

- Những người trong hộ gia đình quý vị hiện đang có bảo hiểm Medi-Cal,
- Những người trong hộ gia đình quý vị muốn nộp đơn xin.
- Chúng tôi có thể cần một số thông tin về những người trong hộ gia đình của quý vị đang sống cùng với quý vị hoặc có tên trong giấy tờ khai thuế của quý vị, hiện không có bảo hiểm Medi-Cal và không muốn nộp đơn xin Medi-Cal. Thông tin của họ sẽ được giữ kín và sẽ chỉ được sử dụng để giúp những người trong hộ gia đình quý vị muốn giữ hoặc nộp đơn xin bảo hiểm Medi-Cal.

Quý vị không cần phải khai thuế thì mới được nộp đơn xin hoặc gia hạn bảo hiểm Medi-Cal của quý vị.

Nếu Thông Tin của Tôi Khác thì sao?

Nếu bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medi-Cal vì thông tin trong mẫu đơn này đã thay đổi, chúng tôi sẽ sử dụng thông tin mới của quý vị để xác định xem quý vị hoặc những người khác trong hộ gia đình quý vị có hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe hợp túi tiền khác hay không, trong đó bao gồm cả Covered California. Thông tin

của quý vị sẽ được giữ kín và sẽ chỉ được sử dụng để xác định xem quý vị hoặc gia đình quý vị có hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe hợp túi tiền hay không. Chúng tôi có thể cần thêm thông tin từ quý vị để tìm giúp quý vị bảo hiểm sức khỏe hợp túi tiền nhất. Quý vị không cần phải khai thuế thì mới được nộp đơn xin hoặc gia hạn bảo hiểm Medi-Cal.



QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC? Gọi [state agency name] tại số [1-800-XXX-XXXX]. Đây là số điện thoại gọi miễn phí. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Quý vị có thể gọi [days and hours of operation]. Hoặc tới website [web address]

1

Hộ Gia Đình Hiện Tại Của Quý Vị

Vui lòng kiểm tra thông tin dưới đây và cho chúng tôi biết có thay đổi nào hay không.

Địa chỉ dưới đây có đúng không? Có
Nếu đúng, tới **Mục 2**.

Không. Nếu không, vui lòng ghi thông tin đúng ở dưới.

[RECIPIENT NAME]

Tên (tên gọi, tên đệm, tên họ và tước hiệu sau tên)

Địa Chỉ Nhà:

Địa chỉ nhà

Căn hộ số #

[ADDRESS 2]

Thành phố (nhà)

Tiểu bang

Số ZIP code

[ADDRESS 3]

Địa chỉ **bưu tín**, chỉ trong trường hợp khác với ở trên.

Căn hộ số #

Địa chỉ bưu tín:

Thành phố (nhận thư)

Tiểu bang

Số ZIP code

[HOME ADDRESS]

[ADDRESS 2]

[ADDRESS 3]

Chúng tôi có thể gọi số điện thoại nào nếu muốn liên lạc với quý vị? Nhà Số điện thoại di động Sở làm

Điện thoại:

Số:

Số điện thoại nhà: [NUMBER1]

Lúc nào là thích hợp nhất để gặp quý vị tại số này?

Số điện thoại khác: [NUMBER2]

(Không bắt buộc) Còn số điện thoại nào khác chúng tôi có thể gọi cho quý vị không? Nhà Số điện thoại di động Sở làm

Số:

(Không bắt buộc) Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị theo địa chỉ email nào?

Ai ở trong Hộ Gia Đình Quý Vị?

Vui lòng kiểm tra thông tin dưới đây cho những người trong hộ gia đình quý vị muốn gia hạn bảo hiểm Medi-Cal. Vui lòng cho biết có thay đổi gì về thông tin chúng tôi có cho những người sống cùng với quý vị hoặc có tên trong giấy tờ khai thuế liên bang của quý vị hay không.

Tên (tên gọi, tên đệm, tên họ và tước hiệu sau tên)	Diện Khai Thuế (chẳng hạn như người khai thuế chính, người phụ thuộc)	Người này có Mối Liên Hệ như thế nào với Người Khai Thuế chính hoặc Chủ Hộ?	Ai Ghi Người Đây là Người Phụ Thuộc trong Bản Khai Thuế?	Thông Tin Có Đúng Không?
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu thông tin ở trên không đúng, vui lòng ghi thông tin đúng vào phần trống cho sẵn dưới đây. Nếu còn các thành viên khác trong hộ gia đình quý vị, vui lòng ghi thông tin của họ ở dưới.

Tên (tên gọi, tên đệm, tên họ và tước hiệu sau tên)	Diện Khai Thuế	Có Quan Hệ Họ Hàng với Người Khai Thuế	Ai Ghi Người Đây là Người Phụ Thuộc trong Bản Khai Thuế?



QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC? Gọi [state agency name] tại số [1-800-XXX-XXXX]. Đây là số điện thoại gọi miễn phí. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)]. Quý vị có thể gọi [days and hours of operation]. Hoặc tới website [web address]

Lợi Tức và các Khoản Chi Phí

Chúng tôi không thể gia hạn bảo hiểm Medi-Cal của quý vị dựa trên mức lợi tức ở dưới, hiện có cho quý vị hoặc các thành viên trong hộ gia đình quý vị từ các nguồn dữ liệu trên mạng điện tử. Vui lòng cho chúng tôi biết thông tin dưới đây có đúng hay không. Chúng tôi cần giấy tờ chứng từ cho biết mức lợi tức gần đây nhất của quý vị. Vui lòng gửi kèm theo bất kỳ giấy tờ nào sau đây, trong đó cho biết lợi tức trước khi trả thuế hoặc trước khi trừ các khoản: các cuống phiếu lương mới nhất, trợ cấp hoặc thư thông báo được nhận trợ cấp, các ngân phiếu đã nhận được hoặc giấy xác nhận có chữ ký từ hãng số, hoặc bản khai thuế hoặc khai thuế của năm ngoái. Nếu nguồn lợi tức là do tự kinh doanh, gửi bản sao của bản khai thuế hoặc bản kết toán lời lỗ mới đây nhất.

Thông tin lợi tức dưới đây chỉ dành cho những người trong hộ gia đình quý vị không thể xác minh theo cách khác. Nếu quý vị còn các thành viên gia đình không có tên ở dưới, đó là bởi vì chúng tôi đã xác minh được lợi tức của họ nên không cần thông tin nào khác về lợi tức cho người đó.

[Pre-Populated Name:]

Hồ sơ của chúng tôi cho thấy mức lợi tức hàng tháng của người này là: _____.

Mức ước tính này bao gồm các nguồn lợi tức và các số tiền lợi tức dưới đây. Vui lòng cho biết thông tin này có đúng không, hay là đã thay đổi. Nếu thông tin này đã thay đổi, vui lòng cho chúng tôi biết thông tin đúng.

Lợi Tức 1 _____

Được nhận bao lâu một lần? _____

Thông tin này có đúng không? Có Không

Nếu không, nhập vào thông tin đúng _____

Lợi Tức 2 _____

Được nhận bao lâu một lần? _____

Thông tin này có đúng không? Có Không

Nếu không, nhập vào thông tin đúng _____

Lợi Tức 3 _____

Được nhận bao lâu một lần? _____

Thông tin này có đúng không? Có Không

Nếu không, nhập vào thông tin đúng _____

Vui lòng ghi vào phần dưới đây bất kỳ khoản lợi tức nào khác mà quý vị dự kiến sẽ nhận được và không có trong phần trên:

Lợi tức không ổn định

Quý vị đã cho biết lợi tức của quý vị thay đổi tùy theo từng tháng và mức lợi tức ước tính sẽ nhận được cho 12 tháng qua. Năm ngoái, quý vị cho biết mức lợi tức của quý vị sẽ là _____.

Quý vị nghĩ rằng lợi tức của quý vị cho năm tính theo lịch hiện tại sẽ là bao nhiêu? _____

Các Khoản Chi Phí/Khấu Trừ Thuế

Hồ sơ của chúng tôi cho thấy người này có các khoản chi phí thuế (các khoản khấu trừ) sau đây trong năm ngoái. Vui lòng cho chúng tôi biết các khoản chi phí này vẫn giữ nguyên như cũ cho năm tới hay không:

Khấu Trừ Thuế 1 _____

Trả bao lâu một lần? _____

Thông tin này có đúng không? Có Không

Nếu không, nhập vào thông tin đúng _____

Khấu Trừ Thuế 2 _____

Trả bao lâu một lần? _____

Thông tin này có đúng không? Có Không

Nếu không, nhập vào thông tin đúng _____

Khấu Trừ Thuế 3 _____

Trả bao lâu một lần? _____

Thông tin này có đúng không? Có Không

Nếu không, nhập vào thông tin đúng _____



QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC? Gọi [state agency name] tại số [1-800-XXX-XXXX]. Đây là số điện thoại gọi miễn phí. [(TTY: 1-888-XXX-XXXX)].
 Quý vị có thể gọi [days and hours of operation]. Hoặc tới website [web address]

4

Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác

Vui lòng cho chúng tôi biết thông tin dưới đây vẫn còn đúng hay không. Nếu hộ gia đình quý vị hiện có người đang có bảo hiểm sức khỏe khác KHÔNG có ở dưới, vui lòng ghi bảo hiểm đó trong phần dưới.

Tên	Dạng bảo hiểm	Quý Vị Vẫn Có Bảo Hiểm Này Đúng Không?
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Giam giữ

Thông tin của chúng tôi cho thấy một hoặc nhiều người trong hộ gia đình quý vị đang bị giam giữ. Thông tin này có đúng không?

		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Qua Đời

Thông tin của chúng tôi cho thấy một hoặc nhiều người trong hộ gia đình quý vị đã qua đời. Thông tin này có đúng không?

		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không



Trong hộ gia đình quý vị có bất kỳ ai từ 18 tới 26 tuổi và được chăm nuôi theo hợp đồng với chính phủ tại bất kỳ tiểu bang nào, vào ngày sinh nhật tròn 18 tuổi, hoặc người đã mất trợ cấp chăm nuôi theo hợp đồng với chính phủ, tại bất kỳ tiểu bang nào, do đã tới mức giới hạn tối đa về tuổi hay không?

Có Không **Nếu có**, đó là ai? _____

Gia đình quý vị có ai từ 19 tới 20 tuổi và đang đi học toàn thời gian không?

Có Không **Nếu có**, đó là ai? _____

Trong hộ gia đình quý vị có ai bị khuyết tật về thể chất, tâm thần, cảm xúc hoặc phát triển không?

Có Không **Nếu có**, đó là ai? _____

Trong hộ gia đình quý vị có ai cần giúp chăm sóc lâu dài hoặc cần các dịch vụ chăm sóc tại gia và dịch vụ trợ giúp tại cộng đồng không?

Có Không **Nếu có**, đó là ai? _____

Trong hộ gia đình quý vị có ai đang mang thai không?

Có Không **Nếu có**, đó là ai? _____

Nếu có, ngày dự liệu sinh nở của người đó là khi nào? _____

Sẽ sinh bao nhiêu con? _____

Trong hộ gia đình quý vị có ai chuyển tới hoặc chuyển ra khỏi nhà trong 12 tháng qua không?

Có Không **Nếu có**, đó là ai? _____

Mối liên hệ của quý vị với người này là như thế nào? _____

Có ai trong số này muốn nộp đơn xin bảo hiểm Medi-Cal không?

Có Không **Nếu có**, đó là ai? _____

Trong hộ gia đình quý vị có ai hiện đang có bảo hiểm Medi-Cal vừa mới nhập tịch hoặc được hưởng diện di trú hợp pháp trong 12 tháng qua không, ghi tên của những người đó ở dưới:



TUYÊN BỐ VỀ BẢO VỆ THÔNG TIN RIÊNG TƯ

Mẫu đơn gia hạn này là dành để gia hạn trợ cấp qua Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Services (DHCS)) và quyết định tình trạng hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe qua Covered California. Các thông tin cá nhân và thông tin y khoa quý vị cung cấp trong mẫu đơn này là thông tin riêng tư và bảo mật. Covered California hoặc DHCS cần thông tin này để nhận diện quý vị và những người khác trong mẫu đơn gia hạn này và để điều hành các chương trình của chúng tôi. Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan khác của tiểu bang, liên bang, và địa phương, các nhà thầu, các chương trình sức khỏe, và các chương trình chỉ cho mục đích ghi danh quý vị vào một chương trình hoặc để điều hành các chương trình, và chia sẻ với các cơ quan khác của tiểu bang và liên bang theo qui định của luật pháp.

Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi trong mẫu đơn gia hạn này, trừ khi các câu hỏi đó được đánh dấu là "không bắt buộc". Nếu mẫu đơn của quý vị thiếu thông tin yêu cầu, chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để yêu cầu cung cấp thông tin đó. Nếu quý vị không cung cấp thông tin đó, chúng tôi sẽ không thể quyết định việc gia hạn bảo hiểm của quý vị. Quý vị có thể cần phải nộp đơn xin mới, hoặc quý vị có thể không có được bảo hiểm sức khỏe qua Covered California, hoặc đơn xin gia hạn trợ cấp của quý vị có thể bị từ chối.

Trong đa số các trường hợp, quý vị có quyền xem thông tin cá nhân của quý vị trong hồ sơ của tiểu bang và liên bang. Quý vị có thể xem thông tin này dưới dạng thay thế khác (ví dụ như bản in khổ lớn) nếu quý vị cần. Để biết thêm thông tin hoặc để xem hồ sơ của Covered California, vui lòng liên lạc với Viên Chức phụ trách Bảo Vệ Thông Tin Riêng Tư tại:

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

For the Department of Health Care Services,

contact the Information Protection Unit at:
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Theo các điều luật tiểu bang và liên bang này, chúng tôi có quyền thu thập và lưu giữ thông tin trong mẫu đơn xin gia hạn bảo hiểm: Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a) DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Chúng tôi phải cung cấp bản Tuyên Bố về Bảo Vệ Thông Tin Riêng Tư này cho quý vị theo qui định của CA Civil Code § 1798.17.

Quý vị có thể tìm đọc các Thông Báo về các Phương Thức Giữ Kín Thông Tin Riêng Tư dành cho chương trình Medi-Cal tại www.dhcs.ca.gov và cho Covered California tại www.CoveredCA.com.

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM

Thông tin mà tôi cung cấp trong đơn xin này là đúng theo sự hiểu biết của tôi. Tôi biết rằng tôi có thể bị phạt nếu không nói đúng sự thật.

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi cung cấp sẽ chỉ được sử dụng để xác định những người trong gia đình tôi đang nộp đơn xin gia hạn bảo hiểm sức khỏe có hội đủ điều kiện hay không.

Tôi hiểu rằng Covered California và chương trình Medi-Cal sẽ giữ kín thông tin của tôi theo luật định. Để biết thêm thông tin hoặc để xem thông tin cá nhân trong hồ sơ do chương trình Medi-Cal và Covered California lưu giữ, tôi có thể liên lạc với văn phòng ty xã hội quận hoặc có thể liên lạc với Viên Chức phụ trách Bảo Vệ Thông Tin Riêng Tư của Covered California tại 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).

Tôi hiểu rằng để hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal, tôi phải nộp đơn xin lợi tức hoặc phúc lợi khác mà tôi hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình tôi hội đủ điều kiện được hưởng, trừ khi người đó có lý do chính đáng để không làm như vậy. Ví dụ, nguồn lợi tức hoặc phúc lợi đó có thể là trợ cấp hưu trí, trợ cấp chính phủ, lợi tức hưu trí, trợ cấp cho cựu chiến binh, tiền niên kim, trợ cấp tàn tật, trợ cấp An Sinh Xã Hội (hay còn gọi là OASDI hoặc Old Age, Survivors, và Disability Insurance), và trợ cấp thất nghiệp. Tuy nhiên lợi tức hoặc các phúc lợi đó không bao gồm phúc lợi trợ cấp chính phủ, chẳng hạn như CalWORKs hoặc CalFresh. Nếu tôi có thắc mắc về nguồn lợi tức có thể sẽ nhận được, tôi có thể gọi ty xã hội quận của tôi hoặc Covered California tại 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) để được giúp đỡ.

Tôi biết rằng tôi phải cho Covered California hoặc ty xã hội quận Medi-Cal của tôi biết nếu có thay đổi về bất kỳ thông tin nào ghi trong mẫu đơn gia hạn này. Để báo cáo thay đổi, tôi có thể gọi ty xã hội quận của tôi. Hoặc tôi có thể gọi Covered California tại 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) hoặc tới website CoveredCA.com.

Tôi biết rằng Covered California hoặc chương trình Medi-Cal không được phép phân biệt đối xử đối với tôi hoặc bất kỳ ai trong đơn xin gia hạn này vì lý do sắc tộc, màu da, quốc gia nơi xuất thân, tôn giáo, tuổi, phái tính, xu hướng tính dục, tình trạng hôn nhân, tình trạng cựu chiến binh, hoặc tình trạng khuyết tật. Nếu tôi nghĩ rằng Covered California hoặc chương trình Medi-Cal đã phân biệt đối xử đối với tôi, kể cả không cung cấp phương tiện trợ giúp hợp lý theo qui định của luật tiểu bang và liên bang, tôi có thể khiếu nại bằng cách liên lạc với Sở Y Tế và Nhân Vụ Hoa Kỳ tại www.hhs.gov/ocr/office/file hoặc Văn Phòng Tổng Chương Lý California tại <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>.

Nếu tôi tin rằng Covered California hoặc chương trình Medi-Cal đã phân biệt đối xử với tôi hoặc bất kỳ ai trong đơn xin này liên quan tới quyết định tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal, tôi cũng có thể gửi khiếu nại với Department of Health Care Services, Office of Civil Rights bằng cách gọi số 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399).



Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào về thông tin của tôi hoặc thông tin của bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của đương đơn đều có thể ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện của các thành viên khác trong hộ gia đình.

Nếu nộp đơn xin Medi-Cal, tôi xác nhận rằng không ai nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe trong đơn xin gia hạn này đang bị giam giữ, sau khi đã có phiên xử buộc tội (phán quyết), tại một nhà giam, nhà tù, hoặc cơ sở phạt tương tự hoặc trại cải huấn.

Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo các thay đổi về lợi tức cho văn phòng ty xã hội quận Medi-Cal của tôi hoặc Covered California vì thay đổi đó có thể ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp Medi-Cal hoặc số tiền trợ cấp lệ phí bảo hiểm (hoặc chiết khấu thuế) mà tôi có thể hội đủ điều kiện nhận. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi nhận được quá nhiều trợ cấp lệ phí bảo hiểm (hoặc chiết khấu thuế) trong năm nhận bảo hiểm, tôi sẽ phải hoàn trả số tiền trợ cấp lệ phí bảo hiểm trả lỗi cho IRS khi khai thuế lợi tức liên bang cho năm nhận bảo hiểm đó.

Tôi cho phép chương trình Medi-Cal hoặc Covered California kiểm tra hồ sơ lưu máy tính của các cơ quan khác để xác minh tình trạng công dân, diện di trú hợp lệ, thông tin thuế, và thông tin khác chỉ liên quan tới tình trạng hội đủ điều kiện để xác định tôi và những người khác trong đơn xin gia hạn này có hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe hay không. Nếu trong đơn xin gia hạn này có người hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal:

Tôi biết rằng nếu Medi-Cal bao trả một khoản chi phí y tế, bất kỳ số tiền nào mà tôi hoặc bất kỳ ai trong đơn xin này nhận được từ nguồn bảo hiểm sức khỏe khác hoặc tiền giải quyết khiếu kiện pháp lý liên quan tới khoản chi phí đó sẽ được chuyển cho Medi-Cal để trừ vào khoản chi phí đó cho tới khi trả hết khoản chi phí đó. Đối với cha mẹ của (những) trẻ em hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal:

Tôi biết rằng tôi sẽ được đề nghị giúp cơ quan thấu thập thông tin về tiền chu cấp y tế từ bất kỳ người cha/mẹ nào trong đơn xin gia hạn bảo hiểm này hiện không sống cùng với đứa trẻ và không gửi tiền trợ cấp cho đứa trẻ. Nếu tôi nghĩ rằng việc giúp đỡ sẽ gây nguy hiểm cho tôi hoặc các con tôi, tôi có thể cho chương trình Medi-Cal biết và tôi không bắt buộc phải giúp đỡ.

Quyền kháng cáo của quý vị: Nếu tôi nghĩ rằng Covered California hoặc chương trình Medi-Cal có sai sót, tôi có thể kháng cáo quyết định của họ. Kháng cáo có nghĩa là cho Covered California hoặc chương trình Medi-Cal biết tôi nghĩ rằng quyết định của họ là sai và đề nghị duyệt xét công bằng về thủ tục đó.

Chữ Ký Của Đương Đơn Hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày và Địa Điểm: _____

Chữ ký: _____



Tôi biết rằng tôi có thể tìm hiểu cách kháng cáo bằng cách gọi số 1-855-795-0634 (TTY: 1-800-952-8349) dành cho chương trình Medi-Cal hoặc gọi số 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) dành cho hội viên Covered California.

Tôi biết rằng tôi phải gửi đơn kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ khi có quyết định đó. Tôi biết rằng tôi có thể tự đại diện cho bản thân hoặc nhờ người khác đại diện cho tôi trong trường hợp kháng cáo, ví dụ như đại diện được ủy quyền, bạn bè, họ hàng thân thích, hoặc luật sư.

Tôi biết rằng nếu tôi cần giúp đỡ, nhân viên của Covered California, chương trình Medi-Cal, hoặc ty xã hội quận có thể giải thích về trường hợp của tôi cho tôi.

TUYÊN BỐ

Theo hình phạt về tội khai man của luật pháp Tiểu Bang California, tôi cam đoan những điều tôi nói dưới đây là đúng và chính xác.

Tôi hiểu tất cả các câu hỏi trong mẫu đơn gia hạn này và đã trả lời chính xác và trung thực theo sự hiểu biết nhất của tôi. Nếu không biết câu trả lời, tôi đã cố gắng hết sức để xác nhận câu trả lời với người biết câu trả lời đó.

Tôi biết rằng nếu không cung cấp thông tin trung thực trong mẫu đơn gia hạn này, tôi có thể bị phạt dân sự hoặc hình sự vì tội khai man, có thể bao gồm tới tối đa là phạt tù bốn năm. (Xem Bộ Luật Hình Sự California Mục 126.)

Tôi biết rằng thông tin trong mẫu đơn xin gia hạn này sẽ được sử dụng để quyết định những người nộp đơn xin có hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe hay không. Chương trình Medi-Cal và Covered California sẽ giữ kín thông tin, theo qui định của luật pháp liên bang và luật pháp tiểu bang California.

Tôi đồng ý thông báo cho chương trình Medi-Cal hoặc ty xã hội quận Medi-Cal của tôi hoặc Covered California bằng cách gọi 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) hoặc tới website CoveredCA.com nếu có bất kỳ thay đổi nào về thông tin trong mẫu đơn xin gia hạn này cho bất kỳ ai nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe.