



DATE: January 12, 2024

Medi-Cal Eligibility Division Information

Letter No.: I 24-02

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

SUBJECT: AGE 26-49 ADULT EXPANSION TRANSLATIONS OF NOTICE OF ACTION (NOA) SNIPPETS (REFERENCE: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS LETTER [23-08](#))

The purpose of this Medi-Cal Eligibility Division Information Letter (MEDIL) is to provide counties the translations of NOA Snippets were implemented as part of the Age 26-49 Adult Expansion on January 1, 2024.

The Age 26-49 Adult Expansion NOA Snippets English versions (4/2022) have been translated into all 18 threshold languages: Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, and Vietnamese.

If you have any questions, or if we can provide further information, please contact Jillian Davis, by phone at (916) 345-8172 or by email at Jillian.Davis@dhcs.ca.gov.

Sincerely,

Theresa Hasbrouck
Branch Chief, Policy Development Branch
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosure

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Arabic Text Snippets
<p>Restricted Scope Retro Approval</p>	<p>تغطية فواتيرك لأي من الأشهر الـ 3 السابقة لتقديم طلبك. لقد تأهلت للحصول على النطاق Medi-Cal لقد طلبت منا التأكد مما إذا كان بإمكانك قبل 1 يناير 2024 للأسباب Medi-Cal. لم تأهل للحصول على النطاق الكامل من تغطية month year في <Medi-Cal المقيد من التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يقع عُمرُك بين 26 عامًا إلى 49 عامًا، و الخاصة بك أو حالة الهجرة المرضية U.S. • لم ترسل إلينا إثباتًا على جنسية خدمات الطوارئ فقط، بالإضافة إلى الخدمات المتعلقة بالحمل كإعانة ما قبل الولادة، ورعاية المخاض، وMedi-Cal يغطي النطاق المقيد من يغطي خدمة ما، وMedi-Cal والولادة، ورعاية ما بعد الولادة، وخدمات الرعاية طويلة الأجل. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كان النطاق المقيد من فاسأل مُقدم خدمة الرعاية الطبية الخاص بك. <p>< month year لمدة <Medi-Cal نرسل إليك هذا الخطاب لنخبرك بأنك قد حصلت على النطاق المقيد من</p> <p>قد تتلقى - أو تلقيت بالفعل - إشعارات أخرى بشأن أهليتك لفترات زمنية أخرى.</p> <p>إذا كان لديك إثبات على جنسيتك أو حالة الهجرة يمكنك منحنا إياه، أو ترغب في إخبارنا بأنك غير قادر على الحصول على ذلك الإثبات، فيُرجى في مقاطعتك عبر الرقم الموضَّح في هذا الخطاب. قد تتغير مزاياك بأثر رجعي (في الماضي) من النطاق المقيد إلى Medi-Cal الاتصال بمكتب النطاق الكامل عندما تقدم إلينا إثباتًا. تغطي مزايا النطاق الكامل زيارات الطبيب المطلوبة لجميع احتياجاتك الطبية.</p> <p>لقد قمنا بحساب حجم أسرتك ودخلك من أجل اتخاذ قرارنا.</p> <p>، ودخل أسرتك الشهري هو household size، حجم أسرتك هو <Medi-Cal بالنسبة لـ الشهر لـ حجم أسرتك هو <Medi-Cal. وبالتالي فإن حد دخل modified adjusted gross income > . لقد حصلت على النطاق المقيد من تغطية <Medi-Cal. إن دخلك أقل من هذا الحد، وبالتالي فأنت مؤهل للحصول على تغطية >MAGI limit الخاصة بك أو حالة الهجرة المرضية U.S. لأنك لم تقدم إثباتًا على جنسية <Medi-Cal . إن اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه لاتخاذ هذا القرار هو قسم قانون الرفاه والمؤسسات 14007.8 . إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ ما، فيمكنك الاستئناف على القرار.</p> <p>لمعرفة كيفية الاستئناف على القرار، يُرجى قراءة "حقوق الاستماع الخاصة بك" في الصفحة الأخيرة من هذا الخطاب. لديك 90 يومًا لطلب جلسة استماع، وقد بدأت الـ 90 يومًا في اليوم التالي لتاريخ هذا الخطاب.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>< month dd, year الخاصة بك إلى النطاق الكامل في <Medi-Cal أخبار جيدة! لقد تغيرت تغطية الخاصة بك من النطاق المقيد إلى النطاق الكامل بسبب قانون جديد يبدأ في 1 يناير 2024. ولمعرفة المزيد حول <Medi-Cal لقد تغيرت تغطية > https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx انقر فوق الرابط. <Medi-Cal مزايا النطاق الكامل من تغطية ما لم يتبين أنك لم تعد مؤهلاً <Medi-Cal ستحتفظ بالنطاق الكامل من تغطية يمكن أن يحدث ذلك عندما يتم تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك.</p> <p>للأشهر الماضية <Medi-Cal قد تكون مؤهلاً للحصول على النطاق الكامل من تغطية</p> <p>، فقد تتمكن من استرداد أموالك. إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن <Medi-Cal إذا كنت قد دفعت للحصول على الرعاية الطبية في فترة تقييد مزايا استرداد أموالك، فيُرجى الاتصال بدائرة خدمات المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية عبر الرقم</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Arabic Text Snippets
	<p>2007-403-916-1 إن اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه لاتخاذ هذا القرار هو قسم قانون الرفاه والمؤسسات 14007.8. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ ما، فيمكنك الاستئناف على القرار. لمعرفة كيفية الاستئناف على القرار، يُرجى قراءة "حقوق الاستماع الخاصة بك" في الصفحة الأخيرة من هذا الخطاب. لديك 90 يومًا لطلب جلسة استماع، وقد بدأت الـ 90 يومًا في اليوم التالي لتاريخ هذا الإشعار.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>تغطية فواتيرك لأي من الأشهر الـ 3 السابقة لتقديم طلبك. لقد تأهلت للحصول على النطاق Medi-Cal لقد طلبت منا التأكد مما إذا كان بإمكانك قبل 1 يناير 2024 للأسباب <Medi-Cal>. لم تتأهل للحصول على النطاق الكامل من تغطية month year في <Medi-Cal> المقيد من التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يقع عُمرك بين 26 عامًا إلى 49 عامًا، و الخاصة بك أو حالة الهجرة المرضية U.S. • لم ترسل إلينا إثباتًا على جنسية خدمات الطوارئ فقط، بالإضافة إلى الخدمات المتعلقة بالحمل كإعانة ما قبل الولادة، ورعاية المخاض، وMedi-Cal يغطي النطاق المقيد من يغطي خدمة ما، وMedi-Cal والولادة، ورعاية ما بعد الولادة، وخدمات الرعاية طويلة الأجل. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كان النطاق المقيد من فاسأل مقدم خدمة الرعاية الطبية الخاص بك. <p><. قد تتلقى -أو تلقيت month year لمدة <Medi-Cal> نرسل إليك هذا الخطاب لنخبرك بأنك قد حصلت على النطاق المقيد من تغطية بالفعل- خطابات أخرى بشأن أهليتك لفترات زمنية أخرى.</p> <p>إذا كان لديك إثبات على جنسيتك أو حالة الهجرة يمكنك منحنا إياه، أو ترغب في إخبارنا بأنك غير قادر على الحصول على ذلك الإثبات، فيُرجى في مقاطعتك عبر الرقم الموضَّح في هذا الخطاب. قد تتغير مزاياك بأثر رجعي (في الماضي) من النطاق المقيد إلى <Medi-Cal> الاتصال بمكتب النطاق الكامل عندما تقدم لنا إثباتًا. تغطي مزايا النطاق الكامل زيارات الطبيب المطلوبة لجميع احتياجاتك الطبية.</p> <p>إن اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه لاتخاذ هذا القرار هو قسم قانون الرفاه والمؤسسات 14007.8. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ ما، فيمكنك الاستئناف على القرار. لمعرفة كيفية الاستئناف على القرار، يُرجى قراءة "حقوق الاستماع الخاصة بك" في الصفحة الأخيرة من هذا الخطاب. لديك 90 يومًا لطلب جلسة استماع، وقد بدأت الـ 90 يومًا في اليوم التالي لتاريخ هذا الخطاب.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>< month dd, year الخاصة بك إلى النطاق الكامل في <Medi-Cal> أخبار جيدة! لقد تغيرت تغطية الخاصة بك من النطاق المقيد إلى النطاق الكامل بسبب قانون جديد يبدأ في 1 يناير 2024. ولمعرفة المزيد حول <Medi-Cal> لقد تغيرت تغطية <Medi-Cal> مزايا النطاق الكامل من تغطية <Medi-Cal> انقر فوق الرابط: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx</p> <p>ما لم يتبين أنك لم تعد مؤهلاً <Medi-Cal> ستحتفظ بالنطاق الكامل من تغطية يمكن أن يحدث ذلك عندما يتم تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك.</p> <p>للاشهر الماضية <Medi-Cal> قد تكون مؤهلاً للحصول على النطاق الكامل من تغطية ، فقد تتمكن من استرداد أموالك. إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن <Medi-Cal> إذا كنت قد دفعت للحصول على الرعاية الطبية في فترة تقييد مزايا</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Arabic Text Snippets
	<p>استرداد أموالك، فيرجى الاتصال بدائرة خدمات المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية عبر الرقم 2007-403-916-1.</p> <p>إن اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه لاتخاذ هذا القرار هو قسم قانون الرفاه والمؤسسات 14007.8.</p> <p>إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ ما، فيمكنك الاستئناف على القرار.</p> <p>لمعرفة كيفية الاستئناف على القرار، يُرجى قراءة "حقوق الاستماع الخاصة بك" في الصفحة الأخيرة من هذا الخطاب. لديك 90 يوماً لطلب جلسة استماع، وقد بدأت الـ 90 يوماً في اليوم التالي لتاريخ هذا الإشعار.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Armenian Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>Դուք մեզ խնդրել էիք ստուգել, թե արդյոք «Medi-Cal»-ը կարող է վճարել Ձեր դիմելուն նախորդած 3 ամիսներից որևէ մեկի ընթացքում Ձեզ ներկայացված հաշիվները: <month year>-ին դուք սահմանափակ «Medi-Cal»-ի իրավունակություն եք ունեցել: Մինչև 2024 թ. հունվարի 1-ը Դուք իրավունակ չեք ճանաչվել «Medi-Cal»-ի լիարժեք ապահովագրություն ստանալու համար, քանի որ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դուք 26-ից 49 տարեկան եք, և • Դուք մեզ U.S. քաղաքացիության կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակի ապացույց չեք ուղարկել <p>Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկուևքի, ծննդաբերության, հետծննդյան բուժօգնության և երկարատև խնամքի ծառայությունների համար: Եթե համոզված չեք, որ որևէ ծառայության համար վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր առողջապահական սպասարկողին:</p> <p>Սույն նամակը Ձեզ տեղեկացնում է այն մասին, որ <month year>-ում Դուք սահմանափակ «Medi-Cal» եք ստանում:</p> <p>Հնարավոր է, որ Դուք այլ ծանուցումներ ստանաք կամ արդեն ստացել եք՝ այլ ժամանակահատվածներում Ձեր իրավունակության վերաբերյալ:</p> <p>Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ չեք կարողանում ապացույց ստանալ, զանգահարեք «Medi-Cal»-ի Ձեր շրջանի գրասենյակ՝ այս նամակում նշված համարով: Երբ Դուք ապացույց ուղարկեք, Ձեր նպաստները կարող են հետին թվով (նախորդ ամիսների համար) փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները վճարում են նախատեսում Ձեր բոլոր առողջական կարիքների դեպքում կատարած բժշկի այցելությունների համար:</p> <p>Որոշում կայացնելու համար մենք հաշվարկել ենք Ձեր տանն ապրող անդամների թիվը և եկամուտը:</p> <p>«Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ Ձեր տանն ապրող անդամների թիվը <household size> է: Ձեր տանն ապրող անդամների ամսական եկամուտը <modified adjusted gross income> է: Ձեր տանն ապրող անդամների թվի համար «Medi-Cal»-ի կողմից սահմանված ամսական եկամտի սահմանաչափը <MAGI limit> է: Ձեր եկամուտն այդ սահմանաչափից ցածր է: Ուստի Դուք իրավունակ եք «Medi-Cal»-ի համար: Դուք սահմանափակ «Medi-Cal» եք ստացել, քանի որ Ձեր U.S. քաղաքացիության կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակի ապացույց չեք ներկայացրել:</p> <p>Այն կանոնակարգը կամ օրենքը, որն օգտագործել ենք որոշում կայացնելիս «Բարեկեցության և</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Armenian Text Snippets
	<p>հիմնարկությունների մասին օրենքի» 14007.8-րդ բաժինն է:</p> <p>Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատաքննության Ձեր իրավունքներ»-ը՝ այս նամակի վերջին էջում: Դուք 90 օր ունեք դատաքննության հայց ներկայացնելու համար: Այդ 90 օրը սկսվել է այս նամակի վրա նշված</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>Մենք լավ լուր ունենք Ձեզ համար. <month dd, year>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը դարձել է լիարժեք: Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակից լիարժեք է դարձել նոր օրենքի շնորհիվ, որն ուժի մեջ է մտնում 2024 թ. հունվարի 1-ից: Լիարժեք «Medi-Cal»-ի նպաստների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք. https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx:</p> <p>Դուք կպահպանեք «Medi-Cal»-ի Ձեր լիարժեք ապահովագրությունը, քանի դեռ այն ստանալու համար անհրաժեշտ է չեք ճանաչվել: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ վերահաստատվում է Ձեր իրավունակությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի:</p> <p>Ջնարավոր է, որ Դուք իրավունակ լինեք անցած ամիսների համար լիարժեք «Medi-Cal» ստանալու:</p> <p>Եթե «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստներից օգտվելու ընթացքում Դուք վճարել եք բուժօգնության համար, ապա ինարավոր է, որ կարողանաք հետ ստանալ Ձեր գումարը: Եթե Ձեր գումարը հետ ստանալու վերաբերյալ հարցեր ունեք, զանգահարեք Առողջապահական ծառայությունների դեպարտամենտի Նպաստառուների սպասարկման բաժին՝ 1-916-403-2007 հեռախոսահամարով:</p> <p>Այն կանոնակարգը կամ օրենքը, որն օգտագործել ենք որոշում կայացնելիս «Բարեկեցության և հիմնարկությունների մասին օրենքի» 14007.8-րդ բաժինն է: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատաքննության Ձեր իրավունքներ»-ը՝ այս նամակի վերջին էջում: Դուք 90 օր ունեք դատաքննության հայց ներկայացնելու համար: Այդ 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվի հաջորդ օրվանից:</p>
<p>Restricted Retro Approval</p>	<p>Դուք մեզ խնդրել էիք ստուգել, թե արդյոք «Medi-Cal»-ը կարող է վճարել Ձեր դիմելուն նախորդած 3 ամիսներից որևէ մեկի ընթացքում Ձեզ ներկայացված հաշիվները: <month year>-ին դուք սահմանափակ «Medi-Cal»-ի իրավունակություն եք ունեցել: Մինչև 2024 թ. հունվարի 1-ը Դուք</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Armenian Text Snippets
<p>(Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>իրավունակ չեք ճանաչվել լիարժեք «Medi-Cal» ստանալու համար, քանի որ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դուք 26-ից 49 տարեկան եք, և • Դուք մեզ Ձեր U.S. քաղաքացիության կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակի ապացույց չեք ուղարկել <p>Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկուկնի, ծննդաբերության, հետծննդյան բուժօգնության և երկարատև խնամքի ծառայությունների համար: Եթե համոզված չեք, որ որևէ ծառայության համար վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր առողջապահական սպասարկողին: Սույն նամակը Ձեզ տեղեկացնում է այն մասին, որ <month year>-ում Դուք «Medi-Cal»-ի սահմանափակ ապահովագրություն եք ստանում:</p> <p>Հնարավոր է, որ Դուք այլ նամակներ ստանաք կամ արդեն ստացել եք՝ այլ ժամանակահատվածներում Ձեր իրավունակության վերաբերյալ:</p> <p>Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ չեք կարողանում ապացույց ստանալ, զանգահարեք «Medi-Cal»-ի Ձեր շրջանի գրասենյակ՝ այս նամակում նշված համարով: Երբ Դուք ապացույց ուղարկեք, Ձեր նպաստները կարող են հետին թվով (նախորդ ամիսների համար) փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները վճարում են նախատեսում Ձեր բոլոր առողջական կարիքների դեպքում կատարած բժշկի այցելությունների համար:</p> <p>Այն կանոնակարգը կամ օրենքը, որն օգտագործել ենք որոշում կայացնելիս «Բարեկեցության և հիմնարկությունների մասին օրենքի» 14007.8-րդ բաժինն է:</p> <p>Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատաքննության Ձեր իրավունքներ»-ը՝ այս նամակի վերջին էջում: Դուք 90 օր ունեք դատաքննության հայց ներկայացնելու համար: Այդ 90 օրը սկսվել է այս նամակի վրա նշված ամսաթվի հաջորդ օրվանից:</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Մենք լավ լուր ունենք Ձեզ համար. <month dd, year>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը դարձել է լիարժեք: Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակից լիարժեք է դարձել նոր օրենքի շնորհիվ, որն ուժի մեջ է մտնում 2024 թ. հունվարի 1-ից: Լիարժեք «Medi-Cal»-ի նպաստների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx: Դուք կպահպանեք Ձեր լիարժեք «Medi-Cal»-ը, քանի դեռ այն ստանալու համար անիրավունակ չեք ճանաչվել: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ վերահաստատվում է</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Armenian Text Snippets
	<p>Ձեր իրավունակությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի: Ջնարավոր է, որ Դուք իրավունակ լինեք անցած ամիսների համար լիարժեք «Medi-Cal» ստանալու: Եթե «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստներից օգտվելու ընթացքում Դուք վճարել եք բուժօգնության համար, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք հետ ստանալ Ձեր գումարը: Եթե Ձեր գումարը հետ ստանալու վերաբերյալ հարցեր ունեք, զանգահարեք Առողջապահական ծառայությունների դեպարտամենտի Նպաստառուների սպասարկման բաժին՝ 1-916-403-2007 հեռախոսահամարով: Այն կանոնակարգը կամ օրենքը, որն օգտագործել ենք որոշում կայացնելիս «Բարեկեցության և հիմնարկությունների մասին օրենքի» 14007.8-րդ բաժինն է: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատաքննության Ձեր իրավունքներ»-ը՝ այս նամակի վերջին էջում: Դուք 90 օր ունեք դատաքննության հայց ներկայացնելու համար: Այդ 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվի հաջորդ օրվանից:</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Cambodian Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>អ្នកបានស្នើសុំឱ្យខាងយើងខ្ញុំធ្វើការពិនិត្យមើលថា តើកម្មវិធី Medi-Cal អាចរាប់រងលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នកណាមួយបានឬទេក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុនពេលអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ។</p> <p>អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ជាកញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ក្នុង <month year>។</p> <p>អ្នកពុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការរាប់រងពីកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញនោះទេ នៅមុនថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024 ដោយសារ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • អ្នកមានអាយុចន្លោះពី 26 ដល់ 49 ឆ្នាំ ហើយ • អ្នកពុំបានធ្វើភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិអាមេរិក U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ទៅតាមការចង់បានកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ រាប់រងតែលើសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់សេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនពេលសម្រាល ការថែទាំពេលឈឺពោះឆ្លងទន្លេពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែងប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថា តើកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ រាប់រងលើសេវាកម្មណាមួយ សូមសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ <p>លិខិតនេះគឺដើម្បីជូនដំណឹងដល់អ្នកឱ្យបានជ្រាបថា អ្នកទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់រយៈពេល <month year>។</p> <p>អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបាន ឬបានទទួលរួចហើយនូវការជូនដំណឹង ផ្សេងទៀតអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ពេលវេលាដទៃទៀតណាមួយ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ជូនដល់យើង ឬចង់ជូនដំណឹងដល់យើងថា អ្នកមិនអាចរកបានភស្តុតាងបញ្ជាក់ទេ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Medi-Cal ក្នុងខោនធីរបស់អ្នក តាមរយៈលេខដែលមាននៅលើលិខិតនេះ។</p> <p>អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានប្រសិទ្ធភាពកាលពីមុន (ពីអតីតកាល)</p> <p>អាចមានការផ្លាស់ប្តូរពីកញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ទៅជាកញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញនៅពេលអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ដល់យើង។ អត្ថប្រយោជន៍កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញរាប់រងលើថ្លៃជួបពិគ្រោះជំងឺជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់តម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។</p> <p>យើងពឹងផ្អែកលើចំនួនមនុស្សក្នុងផ្ទះសម្បែងនិងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។</p> <p>សម្រាប់ Medi-Cal ចំនួនមនុស្សក្នុងផ្ទះសម្បែងរបស់អ្នក គឺ <household size> នាក់។</p> <p>ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែក្នុងផ្ទះសម្បែងរបស់អ្នកគឺ <modified adjusted gross income>។</p> <p>ការកំណត់ចំនួនប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែពី Medi-Cal សម្រាប់ចំនួនមនុស្សក្នុងផ្ទះសម្បែងរបស់អ្នកគឺ <MAGI limit>។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក គឺស្ថិតនៅក្រោមចំនួនកំណត់នេះ។ ដូច្នេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medi-</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Cambodian Text Snippets
	<p>Cal។ អ្នកទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ ដោយសារអ្នកពុំបានផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិអាមេរិក U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ទៅតាមការចង់បាន។</p> <p>បទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងបានប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តនេះ គឺច្បាប់ស្តីពីសុខមាលភាពនិងស្ថាប័ន ផ្នែក 14007.8។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។</p> <p>ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមអាន “សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក” នៅទំព័រចុងក្រោយនៃលិខិតនេះ។</p> <p>អ្នកមានពេល 90 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃនេះ គិតចាប់ពីថ្ងៃបន្ទាប់នៃកាលបរិច្ឆេទក្នុងលិខិតនេះ។</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>ដំណឹងល្អ! កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរទៅជាកញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញនៅថ្ងៃ <month dd, year>។</p> <p>កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរពីកញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ ទៅជាកញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញវិញ ដោយសារច្បាប់ថ្មីដែលនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024។</p> <p>ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញ សូមចូលទៅកាន់៖</p> <p>https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx</p> <p>អ្នកអាចរក្សាទុកការរ៉ាប់រងកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញបាន លុះត្រាតែគេបានរកឃើញថា អ្នកលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានសេវាកម្មទៀត។</p> <p>ករណីនេះអាចកើតមានឡើងនៅពេលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកត្រូវបានបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលស្ថានភាពរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ។</p> <p>អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញសម្រាប់រយៈពេលប៉ុន្មានខែចុងក្រោយ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃការថែទាំសុខភាព ក្នុងពេលដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់រួចហើយ នោះអ្នកអាចទទួលបានប្រាក់របស់អ្នកត្រឡប់មកវិញ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការទទួលបានប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្ម អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ នៃនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-916-403-2007។</p> <p>បទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងបានប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត គឺច្បាប់ស្តីពីសុខមាលភាពនិងស្ថាប័ន ផ្នែក 14007.8។</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Cambodian Text Snippets
	<p>ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមអាន “សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក” នៅទំព័រចុងក្រោយនៃលិខិតនេះ។ អ្នកមានពេល 90 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃនេះ គិតចាប់ពីថ្ងៃបន្ទាប់នៃកាលបរិច្ឆេទក្នុងការជូនដំណឹងនេះ។</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>អ្នកបានស្នើសុំឱ្យខាងយើងខ្ញុំធ្វើការពិនិត្យមើលថា តើកម្មវិធី Medi-Cal អាចរ៉ាប់រងលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នកណាមួយបានឬទេក្នុងរយៈពេល 3 ខែមុនពេលអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំ។ អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ជាកញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ក្នុង <month year>។ អ្នកពុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញនោះទេ នៅមុនថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024 ដោយសារ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • អ្នកមានអាយុចន្លោះពី 26 ដល់ 49 ឆ្នាំ ហើយ • អ្នកពុំបានធ្វើភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិអាមេរិក U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកទៅតាមការចង់បាន <p>កម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ រ៉ាប់រងតែលើសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនពេលសម្រាល ការថែទាំពេលឈឺពោះឆ្លងទន្លេ ពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែងប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថា តើកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មណាមួយ សូមសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។</p> <p>លិខិតនេះគឺដើម្បីជូនដំណឹងដល់អ្នកឱ្យបានជ្រាបថា អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងពីកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់រយៈពេល <month year>។ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបាន ឬបានទទួលរួចហើយនូវលិខិតដទៃផ្សេងទៀតអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក សម្រាប់ពេលវេលាដទៃទៀតណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ជូនដល់យើង ឬចង់ជូនដំណឹងដល់យើងថា អ្នកមិនអាចរកបានភស្តុតាងបញ្ជាក់ទេ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Medi-Cal ក្នុងខោនធីរបស់អ្នក តាមរយៈលេខដែលមាននៅលើលិខិតនេះ។</p> <p>អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានប្រសិទ្ធភាពកាលពីមុន (ពីអតីតកាល) អាចមានការផ្លាស់ប្តូរពីកញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ទៅជាកញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញ នៅពេលអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ដល់យើង។ អត្ថប្រយោជន៍កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញ រ៉ាប់រងលើថ្ងៃជួបពិគ្រោះជំងឺជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់តម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Cambodian Text Snippets
	<p>បទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងបានប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តនេះ គឺច្បាប់ស្តីពីសុខុមាលភាពនិងស្ថាប័ន ផ្នែក 14007.8។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។</p> <p>ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមអាន “សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក” នៅទំព័រចុងក្រោយនៃលិខិតនេះ។</p> <p>អ្នកមានពេល 90 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃនេះ គិតចាប់ពីថ្ងៃបន្ទាប់នៃកាលបរិច្ឆេទក្នុងលិខិតនេះ។</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>ដំណឹងល្អ! កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរទៅជាកញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញនៅថ្ងៃ <month dd, year>។</p> <p>កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរពីកញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់ ទៅជាកញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញរិញ ដោយសារច្បាប់ថ្មីដែលនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024។</p> <p>ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញ សូមចូលទៅកាន់៖</p> <p>https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx</p> <p>អ្នកអាចរក្សាកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញបាន លុះត្រាតែគេបានរកឃើញថា អ្នកលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានសេវាកម្មទៀតហើយ។</p> <p>ករណីនេះអាចកើតមានឡើងនៅពេលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកត្រូវបានបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលស្ថានភាពរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ។</p> <p>អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពពេញលេញ សម្រាប់រយៈពេលប៉ុន្មានខែចុងក្រោយ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃការថែទាំសុខភាព ក្នុងពេលដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal កញ្ចប់វិសាលភាពមានដែនកំណត់រួចហើយ នោះអ្នកអាចទទួលបានប្រាក់របស់អ្នកត្រឡប់មកវិញ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការទទួលបានប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ នៃនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-916-403-2007។</p> <p>បទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងបានប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តនេះ គឺច្បាប់ស្តីពីសុខុមាលភាពនិងស្ថាប័ន ផ្នែក 14007.8។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។</p> <p>ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមអាន “សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក” នៅទំព័រចុងក្រោយនៃលិខិតនេះ។</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Cambodian Text Snippets
	<p>អ្នកមានពេល 90 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃនេះ គិតចាប់ពីថ្ងៃបន្ទាប់នៃកាលបរិច្ឆេទក្នុងការជូនដំណឹងនេះ។</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Chinese Text Snippets
<p>Restricted Scope Retro Approval</p>	<p>您要求我們核實一下 Medi-Cal 能否支付您在申請前 3 個月的任何帳單。您有資格獲得在 <month year> 期間的受限範圍 Medi-Cal。您在 2024 年 1 月 1 日之前沒有資格享全範圍的 Medi-Cal 保險、因為：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在 26 至 49 歲之間、並且 • 您沒有向我們發送 U.S. 公民身份或令人滿意的移民身份證明 <p>受限範圍 Medi-Cal 僅涵蓋緊急服務；與懷孕相關的服務 如產前護理、陣痛、分娩、產後護理 和長期護理服務。如果您無法確定受限範圍 Medi-Cal 是否包含某種服務、可以向您的醫療提供商諮詢。</p> <p>這封信函告訴說明您在 <month year> 期間獲得了受限範圍 Medi-Cal。</p> <p>您可能會收到或已經收到關於您在其他時間段資格的其他通知。</p> <p>如果您有公民身份或移民身份的證明要交給我們、或者您想告訴我們您無法獲得明、請致電您縣的 Medi-Cal 辦事處、電話號碼參見本信函。您向我們提供證明以後、您的可追溯（過去的）福利可能會從受限範圍變為全範圍。全範圍福利包括您在所有醫療需求時看醫生的費用。</p> <p>我們計算過您的家庭規模及收入以後才做出決定。</p> <p>至於 Medi-Cal、您的家庭規模是 <household size>。您的家庭月收入是 <modified adjusted gross income>。您家庭規模的每月 Medi-Cal 收入限額是 <MAGI limit>。您的收入低於該限額。所以、您有資格參加 Medi-Cal。您獲得受限範圍 Medi-Cal 是因為您沒有提供 U.S. 公民身份或令人滿意的移民身份證明。</p> <p>我們作出決定的法規或法律依據是福利和機構法第 14007.8 節。</p> <p>如果您覺得我們出錯、您可以提出上訴。</p> <p>要瞭上訴的途徑、請閱讀本信函最後一頁“您的聽證權利”。您有 90 天的時間可以申請一次聽證。90 天從本通知日期的第二天開始。</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>好消息! 您的 Medi-Cal 已 <month dd, year> 更改為全範圍。</p> <p>因為 2024 年 1 月 1 日開始一項新的法律、您的 Medi-Cal 從受限範圍變為全範圍。要更多瞭解全範圍 Medi-Cal 的福利、請瀏覽: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx。</p> <p>除非發現您不再符合資格、否則您能夠保留您的全範圍 Medi-Cal 保險。</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Chinese Text Snippets
	<p>當您的資格被更新或您的情形發生改變時、有可能發生這種情況。 您可能有資格為過去的月份獲得全範圍 Medi-Cal。 如果您在受限 Medi-Cal 福利的情況下支付了醫療護理費、您或許可以拿回自己的錢。如果您對拿回自己的錢存在疑問、請致電健康護理服務受益人服務部、電話 1-916-403-2007。 我們作出決定的法規或法律依據是福利和機構法第 14007.8 節。 如果您覺得我們出錯、您可以提出上訴。 要瞭上訴的途徑、請閱讀本信函最後一頁“您的聽證權利”。您有 90 天的時間可以申請一次聽證。90 天從本通知日期的第二天開始。</p>
Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)	<p>您要求我們核實一下 Medi-Cal 能否支付您在申請前 3 個月的任何帳單。您有資格獲得在 <month year> 期間的受限範圍 Medi-Cal。您在 2024 年 1 月 1 日之前沒有資格享全範圍的 Medi-Cal 保險、因為：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在 26 至 49 歲之間、並且 • 您沒有向我們發送 U.S. 公民身份或令人滿意的移民身份證明 <p>受限範圍 Medi-Cal 僅涵蓋緊急服務; 與懷孕相關的服務 如產前護理、陣痛、分娩、產後護理 和長期護理服務。如果您無法確定受限範圍 Medi-Cal 是否包含某種服務、可以向您的醫療提供商諮詢。</p> <p>這封信函告訴說明您在 <month year> 期間獲得了受限範圍 Medi-Cal。 您可能會收到或已經收到關於您在其他時間段資格的其他信函。</p> <p>如果您有公民身份或移民身份的證明要交給我們、或者您想告訴我們您無法獲得明、請致電您縣的 Medi-Cal 辦事處、電話號碼參見本信函。您向我們提供證明以後、您的追溯 (過去的) 福利可能會從受限範圍變為全範圍。全範圍福利包括您在所有醫療需求時看醫生的費用。</p> <p>我們作出決定的法規或法律依據是福利和機構法第 14007.8 節。</p> <p>如果您覺得我們出錯、您可以提出上訴。 要瞭上訴的途徑、請閱讀本信函最後一頁“您的聽證權利”。您有 90 天的時間可以申請一次聽證。90 天從本通知日期的第二天開始。</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Chinese Text Snippets
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>好消息! 您的 Medi-Cal 已 <month dd, year> 更改為全範圍。</p> <p>因为 2024 年 1 月 1 日開始一項新的法律、您的 Medi-Cal 從受限範圍變為全範圍。要更多瞭解有關全范围 Medi-Cal 的福利、請瀏覽: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx。</p> <p>除非發現您不再符合資格、否則您能够保留您的全范围 Medi-Cal 保險。當您的資格被更新或您的情形發生改變時、有可能發生這種情況。</p> <p>您可能有資格為過去的月份獲得全范围 Medi-Cal。</p> <p>如果您在受限 Medi-Cal 福利的情況下支付了醫療護理費、您或許可以拿回自己的錢。如果您對拿回自己的錢存在疑問、請致電健康護理服務受益人服務部、電話 1-916-403-2007。</p> <p>我們作出決定的法規或法律依據是福利和機構法第 14007.8 節。</p> <p>如果您覺得我們出錯、您可以提出上訴。</p> <p>要瞭上訴的途徑、請閱讀本信函最後一頁“您的聽證權利”。您有 90 天 的時間可以申請一次聽證。90 天從本通知日期的第二天開始。</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Farsi Text Snippets
<p>Restricted Scope Retro Approval</p>	<p>می تواند صورتحساب های شما را برای هر کدام از 3 ماه قبل از ارائه درخواست تان Medi-Cal شما از ما خواستید تا بررسی کنیم که آیا با دامنه محدود واجد شرایط شدید. شما قبل از 1 ژانویه 2024 برای پوشش دامنه <Medi-Cal> برای month year پوشش دهد. شما در > واجد شرایط نبودید زیرا: Medi-Cal کامل</p> <ul style="list-style-type: none"> • شما 26 تا 49 ساله هستید، و <p>. یا وضعیت مهاجرت رضایت بخش برای ما ارسال نکردید U.S. مدرک اثبات کننده ای مبنی بر تابعیت</p> <p>با دامنه محدود فقط خدمات اضطراری و مرتبط با بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، شروع فرآیند زایمان، زایمان و Medi-Cal با دامنه محدود خدمات Medi-Cal مراقبت های پس از زایمان و خدمات مراقبت های طولانی مدت را پوشش می دهد. اگر مطمئن نیستید که خاصی را پوشش می دهد یا نه، از ارائه دهنده پزشکی خود سوال کنید.</p> <p>< دریافت کرده اید. month year با دامنه محدود را برای <Medi-Cal> این نامه به شما می گوید که</p> <p>ممکن است اطلاعاتی های دیگری در مورد واجد شرایط بودن خود برای دوره های زمانی دیگر دریافت کنید یا قبلاً دریافت کرده باشید.</p> <p>اگر مدرکی دال بر تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که باید به ما ارائه کنید یا می خواهید به ما بگویید که نمی توانید مدرک خود را شهرستان خود به شماره درج شده در این نامه تماس بگیرید. زمانی که مدرک خود را به ما ارائه دهید، Medi-Cal دریافت کنید، با دفتر ممکن است مزایای عطف به ماسبق (گذشته) شما از دامنه محدود به دامنه کامل تغییر داده شود. مزایا با دامنه کامل، ویزیت های پزشک برای تمام نیازهای پزشکی شما را پوشش می دهد.</p> <p>ما اندازه خانوار و درآمد شما را برای تصمیم گیری در نظر گرفتیم.</p> <p>< است. درآمد ماهانه خانوار شما household size، اندازه خانوار شما <Medi-Cal> برای</p> <p>< است. درآمد MAGI limit برای اندازه خانوار شما <Medi-Cal> است. حد درآمد ماهانه >modified adjusted gross income</p> <p>با دامنه محدود دریافت کردید زیرا مدرکی دال Medi-Cal هستید. شما Medi-Cal شما کمتر از این حد است. بنابراین، شما واجد شرایط</p> <p>. یا وضعیت مهاجرت رضایت بخش خود ارائه نکردید U.S. بر تابعیت</p> <p>مقررات یا قانونی که ما برای این تصمیم گیری از آن استفاده کردیم، بخش 14007.8 مجموعه قوانین رفاه و نهادها است.</p> <p>اگر فکر می کنید که مرتکب اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید.</p> <p>برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، "حقوق رسیدگی شما" را در صفحه آخر این نامه را بخوانید. شما 90 روز فرصت دارید تا درخواست رسیدگی کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخ این نامه شروع شده است.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>< به دامنه کامل تغییر کرد. month dd, year شما در تاریخ <Medi-Cal> خبر خوب!</p> <p>شما به دلیل قانون جدیدی که از 1 ژانویه 2024 شروع شد از دامنه محدود به دامنه کامل تغییر کرد. برای کسب اطلاعات Medi-Cal با دامنه کامل، به آدرس زیر مراجعه کنید: Medi-Cal بیشتر در مورد مزایای</p> <p>https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>خود را حفظ خواهید کرد مگر اینکه مشخص شود که دیگر واجد شرایط نیستید. این ممکن است در زمانی Medi-Cal شما پوشش کامل اتفاق بیفتد که واجد شرایط بودن شما تمدید شود یا وضعیت شما تغییر یابد.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Farsi Text Snippets
	<p>باشید. Medi-Cal ممکن است برای ماه های گذشته واجد شرایط دامنه کامل</p> <p>محدود داشتید برای مراقبت های پزشکی پرداخت کرده باشید، ممکن است بتوانید پول خود را Medi-Cal اگر طی مدت زمانی که مزایای پس بگیریید. اگر در مورد بازگرداندن پول خود سوالی دارید، با بخش خدمات ذینفع خدمات مراقبت بهداشتی به شماره 2007-403-916-1 تماس بگیریید.</p> <p>مقررات یا قانونی که ما برای این تصمیم گیری از آن استفاده کردیم، بخش 14007.8 مجموعه قوانین رفاه و نهادها است.</p> <p>اگر فکر می کنید که مرتکب اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید.</p> <p>برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، "حقوق رسیدگی شما" را در صفحه آخر این نامه را بخوانید. شما 90 روز فرصت دارید تا درخواست رسیدگی کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخ این اطلاعیه شروع شده است.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>می تواند صورتحساب های شما را برای هر کدام از 3 ماه قبل از ارائه درخواست تان Medi-Cal شما از ما خواستید تا بررسی کنیم که آیا با دامنه محدود واجد شرایط شدید. شما قبل از 1 ژانویه 2024 برای پوشش دامنه Medi-Cal < برای month year پوشش دهد. شما در > واجد شرایط نبودید زیرا: Medi-Cal کامل</p> <ul style="list-style-type: none"> • شما 26 تا 49 ساله هستید، و <p>. یا وضعیت مهاجرت رضایت بخش برای ما ارسال نکردید U.S. مدرک اثبات کننده ای مبنی بر تابعیت با دامنه محدود فقط خدمات اضطراری و مرتبط با بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، شروع فرآیند زایمان، زایمان و Medi-Cal با دامنه محدود خدمات Medi-Cal مراقبت های پس از زایمان و خدمات مراقبت های طولانی مدت را پوشش می دهد. اگر مطمئن نیستید که خاصی را پوشش می دهد یا خیر، از ارائه دهنده پزشکی خود سوال کنید.</p> <p>< دریافت کرده اید. month year با دامنه محدود را برای > Medi-Cal این نامه به شما می گوید که</p> <p>ممکن است اطلاعیه های دیگری در مورد واجد شرایط بودن خود برای دوره های زمانی دیگر دریافت کنید یا قبلاً دریافت کرده باشید. اگر مدرکی دال بر تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که باید به ما ارائه دهید یا می خواهید به ما بگویید که نمی توانید مدرک خود را شهرستان خود به شماره درج شده در این نامه تماس بگیریید. زمانی که مدرک خود را به ما ارائه دهید، Medi-Cal دریافت کنید، با دفتر ممکن است مزایای عطف به ماسبق (گذشته) شما از دامنه محدود به دامنه کامل تغییر داده شود. مزایا با دامنه کامل، ویزیت های پزشک برای تمام نیازهای پزشکی شما را پوشش می دهد.</p> <p>مقررات یا قانونی که ما برای این تصمیم گیری از آن استفاده کردیم، بخش 14007.8 مجموعه قوانین رفاه و نهادها است.</p> <p>اگر فکر می کنید که مرتکب اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید.</p> <p>برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، "حقوق رسیدگی شما" را در صفحه آخر این نامه را بخوانید. شما 90 روز فرصت دارید تا درخواست رسیدگی کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخ این اطلاعیه شروع شده است.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to</p>	<p>< به دامنه کامل تغییر کرد. month dd, year شما در تاریخ > Medi-Cal خبر خوب!</p> <p>شما به دلیل قانون جدیدی که از 1 ژانویه 2024 شروع شد از دامنه محدود به دامنه کامل تغییر کرد. برای کسب اطلاعات Medi-Cal با دامنه کامل، به آدرس زیر مراجعه کنید: Medi-Cal بیشتر در مورد مزایای https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>خود را حفظ خواهید کرد مگر اینکه مشخص شود که دیگر واجد شرایط نیستید. این ممکن است در زمانی Medi-Cal شما پوشش کامل</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Farsi Text Snippets
Non-MAGI Programs)	<p>اتفاق بیفتد که واجد شرایط بودن شما تمدید شود یا وضعیت شما تغییر یابد. باشید. Medi-Cal ممکن است برای ماه های گذشته واجد شرایط دامنه کامل محدود داشتید برای مراقبت های پزشکی پرداخت کرده باشید، ممکن است بتوانید پول خود را Medi-Cal اگر طی مدت زمانی که مزایای پس بگیریید. اگر در مورد بازگرداندن پول خود سؤالی دارید، با بخش خدمات ذینفع خدمات مراقبت بهداشتی به شماره 2007-403-916-1 تماس بگیریید. مقررات یا قانونی که ما برای این تصمیم گیری از آن استفاده کردیم، بخش 14007.8 مجموعه قوانین رفاه و نهادها است. اگر فکر می کنید که مرتکب اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، "حقوق رسیدگی شما" را در صفحه آخر این نامه را بخوانید. شما 90 روز فرصت دارید تا درخواست رسیدگی کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخ این اطلاعیه شروع شده است.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Hindi Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>आपने हमसे यह देखने के लिए कहा कि क्या Medi-Cal आपके आवेदन करने से पिछले 3 महीनों के किसी भी बिल को कवर कर सकता है। आप <month year> में सीमित दायरा Medi-Cal के लिए योग्य पाए गए। आप 1 जनवरी, 2024 से पहले पूर्णदायरा Medi-Cal कवरेज के लिए योग्य नहीं पाए गए क्योंकि:</p> <ul style="list-style-type: none"> • आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है, और • आपने हमें U.S नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का संतोषजनक प्रमाण नहीं भेजा <p>सीमित दायरा Medi-Cal सिर्फ आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी और प्रसव के बाद की देखभाल और दीर्घकालिक देखभाल सेवाओं को कवर करता है। अगर आपको किसी सेवा के बारे में ठीक से नहीं पता है कि क्या सीमित दायरा Medi-Cal उसे कवर करता है, तो अपने मेडिकल प्रोवाइडर से पूछें। यह पत्र आपको यह बताने के लिए भेजा गया है कि आपके पास <month year> के लिए सीमित दायरा Medi-Cal है।</p> <p>आपको दूसरी समयावधियों के लिए आपकी योग्यता के बारे में दूसरी सूचनाएँ मिल सकती हैं या शायद पहले ही मिल चुकी हैं।</p> <p>अगर आपके पास हमें देने के लिए अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है या आप हमें बताना चाहते हैं कि आप अपना प्रमाण नहीं दे सकते हैं, तो अपने काउंटी Medi-Cal कार्यालय को इस पत्र पर दिए गए नंबर पर कॉल करें। हमें अपना प्रमाण देने पर आपके पूर्वव्यापी (पिछले) लाभ सीमित दायरा से पूर्ण दायरा में बदल सकते हैं। पूर्ण दायरा लाभ आपकी सभी मेडिकल ज़रूरतों के लिए डॉक्टर विज़िट को कवर करते हैं।</p> <p>हमने अपना फ़ैसला लेने के लिए आपके घर के सदस्यों की संख्या और आमदनी की गिनती की।</p> <p>Medi-Cal के लिए, आपके घर के सदस्यों की संख्या <household size> है। आपके घर के सदस्यों की मासिक आमदनी <modified adjusted gross income> है। आपके घर के सदस्यों की संख्या के लिए मासिक Medi-Cal आय सीमा <MAGI limit> है। आपकी आमदनी इस सीमा से नीचे है। इसलिए, आप Medi-Cal के लिए योग्य हैं। आपको सीमित दायरा Medi-Cal इसलिए दिया गया क्योंकि आपने अपनी U.S नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का संतोषजनक प्रमाण नहीं दिया।</p> <p>हमने अपना फ़ैसला लेने के लिए जिस नियमन या कानून का उपयोग किया है वह वेलफ़ेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन 14007.8 है।</p> <p>अगर आपको लगता है कि हमने गलती की, तो आप अपील कर सकते हैं।</p> <p>अपील करने का तरीका जानने के लिए, कृपया इस पत्र के आखिरी पृष्ठ पर दिया गया "आपकी सुनवाई के अधिकार" पढ़ें। सुनवाई की माँग करने के लिए आपके पास 90 दिन हैं। यह 90 दिनों की अवधि इस पत्र पर दी हुई तारीख के अगले दिन से शुरू हो चुकी है।</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Hindi Text Snippets
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>खुशखबरी! <month dd, year> को आपके Medi-Cal को पूर्ण दायरा में बदल दिया गया। 1 जनवरी, 2024 को शुरू होने वाले एक नए कानून की वजह से आपके Medi-Cal को सीमित दायरा से पूर्ण दायरा में बदल दिया गया। पूर्ण दायरा Medi-Cal लाभों के बारे में और जानकारी के लिए, कृपया यहाँ जाएँ: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx।</p> <p>आपका पूर्ण दायरा Medi-Cal कवरेज तब तक बना रहेगा जब तक कि आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते हैं। यह तब हो सकता है जब आपकी योग्यता का नवीकरण किया जाता है या आपकी परिस्थिति बदल जाती है।</p> <p>आप पिछले महीनों के लिए पूर्ण दायरा Medi-Cal के लिए योग्य हो सकते हैं।</p> <p>अगर आपके पास सीमित Medi-Cal लाभ होने के दौरान आपने मेडिकल देखभाल के लिए भुगतान किया हो, तो आपको अपना पैसा वापस मिल सकता है। अगर अपना पैसा वापस पाने के बारे में आपको कुछ पूछना हो, तो कृपया डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ केयर सर्विसेस बेनेफ़िशियरी सर्विसेस को 1-916-403-2007 पर कॉल करें। हमने अपना फ़ैसला लेने के लिए जिस नियमन या कानून का उपयोग किया है वह वेलफ़ेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन 14007.8 है।</p> <p>अगर आपको लगता है कि हमने गलती की, तो आप अपील कर सकते हैं।</p> <p>अपील करने का तरीका जानने के लिए, कृपया इस पत्र के आखिरी पृष्ठ पर दिया गया "आपकी सुनवाई के अधिकार" पढ़ें। सुनवाई की माँग करने के लिए आपके पास 90 दिन हैं। यह 90 दिनों की अवधि इस सूचना पर दी हुई तारीख के अगले दिन से शुरू हो चुकी है।</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>आपने हमसे यह देखने के लिए कहा कि क्या Medi-Cal आपके आवेदन करने से पिछले 3 महीनों के किसी भी बिल को कवर कर सकता है। आप <month year> में सीमित दायरा Medi-Cal के लिए योग्य पाए गए। आप 1 जनवरी, 2024 से पहले पूर्ण दायरा Medi-Cal के लिए योग्य नहीं पाए गए क्योंकि:</p> <ul style="list-style-type: none"> • आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है, और • आपने हमें अपनी U.S नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का संतोषजनक प्रमाण नहीं भेजा <p>सीमित दायरा Medi-Cal सिर्फ़ आपातकालीन सेवाओं और गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी और प्रसव के बाद की देखभाल और दीर्घकालिक देखभाल सेवाओं को कवर करता है। अगर आपको किसी सेवा के बारे में ठीक से नहीं पता है कि क्या सीमित दायरा Medi-Cal उसे कवर करता है, तो अपने मेडिकल प्रोवाइडर से पूछें।</p> <p>यह पत्र आपको यह बताने के लिए भेजा गया है कि आपके पास <month year> के लिए सीमित दायरा Medi-Cal कवरेज है।</p> <p style="text-align: right;">आपको दूसरी</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Hindi Text Snippets
	<p>समयावधियों के लिए आपकी योग्यता के बारे में दूसरे पत्र मिल सकते हैं या शायद पहले से ही मिल चुके हैं। अगर आपके पास हमें देने के लिए अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है या आप हमें बताना चाहते हैं कि आप अपना प्रमाण नहीं दे सकते हैं, तो अपने काउंटी Medi-Cal कार्यालय को इस पत्र पर दिए गए नंबर पर कॉल करें। हमें अपना प्रमाण देने पर आपके पूर्वव्यापी (पिछले) लाभ सीमित दायरा से पूर्ण दायरा में बदल सकते हैं। पूर्ण दायरा लाभ आपकी सभी मेडिकल ज़रूरतों के लिए डॉक्टर विज़िट को कवर करते हैं।</p> <p>हमने अपना फ़ैसला लेने के लिए जिस नियमन या कानून का उपयोग किया है वह वेलफ़ेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन 14007.8 है।</p> <p>अगर आपको लगता है कि हमने गलती की, तो आप अपील कर सकते हैं।</p> <p>अपील करने का तरीका जानने के लिए, कृपया इस पत्र के आखिरी पृष्ठ पर दिया गया "आपकी सुनवाई के अधिकार" पढ़ें। सुनवाई की माँग करने के लिए आपके पास 90 दिन हैं। यह 90 दिनों की अवधि इस पत्र पर दी हुई तारीख के अगले दिन से शुरू हो चुकी है।</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>खुशखबरी! <month dd, year> को आपके Medi-Cal को पूर्ण दायरा में बदल दिया गया।</p> <p>1 जनवरी, 2024 को शुरू होने वाले एक नए कानून की वजह से आपके Medi-Cal को सीमित दायरा से पूर्ण दायरा में बदल दिया गया। पूर्ण दायरा Medi-Cal लाभों के बारे में और जानकारी के लिए, कृपया यहाँ जाएँ:</p> <p>https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx</p> <p>आपका पूर्ण दायरा Medi-Cal तब तक बना रहेगा जब तक कि आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते हैं। यह तब हो सकता है जब आपकी योग्यता का नवीकरण किया जाता है या आपकी परिस्थिति बदल जाती है।</p> <p>आप पिछले महीनों के लिए पूर्ण सीमा Medi-Cal के लिए योग्य हो सकते हैं।</p> <p>अगर आपके पास प्रतिबंधित Medi-Cal लाभ होने के दौरान आपने मेडिकल देखभाल के लिए भुगतान किया हो, तो आपको अपना पैसा वापस मिल सकता है। अगर अपना पैसा वापस पाने के बारे में आपको कुछ पूछना हो, तो कृपया डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ केयर सर्विसेस बेनेफ़िशियरी सर्विसेस को 1-916-403-2007 पर कॉल करें।</p> <p>हमने अपना फ़ैसला लेने के लिए जिस नियमन या कानून का उपयोग किया वह वेलफ़ेयर एंड इंस्टिट्यूशंस कोड सेक्शन 14007.8 है।</p> <p>अगर आपको लगता है कि हमने गलती की, तो आप अपील कर सकते हैं।</p> <p>अपील करने का तरीका जानने के लिए, कृपया इस पत्र के आखिरी पृष्ठ पर दिया गया "आपकी सुनवाई के अधिकार" पढ़ें। सुनवाई की माँग करने के लिए आपके पास 90 दिन हैं। यह 90 दिनों की अवधि इस सूचना पर दी हुई तारीख के अगले दिन से शुरू हो चुकी है।</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Hmong Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>Koj tau nug peb kom kuaj xyuas seb Medi-Cal puas tuaj yeem pab them koj cov ntawv sau nqi rau ib qho twg ntawm kev siv li 3 lub hli ua ntej koj thov tuaj no. Koj tau tsim nyog tau txais kev pab rau Medi-Cal qhov cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv hauv <month year>. Koj tsis tau tsim nyog tau txais kev pab rau Medi-Cal cheeb tsam kev pab tag nrho kev pab ua ntej Lub Ib Hlis Ntuj Tim 1, 2024 vim tias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koj muaj hnub nyoog 26 xyoo txog 49 xyoos lawm, thiab • Koj tsis tau xa tej ntaub ntawv pov thawj txog kev muaj xam xaj U.S. los sis qhov qhia tias yog neeg nkag teb chaws uas tsim nyog <p>Medi-Cal qhov cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv tsuas pab them cov kev pab cuam xwm txheej ceev nkaus xwb; cov kev pab cuam uas cuam tshuam nrog cev xeeb tub xws li kev saib xyuas ua ntej yug me nyuam, mob plab yug me nyuam, thaum yug kiag, thiab kev saib xyuas tom qab yug tag, thiab cov kev pab cuam saib xyuas ncuaj sij hawm ntev. Yog tias koj tsis paub tseeb seb Medi-Cal cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv puas pab them rau qhov kev pab cuam, thov nug koj tus kws kho mob.</p> <p>Tsab ntawv no yog muaj los qhia rau koj paub tias koj tau txais Medi-Cal cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv li <month year>.</p> <p>Tej zaum koj yuav tau, los sis twb tau, lwm cov ntawv ceeb toom hais txog koj li kev muaj cai tau txais kev pab rau lwm ncuaj sij hawm.</p> <p>Yog tias koj muaj ntaub ntawv pov thawj txog koj li xam xaj los sis seb puas yog neeg nkag teb chaws los muab rau peb los sis xav qhia rau peb paub tias koj nrhiav tsis tau koj tej ntaub ntawv pov thawj, hu rau koj lub cheeb tsam nroog li Medi-Cal lub chaw lis hauj lwm ntawm tus nab npawb xov tooj hauv tsab ntawv no. Koj cov txiaj ntsig (dhau los) uas yuav suav nrog kev them rov qab tuaj yeem hloov pauv tau los ntawm cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv mus rau cheeb tsam kev pab tag nrho thaum uas koj muab tau koj tej ntaub ntawv pov thawj rau peb lawm. Cov txiaj ntsig hauv cheeb tsam kev pab tag nrho yuav pab them tus nqi kev mus ntsib kws kho mob rau koj cov kev xav tau fab kev kho mob tag nrho.</p> <p>Peb tau xam qhov loj me ntawm koj yim neeg thiab qhov nyiaj khwv tau los coj los ua peb qhov kev txiav txim siab.</p> <p>Hais txog Medi-Cal, qhov loj me ntawm koj yim neeg yog <household size>. Koj li nyiaj khwv tau los ntawm yim neeg hauv txhua lub hli yog <modified adjusted gross income>. Medi-Cal qhov kev txwv ntawm nyiaj khwv tau los hauv txhua hli rau qhov loj me ntawm koj yim neeg yog <MAGI limit>. Koj qhov nyiaj khwv tau los qis dua qhov kev txwv no. Yog li, koj yeej tsim nyog tau txais Medi-Cal kev pab</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Hmong Text Snippets
	<p>lawm. Koj tau txais Medi-Cal qhov cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv vim tias koj tseem tsis tau muab tej ntaub ntawv pov thawj txog koj li xam xaj ntawm teb chaws U.S. los sis qhov qhia tias yog neeg nkag teb chaws uas tsim nyog.</p> <p>Txoj cai los sis txoj kev cai lij choj uas peb tau siv los txiav txim siab yog Tsab Cai Hais Txog Kev Noj Qab Nyob Zoo thiab Koom Haum Tshooj 14007.8.</p> <p>Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev, koj tuaj yeem thov kom rov txiav txim dua tau.</p> <p>Yog xav kawm paub txog txoj hauv kev thov kom rov txiav txim dua, thov nyeem “Koj Cov Cai Txog Kev Sib Hais” nyob rau nplooj ntawv kawg ntawm tsab ntawv no. Koj muaj sij hawm 90 hnuv los mus thov kom tau lub rooj sib hais. Qhov 90 hnuv tau pib txij hnuv tom qab hnuv tim nyob hauv daim ntawv ceeb toom no.</p>
Restricted Scope to Full Scope	<p>Xov xwm zoo! Koj li Medi-Cal tau hloov pauv mus rau cheeb tsam kev pab tag nrho hauv <month dd, year>.</p> <p>Koj li Medi-Cal tau hloov pauv ntawm cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv mus rau cheeb tsam kev pab tag nrho vim yog muaj txoj kev cai lij choj tshiab uas yuav pib hauv Lub Ib Hlis Ntuj Tim 1, 2024.</p> <p>Yog xav kawm paub ntxiv hais txog cov txiaj ntsig ntawm Medi-Cal cheeb tsam kev pab tag nrho, mus rau: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Koj yuav khaws tau koj li kev pab them nqi ntawm Medi-Cal cheeb tsam kev pab tag nrho cia tau tshwj tsis yog tias lawv pom tias koj tsis tsim nyog tau kev pab mus ntxiv lawm xwb. Qhov no tuaj yeem tshwm sim tau thaum rov ua koj li kev muaj cai tau txais kev pab dua tshiab los sis thaum qhov xwm txheej hloov pauv lawm.</p> <p>Tej zaum koj yuav tsim nyog tau kev pab rau Medi-Cal cheeb tsam kev pab tag nrho rau cov hli dhau los.</p> <p>Yog tias koj them nqi saib xyuas kho mob thaum koj tau Medi-Cal cov txiaj ntsig uas muaj kev txwv, tej zaum koj yuav tuaj yeem tau txais koj cov nyiaj rov qab. Yog tias koj muaj lus nug hais txog kev tau txais koj cov nyiaj rov qab los no, hu rau Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Cov Kev Pab Cuam Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv Cov Kev Pab Cuam Rau Tus Neeg Tau Txais Txiaj Ntsig ntawm 1-916-403-2007.</p> <p>Txoj cai los sis txoj kev cai lij choj uas peb tau siv los txiav txim siab yog Tsab Cai Hais Txog Kev Noj Qab Nyob Zoo thiab Koom Haum Tshooj 14007.8.</p> <p>Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev, koj tuaj yeem thov kom rov txiav txim dua tau.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Hmong Text Snippets
	<p>Yog xav kawm paub txog txoj hauv kev thov kom rov txiav txim dua, thov nyeem “Koj Cov Cai Txog Kev Sib Hais” nyob rau nplooj ntawv kawg ntawm tsab ntawv no. Koj muaj sij hawm 90 hnuv los mus thov kom tau lub rooj sib hais. Qhov 90 hnuv tau pib txij hnuv tom qab hnuv tim nyob hauv daim ntawv ceeb toom no.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Koj tau nug peb kom kuaj xyuas seb Medi-Cal puas tuaj yeem pab them koj cov ntawv sau nqi rau ib qho twg ntawm kev siv li 3 lub hli ua ntej koj thov tuaj no. Koj tau tsim nyog tau txais kev pab rau Medi-Cal cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv hauv <month year>. Koj tsis tau tsim nyog tau txais kev pab rau Medi-Cal kev pab them nqi tag nrho txhua cheeb tsam kev pab ua ntej Lub Ib Hlis Ntuj Tim 1, 2024 vim tias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koj muaj hnuv nyoog 26 xyoo txog 49 xyoos lawm, thiab • Koj tsis tau xa tej ntaub ntawv pov thawj txog kev muaj xam xaj U.S. los sis qhov qhia tias yog neeg nkag teb chaws uas tsim nyog <p>Medi-Cal qhov cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv tsuas pab them cov kev pab cuam xwm txheej ceev nkaus xwb thiab cov kev pab cuam uas cuam tshuam nrog cev xeeb tub xws li kev saib xyuas ua ntej yug me nyuam, mob plab yug me nyuam, thaum yug kiag, thiab kev saib xyuas tom qab yug tag, thiab cov kev pab cuam saib xyuas ncuu sij hawm ntev. Yog tias koj tsis paub tseeb seb Medi-Cal cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv puas pab them rau qhov kev pab cuam, thov nug koj tus kws kho mob.</p> <p>Tsab ntawv no yog muaj los qhia rau koj paub tias koj tau txais Medi-Cal cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv li <month year>. Tej zaum koj yuav tau, los sis twb tau, lwm cov tsab ntawv hais txog koj li kev muaj cai tau txais kev pab rau lwm ncuu sij hawm.</p> <p>Yog tias koj muaj ntaub ntawv pov thawj txog koj li xam xaj los sis seb puas yog neeg nkag teb chaws los muab rau peb los sis xav qhia rau peb paub tias koj nrhiav tsis tau koj tej ntaub ntawv pov thawj, hu rau koj lub cheeb tsam nroog li Medi-Cal lub chaw lis hauj lwm ntawm tus nab npawb xov tooj hauv tsab ntawv no. Koj cov txiaj ntsig (dhau los) uas yuav suav nrog kev them rov qab tuaj yeem hloov pauv tau los ntawm cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv mus rau cheeb tsam kev pab tag nrho thaum uas koj muab tau koj tej ntaub ntawv pov thawj rau peb lawm. Cov txiaj ntsig hauv cheeb tsam kev pab tag nrho yuav pab them tus nqi kev mus ntsib kws kho mob rau koj cov kev xav tau fab kev kho mob tag nrho.</p> <p>Txoj cai los sis txoj kev cai lij choj uas peb tau siv los txiav txim siab yog Tsab Cai Hais Txog Kev Noj Qab Nyob Zoo thiab Koom Haum Tshooj 14007.8.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Hmong Text Snippets
	<p>Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev, koj tuaj yeem thov kom rov txiav txim dua tau. Yog xav kawm paub txog txoj hauv kev thov kom rov txiav txim dua, thov nyeem “Koj Cov Cai Txog Kev Sib Hais” nyob rau nplooj ntawv kawg ntawm tsab ntawv no. Koj muaj sij hawm 90 hnuv los mus thov kom tau lub rooj sib hais. Qhov 90 hnuv tau pib txij hnuv tom qab hnuv tim nyob hauv daim ntawv ceeb toom no.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Xov xwm zoo! Koj li Medi-Cal tau hloov pauv mus rau cheeb tsam kev pab tag nrho hauv <month dd, year>.</p> <p>Koj li Medi-Cal tau hloov pauv ntawm cheeb tsam kev pab uas muaj kev txwv mus rau cheeb tsam kev pab tag nrho vim yog muaj txoj kev cai lij choj tshiab uas yuav pib hauv Lub Ib Hlis Ntuj Tim 1, 2024. Yog xav kawm paub ntxiv hais txog cov txiaj ntsig ntawm Medi-Cal cheeb tsam kev pab tag nrho, mus rau: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Koj yuav khaws tau koj li kev pab them nqi ntawm Medi-Cal cheeb tsam kev pab tag nrho cia tau tshwj tsis yog tias lawv pom tias koj tsis tsim nyog tau kev pab mus ntxiv lawm xwb.</p> <p>Qhov no tuaj yeem tshwm sim tau thaum rov ua koj li kev muaj cai tau txais kev pab dua tshiab los sis thaum qhov xwm txheej hloov pauv lawm.</p> <p>Tej zaum koj yuav tsim nyog tau kev pab rau Medi-Cal cheeb tsam kev pab tag nrho rau cov hli dhau los.</p> <p>Yog tias koj them nqi saib xyuas kho mob thaum koj tau Medi-Cal cov txiaj ntsig uas muaj kev txwv, tej zaum koj yuav tuaj yeem tau txais koj cov nyiaj rov qab. Yog tias koj muaj lus nug hais txog kev tau txais koj cov nyiaj rov qab los no, hu rau Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Cov Kev Pab Cuam Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv Cov Kev Pab Cuam Rau Tus Neeg Tau Txais Txiaj Ntsig ntawm 1-916-403-2007.</p> <p>Txoj cai los sis txoj kev cai lij choj uas peb tau siv los txiav txim siab yog Tsab Cai Hais Txog Kev Noj Qab Nyob Zoo thiab Koom Haum Tshooj 14007.8.</p> <p>Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev, koj tuaj yeem thov kom rov txiav txim dua tau.</p> <p>Yog xav kawm paub txog txoj hauv kev thov kom rov txiav txim dua, thov nyeem “Koj Cov Cai Txog Kev Sib Hais” nyob rau nplooj ntawv kawg ntawm tsab ntawv no. Koj muaj sij hawm 90 hnuv los mus thov kom tau lub rooj sib hais. Qhov 90 hnuv tau pib txij hnuv tom qab hnuv tim nyob hauv daim ntawv ceeb toom no.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Japanese Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>申請前 3 か月間の Medi-Cal が請求書を補填できるかどうかを確認するよう依頼されました。 <month year> 間で限定された範囲での Medi-Cal の資格を取得しました。以下の理由により、2024 年 1 月 1 日までは、全範囲の Medi-Cal 補償を受ける資格がありません:</p> <ul style="list-style-type: none"> • あなたは 26 歳から 49 歳で、かつ • U.S. 市民権または十分な移民ステータスの証明を送信していない <p>限定された範囲 Medi-Cal は、緊急サービス (出生前ケア、陣痛、分娩、産後ケアなどの妊娠に関連するサービス、および長期ケアサービス) のみ補償しています。限定された範囲の Medi-Cal がサービスを補償しているかどうかわからない場合は、医療提供者にお問い合わせください。</p> <p>この通知は、あなたが <month year> の間、限定された範囲で Medi-Cal を取得したことをお知らせするものです。</p> <p>他の期間の資格については、他の通知を受け取るか、既に受け取っている可能性があります。市民権または移民ステータスの証明を提出する必要がある場合、または証明を取得することができないことを当方に伝えたい場合は、この通知に記載されているお住いの郡の Medi-Cal オフィスの番号に電話してください。この証明を提出すると、遡及的 (過去) の給付が制限された範囲から全範囲に変更される可能性があります。全範囲の給付には、すべてのメディカニーズに対応する医師の診察が含まれます。</p> <p>結果をお伝えするために、あなたの世帯規模と収入を確認しました。</p> <p>Medi-Cal において、あなたの世帯規模は <household size> です。あなたの毎月の世帯収入は <modified adjusted gross income> です。あなたの世帯人数に対する Medi-Cal の毎月の収入制限は、<MAGI limit> です。あなたの収入はこの制限を下回っているため、あなたには Medi-Cal の資格があります。U.S. 市民権または十分な移民ステータスの証明を提出しなかったため、限定された範囲の Medi-Cal の取得となりました。</p> <p>結果をお伝えするために使用した規制または法律は、福祉および施設コードセクション 14007.8 です。</p> <p>過失があると思われた場合は、不服を申し立てることができます。</p> <p>不服を申し立てる方法については、この通知の最後のページに記載されている「聴取の権利」をお読みください。聴取を求めるために 90 日間の猶予があります。この通知の日付の翌日から 90 日間になります。</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Japanese Text Snippets
Restricted Scope to Full Scope	<p>朗報です！ あなたの Medi-Cal は <month dd, year> より全範囲となりました。</p> <p>2024 年 1 月 1 日から施行される新しい法律により、Medi-Cal が制限された範囲から全範囲に変更されました。Medi-Cal の全範囲の給付の詳細については: https://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx。にアクセスしてください。</p> <p>資格を失ったことが明確にならない限り、Medi-Cal の全範囲の補償を維持します。</p> <p>これは、資格が更新されたとき、または状況が変わった時に発生することがあります。</p> <p>全範囲の Medi-Cal の資格を過去数か月間得ることができます。</p> <p>Medi-Cal の給付が制限されている期間に医療費を支払った場合は、その費用を払い戻しできる場合があります。医療費の払い戻しに関して質問がある場合は、ヘルスケアサービス受益者 サービスの部署 1-916-403-2007 に電話してください。</p> <p>結果をお伝えするために使用した規制または法律は、福祉および施設コードセクション 14007.8 です。</p> <p>過失があると思われた場合は、不服を申し立てることができます。</p> <p>不服を申し立てる方法については、この通知の最後のページに記載されている「聴取の権利」をお読みください。聴取を求めるために 90 日間の猶予があります。この通知の日付の翌日から 90 日間になります。</p>
Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)	<p>申請前 3 か月間の Medi-Cal が請求書を補填できるかどうかを確認するよう依頼されました。<month year> 間で限定された範囲での Medi-Cal の資格を取得しました。以下の理由により、2024 年 1 月 1 日までは、全範囲の Medi-Cal 補償を受ける資格がありません:</p> <ul style="list-style-type: none"> • あなたは 26 歳から 49 歳で、かつ • U.S. 市民権または十分な移民ステータスの証明を送信していない <p>限定された範囲 Medi-Cal は、緊急サービス 出生前ケア、陣痛、分娩、産後ケアなどの妊娠に関連するサービス、および長期ケアサービスのみ補償しています。限定された範囲の Medi-Cal がサービスを補償しているかどうかわからない場合は、医療提供者に問い合わせてください。</p> <p>この通知は、あなたが <month year> の間、限定された範囲で Medi-Cal の補償を取得したことをお知らせするものです。</p> <p>他の期間の資格については、他の通知を受け取るか、既に受け取っている可能性があります。</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Japanese Text Snippets
	<p>市民権または移民ステータスの証明を提出する必要がある場合、または証明を取得することができないことを当方に伝えたい場合は、この通知に記載されているお住いの郡の Medi-Cal オフィスの番号に電話してください。この証明を提出すると、遡及的 (過去) の給付が制限された範囲から全範囲に変更される可能性があります。全範囲の給付には、すべてのメディカルニーズに対応する医師の診察が含まれます。</p> <p>結果をお伝えするために使用した規制または法律は、福祉および施設コードセクション 14007.8 です。</p> <p>過失があると思われた場合は、不服を申し立てることができます。</p> <p>不服を申し立てる方法については、この通知の最後のページに記載されている「聴取の権利」をお読みください。聴取を求めるために 90 日間の猶予があります。この通知の日付の翌日から 90日間になります。</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Korean Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>귀하는 우리에게 Medi-Cal 이 귀하의 신청 전 3 개월 동안의 청구서에 대해 메디칼 적용 혜택이 주어지는 지에 대해 문의 하셨습니다. <month year> 에 제한된 범위의 Medi-Cal 자격을 취득하셨습니다. 귀하는 다음과 같은 이유로 2024 년 1 월 1 일 이전에 전체 범위 Medi-Cal 보험에 가입할 수 없었습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하는 26 살에서 49 살까지만이대에 있, 고그리고 • 귀하는 U.S 시민권이나인정되는이민 상태에 대한 증거를 우리에게 보내지 않았습니다 <p>제한된 범위의 Medi-Cal 은오로지 응급 서비스; 산전 관리, 산고, 분만산후 관리와 같은 임신 관련 서비스와 장기 관리 서비스를포함합니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 이 서비스를 포함하는지 확실하지 않으면 의료 기관에 문의하십시오.</p> <p>이 편지는 귀하가 <month year> 동안 제한 범위 Medi-Cal 을 받았음을 알려드리기 위한 것입니다. 다른 기간에 대한 자격에관하여 다른 통지를받게 되거나 이미받았습니다.</p> <p>시민권이나 이민 자격에 대한 증명이 있거나 증명을 받을 수 없다고알리고싶은 경우 이 편지의 번호로 카운티 Medi-Cal 사무소에 전화하십시오. 귀하의 소급 혜택은 귀하가 증빙 자료를 제공할 때 제한된 범위에서 전체 범위로 변경될 수 있습니다. 모든 범위의 혜택은 귀하의 모든 의료 필요에 대한 의사 방문을 포함합니다.</p> <p>우리는 결정을 내리기 위해 귀하의 가구 규모와 수입을 고려했습니다.</p> <p>Medi-Cal 의 경우 가구 크기는 <household size> 입니다. 월 가구 소득은 <modified adjusted gross income> 입니다. 가구 규모에 대한 월별 Medi-Cal 소득 한도는 <MAGI limit> 입니다. 귀하의 수입은 이한도 아래 입니다. 그래서 Medi-Cal 을 받을 자격이됩니다. U.S 시민권이나인정되는이민 상태에 대한 증거를 제공하지 않았기 때문에 Medi-Cal 범위가 제한되었습니다.</p> <p>우리가 결정하기 위해 사용한 규정 또는 법은 복지 및 기관 코드 섹션 14007.8 입니다.</p> <p>저희가 실수했다고 생각하시면항소 할 수 있습니다.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Korean Text Snippets
	<p>항소하는 방법을 알고자 하면, 이 편지의 마지막 페이지에 있는 "귀하의청문권" 을 읽으세요. 청문 심의를 요청할 수 있는 시간은 90 일입니다. 이 편지의 날짜 다음 날부터 90 일이 시작되었습니다.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>좋은 소식이에요! 귀하의 Medi-Cal 이 <month dd, year> 에 전체 범위로 변경되었습니다. 귀하의 Medi-Cal 은 2024 년 1월 1 일부터 시작되는 새로운 법 때문에 제한된 범위에서 전체 범위로 변경되었습니다. 전체 범위 Medi-Cal 혜택에 대해 자세히 알아보려면 다음 사이트를 방문하십시오: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx. 더 이상 자격이 없는 것으로 판명되지 않는 한 Medi-Cal 의 전체 범위를 유지합니다. 이자격 여부는 자격이 갱신되거나 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다.</p> <p>지난 몇 달동안에 대해전체 범위의 Medi-Cal 자격을 얻을 수 있습니다.</p> <p>Medi-Cal 혜택을제한된 범위에서의료비를 지불했다면 돈을 돌려받을 수 있습니다. 돈을 돌려받는 것에 대해 궁금한 점이 있으면 의료 서비스 수혜자 서비스 부서에 1-916-403-2007 으로 전화하십시오. 우리가 결정하기 위해 사용한 규정 또는 법은 복지 및 기관 코드 섹션 14007.8 입니다.</p> <p>저희가 실수했다고 생각하시면항소 할 수 있습니다.</p> <p>항소하는 방법을 알고자 하면, 이 편지의 마지막 페이지에 있는 "귀하의청문권" 을 읽으세요. 청문 심의를 요청할 수 있는 시간은 90 일입니다. 90 일은 이 공지의 날짜 다음 날부터 시작되었습니다.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>귀하는 우리에게 Medi-Cal 이 귀하의 신청 전 3 개월 동안의 청구서에 대해 메디칼 적용 혜택이 주어지는 지에 대해 문의 하셨습니다. <month year> 에 제한된 범위의 Medi-Cal 자격을 취득하셨습니다. 귀하는 다음과 같은 이유로 2024 년 1 월 1 일 이전에 전체 범위 Medi-Cal 에 대한 자격을 얻지 못했습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하는 26 살에서 49 살까지만이대에 있, 고그리고 • 귀하는 U.S 시민권이나인정되는이민 상태에 대한 증거를 우리에게 보내지 않았습시다

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Korean Text Snippets
	<p>제한된 범위 Medi-Cal 은오로지응급 서비스; 및 산전 관리, 산고, 분만, 산후 관리와 같은 임신 관련 서비스와 장기 관리 서비스만 포함합니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 이 서비스를 포함하는지 확실하지 않으면 의료 기관에 문의하십시오.</p> <p>본 서신은 귀하가 <month year> 에 대해 제한된 범위의 Medi-Cal 적용을 받았음을 알려드리기 위한 것입니다.</p> <p>다른기간의자격에 대한 다른 편지를받게 되거나이미받았습니다.</p> <p>시민권이나 이민 자격에 대한 증명이 있거나 증명을 받을 수 없다고알리고싶은 경우 이 편지의 번호로 카운티 Medi-Cal 사무소에 전화하십시오. 귀하의 소급 혜택은 귀하가 증빙 자료를 제공할 때 제한된 범위에서 전체 범위로 변경될 수 있습니다. 전 범위의 혜택이 귀하의 모든 의료 필요에 대한 의사 방문을 보장합니다.</p> <p>우리가 결정하기 위해 사용한 규정 또는 법은 복지 및 기관 코드 섹션 14007.8 입니다.</p> <p>저희가 실수했다고 생각하시면 항소하셔도 됩니다.</p> <p>호소하는 방법을 배우려면, 이 편지의 마지막 페이지에 있는 "귀하의 청취권" 을 읽으세요. 청문회를 요청할 수 있는 시간은 90 일입니다. 이 편지의 날짜 다음 날부터 90 일이 시작되었습니다.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>좋은 소식이에요! 귀하의 Medi-Cal 이 <month dd, year> 에 전체 범위로 변경되었습니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 은 2024 년 1 월 1 일부터 시작되는 새로운 법 때문에 제한된 범위에서 전체 범위로 변경되었습니다. 전체 범위 Medi-Cal 혜택에 대해 자세히 알아보려면 다음 사이트를 방문하십시오: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>더 이상 자격이 없는 경우를 제외하고는 전체 범위 Medi-Cal 을 유지합니다. 이 문제는 자격이 갱신되거나 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다.</p> <p>지난 몇 달동안에 대해전체 범위의 Medi-Cal 자격을 얻을 수 있습니다.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Korean Text Snippets
	<p>Medi-Cal 혜택을제한된 범위에서의료비를 지불했다면 돈을 돌려받을 수 있습니다. 돈을 돌려받는 것에 대해 궁금한 점이 있으면 의료 서비스 수혜자 서비스 부서에 1-916-403-2007 으로 전화하십시오. 우리가 결정하기 위해 사용한 규정 또는 법은 복지 및 기관 코드 섹션 14007.8 입니다.</p> <p>저희가 실수했다고 생각하시면항소 할 수 있습니다.</p> <p>항소하는 방법을 알고자 하면, 이 편지의 마지막 페이지에 있는 "귀하의청문권" 을 읽으세요. 청문 심의를 요청할 수 있는 시간은 90 일입니다. 90 일은 이 공지의 날짜 다음 날부터 시작되었습니다.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Laotian Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>ທ່ານໄດ້ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາກວດສອບວ່າ Medi-Cal ສາມາດຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານເປັນເວລາ 3 ເດືອນກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະໝັກບໍ່. ທ່ານມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບ Medi-Cal ຂອບເຂດທີ່ຈໍາກັດໃນ <month year>. ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມກ່ອນວັນທີ 1 ເດືອນມັງກອນ, 2024 ເພາະວ່າ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ທ່ານມີອາຍຸ 26 ຫາ 49 ປີ, ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານການເປັນພົນລະເມືອງຂອງ U.S. ຫຼື ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າພໍໃຈໃຫ້ພວກເຮົາ. <p>ຂອບເຂດທີ່ຈໍາກັດຂອງ Medi-Cal ພຽງແຕ່ຄຸ້ມຄອງບໍລິການສຸກເສີນ ບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາເຊັ່ນ: ການເບິ່ງແຍງກ່ອນເກີດ, ການເຈັບທ້ອງເກີດ, ການເກີດລູກ ແລະ ການດູແລຫຼັງເກີດ ແລະ ການບໍລິການດູແລລະຍາວ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າຂອບເຂດທີ່ຈໍາກັດຂອງ Medi-Cal ຄຸ້ມຄອງບໍລິການໃຫ້ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ.</p> <p>ຈົດໝາຍສະບັບນີ້ແມ່ນການບອກທ່ານວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂອບເຂດຈໍາກັດຂອງ Medi-Cal ສໍາລັບ <month year>. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບແລ້ວ, ແຈ້ງການອື່ນໆກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບໄລຍະເວລາອື່ນ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານການເປັນພົນລະເມືອງ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາ ຫຼື ຕ້ອງການບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຮັບຫຼັກຖານຂອງທ່ານໄດ້, ໃຫ້ໂທຫາຫ້ອງການຂອງ Medi-Cal ອາວຕີຂອງທ່ານທີ່ໝາຍເລກໃນຈົດໝາຍສະບັບ. ຜົນປະໂຫຍດທີ່ຜ່ານມາ (ອາດີດ) ຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງຈາກຂອບເຂດທີ່ຈໍາກັດໄປສູ່ຂອບເຂດເຕັມທີ່ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຫຼັກຖານຂອງທ່ານ. ສິດທິປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມຄຸ້ມຄອງການຍ້ຽມຊົມແພດສໍາລັບທຸກຄວາມຕ້ອງການດ້ານການແພດຂອງທ່ານ.</p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ນັບຂະໜາດຂອງຄົວເຮືອນ ແລະ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາ ສໍາລັບ Medi-Cal, ຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <household size>. ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <modified adjusted gross income>. ຂີດຈໍາກັດລາຍໄດ້ຂອງ Medi-Cal ປະຈໍາເດືອນສໍາລັບຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <MAGI limit>. ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານແມ່ນຕໍ່າກວ່າຂີດຈໍາກັດນີ້. ສະນັ້ນ, ທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ Medi-Cal. ທ່ານໄດ້ຮັບການຈໍາກັດຂອບເຂດຂອງ Medi-Cal ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ສະແດງຫຼັກຖານການເປັນພົນລະເມືອງຂອງ U.S. ຫຼື ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າພໍໃຈ. ລະບຽບການ ຫຼື ກົດໝາຍທີ່ພວກເຮົາເຄີຍໃຊ້ໃນການຕັດສິນໃຈແມ່ນກົດໝາຍສະຫວັດດີການ ແລະ ສະຖາບັນ ໜວດ 14007.8.</p> <p>ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີການອຸທອນ, ໃຫ້ອ່ານ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານມີເວລາ 90 ມື້ທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນ. 90 ວັນ ເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກວັນທີ່ໄດ້ຮັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Laotian Text Snippets
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>ຂ່າວດີ! Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນເປັນຂອບເຂດເຕັມໃນ <month dd, year>.</p> <p>Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນຈາກຂອບເຂດທີ່ຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມເນື່ອງຈາກກົດໝາຍໃໝ່ທີ່ເລີ່ມຕົ້ນວັນທີ 1 ມັງກອນ, 2024. ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມ, ໄປທີ່: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>ທ່ານຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medi-Cal ຂອບເຂດຂອງທ່ານຢ່າງເຕັມທີ່ເວັ້ນແຕ່ທ່ານຈະພົບເຫັນວ່າບໍ່ມີຄຸນສົມບັດອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ອາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ເມື່ອຄຸນສົມບັດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຕໍ່ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະການຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ.</p> <p>ທ່ານອາດມີສິດທິໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສຳລັບເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.</p> <p>ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າດູແລທາງການແພດໃນຂະນະທີ່ທ່ານໄດ້ຜົນປະໂຫຍດແບບຈຳກັດຂອງ Medi-Cal, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບເງິນຂອງທ່ານຄືນ. ຖ້າທ່ານມີຄ່າຖາມກ່ຽວກັບການໄດ້ຮັບເງິນຂອງທ່ານກັບຄືນ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກບໍລິການຮັບປະໂຫຍດດ້ານສຸຂະພາບ 1-916-403-2007.</p> <p>ກົດລະບຽບການ ຫຼື ກົດໝາຍທີ່ພວກເຮົາເຄີຍໃຊ້ໃນການຕັດສິນໃຈແມ່ນ ໝວດກົດໝາຍສະຫວັດດີການ ແລະ ສະຖາບັນ 14007.8.</p> <p>ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້.</p> <p>ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີການອຸທອນ, ໃຫ້ອ່ານ "ສິດທິໃນການໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານມີ 90 ມື້ທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນ. 90 ວັນ ເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກວັນທີຕາມແຈ້ງການນີ້.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>ທ່ານໄດ້ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາກວດສອບວ່າ Medi-Cal ສາມາດຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດ 3 ເດືອນກ່ອນທີ່ທ່ານຈະສະໝັກ. ທ່ານມີຄຸນສົມບັດສຳລັບ Medi-Cal ແບບຂອບເຂດທີ່ຈຳກັດໃນ <month year>.</p> <p>ທ່ານບໍ່ໄດ້ມີຄຸນສົມບັດສຳລັບ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມກ່ອນ ວັນທີ 1 ເດືອນມັງກອນ, 2024 ເພາະວ່າ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ທ່ານມີອາຍຸ 26 ຫາ 49 ປີ, ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານການພົນລະເມືອງຂອງ U.S. ຫຼື ສະຖານະພາບການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າພໍໃຈ <p>ຂອບເຂດທີ່ຈຳກັດ Medi-Cal ຄຸ້ມຄອງສະເພາະບໍລິການສຸກເສີມ ແລະ ບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາເຊັ່ນ: ການດູແລກ່ອນເກີດ, ການໃຊ້ແຮງງານ, ການສົ່ງມອບ ແລະ ການບໍລິການດູແລຫຼັງເກີດ ແລະ ການບໍລິການດູແລໄລຍະຍາວ.</p> <p>ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າຂອບເຂດທີ່ຈຳກັດຂອງ Medi-Cal ຄຸ້ມຄອງບໍລິການໃຫ້ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ.</p> <p>ຈົດໝາຍສະບັບນີ້ຈະບອກທ່ານວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຈຳກັດຂອບເຂດ Medi-Cal ສຳລັບ <month year>.</p> <p>ທ່ານອາດໄດ້ຮັບ ຫຼື ໄດ້ຮັບຈົດໝາຍອື່ນໆ ກ່ຽວກັບຄຸນສົມບັດຂອງທ່ານສຳລັບຊ່ວງເວລາອື່ນໆ.</p> <p>ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານການເປັນພົນລະເມືອງ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາ ຫຼື</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Laotian Text Snippets
	<p>ຕ້ອງການບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຮັບຮູ້ກຸຮຸກຮຸກຂອງທ່ານໄດ້, ໃຫ້ໂທຫາຫ້ອງການຂອງ Medi-Cal ອາວຕີຂອງທ່ານທີ່ໝາຍເລກໃນຈົດໝາຍສະບັບ. ຜົນປະໂຫຍດທີ່ຜ່ານມາ (ອາດີດ) ຂອງທ່ານອາດຈະປ່ຽນແປງຈາກຂອບເຂດທີ່ຈຳກັດໄປສູ່ຂອບເຂດເຕັມທີ່ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຮູ້ກຸຮຸກຂອງທ່ານ. ສິດທິປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມຄຸ້ມຄອງການຍ້ຽມຊົມແພດສຳລັບທຸກຄວາມຕ້ອງການດ້ານການແພດຂອງທ່ານ. ກົດລະບຽບການ ຫຼື ກົດໝາຍທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈແມ່ນ ໝວດກົດໝາຍສະຫວັດດີການ ແລະ ສະຖາບັນ 14007.8. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້. ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີການອຸທອນ, ໃຫ້ອ່ານ "ສິດໃນການໄດ້ຍິນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານມີເວລາ 90 ວັນເພື່ອຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກວັນທີໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>ຂ່າວດີ! Medi-Cal ຂອງທ່ານໄດ້ປ່ຽນເປັນຂອບເຂດເຕັມ <month dd, year>. Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດທັງໝົດເນື່ອງຈາກກົດໝາຍໃໝ່ທີ່ຈະເລີ່ມແຕ່ ວັນທີ 1 ເດືອນມັງກອນ, 2024. ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງ Medi-Cal ໃນຂອບເຂດເຕັມ, ໃຫ້ໄປທີ່: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx. ທ່ານຈະຮັກສາຂອບເຂດທັງໝົດຂອງ Medi-Cal ໄວ້ ເວັ້ນແຕ່ຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດອີກຕໍ່ໄປ. ກໍລະນີນີ້ອາດເກີດຂຶ້ນເມື່ອທ່ານຕໍ່ອາຍຸສິດທິ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະການຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ທ່ານອາດມີຄຸນສົມບັດສຳລັບ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມ ໃນຊ່ວງຫຼາຍເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າການດູແລທາງການແພດ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານໄດ້ຈຳກັດເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ Medi-Cal, ທ່ານອາດຈະສາມາດເອົາເງິນຄືນໄດ້. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການຂໍເງິນຄືນ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກບໍລິການຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດການບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບທີ່ 1-916-403-2007. ລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ເພື່ອຕັດສິນໃຈແມ່ນ ໝວດກົດໝາຍສະຫວັດດີການ ແລະ ສະຖາບັນ 14007.8. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້. ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີອຸທອນ, ໃຫ້ອ່ານ "ສິດໃນການໄດ້ຍິນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານມີເວລາ 90 ວັນເພື່ອຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນ. 90 ວັນ ເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກວັນທີຕາມແຈ້ງການນີ້.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Mien Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>Meih duqv heuc yie mbuo tengx zaah dimv mangc gaax meih haih duqv zipv Medi-Cal beu weih sou-gorn beu meih nyei zaeqv-daan yiem 3 hlaax nyieqc jiex daaih ndaangc zoux sou daaih tov nyei buonc nyei fai. Meih maaih horpc bouc puix-juang gauz zipv benx maaih zoqc bouc jaa-jamv beu weih sou-gorn Medi-Cal yiem <month year>. Meih mv maaih horpc bouc puix-juang gauz zipv benx Medi-Cal beu buangv junh bouc dauh sou-gorn ndaangc taux zih hlaax saengh 1, 2024 wuov wueic laaix benx zuqc gorngv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meih nyei hnyang-jeiv funx ndortv zuqc 26 mingh taux 49 hnyangx nyei buonc bouc dauh, aengx caux • Meih mv duqv dorh sou-gorn juix bun yie mbuo zaah mangc gorngv benx U.S. baeqc fingz mi'aqc a'fai suiv bieqc deic bung sou-gorn bun zaah mangc gorngv benx hhangv haaix <p>Yiem njiec zoqc bouc jaax jamv souz mouc Medi-Cal nyei buonc sou-gorn se kungx beu weih tengx nzie weih njiouz jiepv sih goux nyei baengc, nzie weih ziux goux maaih gu'nguaaz yiem sin gong-bou jauv-louc beiv taux ziux goux mangc ndaangc taux yungz gu'nguaaz, wuaaic gu'nguaaz, yungz gu'nguaaz zingh hoc, aengx caux ziux goux mangc yiem-hlaax, aengx caux nzie weih ziux goux mangc lauh ndaauv baeng-ngaaz. Beiv taux meih maiv ding-torqv hnyouv gorngv taux yiem njiec zoqc bouc jaax-jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn nzie weih ziux goux benx hhangv haaix, naaic caux tengx meih ziux goux baengc ndie-sai duqv.</p> <p>Naaiv zeiv fienx tih daaih bun meih hiuv gorngv taux meih duqv zipv beu weih yiem njiec zoqc bouc jaax-jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn yiem <month year>.</p> <p>Meih corc haih duqv zipv tengx nzie, a'fai duqv zipv haix liuz, a'fai ganh tih mengh fienx mbuox meih gorngv taux maaih horpc bouc puix-juang gauz yiem da'nyeic norm bouc dauh ziangh hoc. Beiv taux meih dorh benx deic bung baeqc fingz a'fai suiv bieqc deic bung sou-gorn bun yie mbuo zaah mangc liuz a'fai oix mbuox yie mbuo hiuv gorngv meih mv haih lorx duqv sou-gorn bun zaah mangc nor, korh waac lorx taux nquenc zangc Medi-Cal ze'weic gorn ei nam mber yiem naaiv zeiv fienx wuov. Haaix zanc meih duqv dorh sou-gorn yiem njiec zoqc bouc jaax-jamv souz mouc tiuv benx beu buangv junh bouc nyei sou-gorn bun yie mbuo zaah liuz, yiem hluotv nzuonx bouc dauh (nzuonx nqaang) nyaanh se haih tiuv yienc siang nyei. Beu bungv junh nyei buonc sou-gorn nyaanh se beu nzoih liouh mingh buangh ndie-sai zorc baengc yietv zungv jauv-louc.</p> <p>Yie mbuo ndaauv-ndorqc funx meih huov jaa hlo faix ndongc haaix aengx caux zornc nyaanh duqv camv zoqc ndongc haaix liouh dorh mingh bangc dunz paaiv bun puix-dauh waac cuotv. Liouh tengx Medi-Cal, meih nyei huov jaa hlo faix lomhh haaix <household size>. Meih nyei huov jaa yietc hlaax nyieqc duqv nyaanh funx benx <modified adjusted gross income>. Naaiv Medi-Cal paaiv</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Mien Text Snippets
	<p>benx maaih jaax-jamv souz mouc nyaanh hlaax sou-gorn bun tengx meih nyei huov jaa hlo faix se funx gauz benx <MAGI limit>. Meih nyei nyaanh hlaax se mv zaaic naaiv norm souz mouc. Wueix hnangv naaiv, meih maaih horpc bouc jui-jaung gauz zipv Medi-Cal. Meih duqv zipv yiem zoqc bouc jaax-jamv souz mouc Medi-Cal wueic laaix meih maiv duqv dorh sou-gorn bun zaah mangc gorngv meih benx U.S. baeqc fingz a'fai suiv bieqc deic bung sou-gorn bun zaah mangc gorngv benx hnangv haaix. Gouv leiz waac a'fai doh leiz dugh yie mbuo longc liouh bangc ndorqc funx dingz waac bun taan nyanc hopv jauv-louc aengx caux gorn zanc wuov ginc leiz se yiem 14007.8.</p> <p>Beiv taux meih hnamv daaiz yie mbuoz duqv zoux dorngc, meih corc haih zoux sou lorx weic faan sic duqv. Bieqc lorx yietv nyei jaa liouh gorngv hnangv haaix lorx weic faan sic jauv-louc, doqc mangc "ze'buonc leiz bouc beu meih bun muangx dingc leiz yiem si-dorng" yiem naaiv zeiv fiensex ga'haav laai pin. Meih maaih 90 hnoi bouc dauh liouh tov lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem hnoi-nyieqc dugh meih zipv naaiv zeiv fiensex wuov funx daaih.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>Maaiah kuv waac zunh bun haix! Meih nyei Medi-Cal duqv tiuv yienc siang mingh benx beu buangv junh nyei buonc sou-gorn yiem naaiv <month dd, year>.</p> <p>Meih nyei Medi-Cal sou-gorn duqv tiuv yienc yiem zoqc bouc jaax-jamv souz mouc nyei sou-gorn mingh benx beu buangv junh nyei buonc sou-gorn wueic laaix naaiv diuc siang-doh leiz bun jiex gorn longc yiem zih hlaax saengh 1, 2024. Bieqc doqc mangc waac-fienx tipv gorngv taux Medi-Cal beu buangv bouc dauh nyaanh wuov, bieqc naaiv: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Meih oix zuqc goux siou longx meih nyei beu buangv junh Medi-Cal zuov taux haaix zanc meih nyei horpc bouc puix-juang setv mueix. Naaiv se zuov taux haaix zanc meih borqv sou-gorn siang nyei ziangh hoc a'fai haaix zanc meih nyei sic dauh jauv-louc tiuv yienc siang wuov.</p> <p>Meih corc haih maaiah horpc bouc puix-juang gauz zipv benx beu buangv junh Medi-Cal yiem jiex daaih wuov deix hlaax.</p> <p>Beiv taux jiex daaih meih cuotv nyaanh zorc baengc dugh meih maaiah zoqc bouc jaax-jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn nyaanh, meih corc haih tov heuc jaauv nzuonx duqv. Se gorngv meih maaiah waac qiemx naaic taux hnangv haaix tov jaauv nyaanh nzuonx wuov, korh waac lorx taux domh gorn nzie Weih ziuX goux baengc mienh heng-wangc yiem njiec naaiv 1-916-403-2007.</p> <p>Gouv leiz waac a'fai doh leiz dugh yie mbuo longc liouh bangc ndorqc funx dingz waac bun taan nyanc hopv jauv-louc aengx caux gorn zanc wuov ginc leiz se yiem 14007.8.</p> <p>Beiv taux meih hnamv daaiz yie mbuoz duqv zoux dorngc, meih corc haih zoux sou lorx weic</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Mien Text Snippets
	<p>faan sic duqv. Bieqc lorx yietv nyei jaa gorngv hnavg haaix liouh lorx weic faan sic jauv-louc, doqc mangc "ze'buonc leiz bouc beu meih bun muangx dingc leiz yiem si-dorng" yiem naaiv zeiv fiensex ga'haav laai pin. Meih maaih 90 hnoi bouc dauh liouh tov lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem gan hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv tih mengh fiensex mbuox hiuv wuov jiex gorn mingh.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Meih duqv heuc yie mbuo tengx zaah dimv mangc gaax meih haih duqv zipv Medi-Cal beu weih sou-gorn beu meih nyei zaeqv-daan yiem 3 hlaax nyieqc jiex daaih ndaangc zoux sou daaih tov nyei buonc nyei fai. Meih maaih horpc bouc puix-juang gauz zipv benx maaih zoqc bouc jaa-jamv beu weih sou-gorn Medi-Cal yiem <month year>. Meih mv maaih horpc bouc puix-juang gauz zipv benx Medi-Cal beu buangv junh bouc dauh nyei buonc ndaangc taux zih hlaax saengh 1, 2024 wueic laaix benx zuqc gorngv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meih nyei hnyang-jeiv funx ndortv zuqc 26 mingh taux 49 hnyangx nyei buonc bouc dauh, aengx caux • Meih mv duqv dorh sou-gorn bun yie mbuo zaah mangc gorngv meih benx U.S. baeqc fingz mi'aqc a'fai suiv bieqc deic bung sou-gorn bun zaah mangc gorngv benx hnavg haaix <p>Yiem njiec zoqc bouc jaax jamv souz mouc Medi-Cal nyei buonc sou-gorn se kungx beu weih tengx nzie weih njiouz jiepv sih goux nyei baengc, nzie weih ziux goux maaih gu'nguaaz yiem sin gong-bou jauv-louc beiv taux ziux goux mangc ndaangc taux yungz gu'nguaaz, wuaaic gu'nguaaz, yungz gu'nguaaz zingh hoc, caux ziux goux mangc yiem-hlaax, aengx caux nzie weih ziux goux mangc lauh ndaauv baeng-ngaaz. Beiv taux meih maiv ding-torqv hnyouv gorngv taux yiem njiec zoqc bouc jaax-jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn nzie weih ziux goux benx hnavg haaix, naaic caux tengx meih ziux goux baengc ndie-sai duqv.</p> <p>Naaiv zeiv fiensex tih daaih bun meih hiuv gorngv taux meih duqv zipv beu weih yiem njiec zoqc bouc jaax-jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn yiem <month year>. Meih corc haih duqv zipv tengx nzie, a'fai duqv zipv haix liuz, a'fai ganh tih mengh fiensex mbuox meih gorngv taux maaih horpc bouc puix-juang gauz yiem da'nyeic norm bouc dauh ziangh hoc.</p> <p>Beiv taux meih dorh benx deic bung baeqc fingz a'fai suiv bieqc deic bung sou-gorn bun yie mbuo zaah mangc liuz a'fai oix mbuox yie mbuo hiuv gorngv meih mv haih lorx duqv sou-gorn bun zaah mangc nor, korh waac lorx taux nquenc zangc Medi-Cal ze'weic gorn ei nam mber yiem naaiv zeiv fiensex wuov. Haaix zanc meih duqv dorh sou-gorn yiem njiec zoqc bouc jaax-jamv souz mouc tiuv benx beu buangv junh bouc nyei sou-gorn bun yie mbuo zaah liuz, yiem hluotv nzuonx bouc dauh (nzuonx nqaang) nyaanh se haih tiuv yienc siang nyei. Beu bungv junh nyei buonc sou-gorn nyaanh se beu nzoih liouh</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Mien Text Snippets
	<p>mingh buangh ndie-sai zorc baengc yietv zungv jauv-louc. Gouv leiz waac a'fai doh leiz dugh yie mbuo longc liouh bangc ndorqc funx dingz waac bun taan nyanc hopv jauv-louc aengx caux gorn zanc wuov ginc leiz se yiem 14007.8. Beiv taux meih hnamv daaiz yie mbuoz duqv zoux dorngc, meih corc haih zoux sou lorx weic faan sic sic duqv. Bieqc lorx yietv nyei jaa liouh gorngv hnavg haaix lorx weic faan sic jauv-louc, doqc mangc "ze'buonc leiz bouc beu meih bun muangx dingc leiz yiem si-dorng" yiem naaiv zeiv fienx ga'haav laai pin. Meih maaih 90 hnoi bouc dauh liouh tov lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem hnoi-nyieqc dugh meih zipv naaiv zeiv fienx wuov funx daaih.</p>
Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)	<p>Maaih kuv waac zunh bun haix! Meih nyei Medi-Cal duqv tiuv yienc siang mingh benx beu buangv junh nyei buonc sou-gorn yiem naaiv <month dd, year>. Meih nyei Medi-Cal sou-gorn duqv tiuv yienc yiem zoqc bouc jaax-jamv souz mouc nyei sou-gorn mingh benx beu buangv junh nyei buonc sou-gorn wueic laaix naaiv diuc siang-doh leiz bun jiex gorn longc yiem zih hlaax saengh 1, 2024. Bieqc doqc mangc waac-fienx tipv gorngv taux Medi-Cal beu buangv bouc dauh nyaanh wuov, bieqc naaiv: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx. Meih oix zuqc goux siou longx meih nyei beu buangv junh Medi-Cal zuov taux haaix zanc meih nyei horpc bouc puix-juang setv mueix. Naaiv se zuov taux haaix zanc meih borqv sou-gorn siang nyei ziangh hoc a'fai haaix zanc meih nyei sic dauh jauv-louc tiuv yienc siang wuov. Meih corc haih maaih horpc bouc puix-juang gauz zipv benx beu buangv junh Medi-Cal yiem jiex daaih wuov deix hlaax. Beiv taux jiex daaih meih cuotv nyaanh zorc baengc dugh meih maaih zoqc bouc jaax-jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn nyaanh, meih corc haih tov heuc jaauv nzuonx duqv. Se gorngv meih maaih waac qiemx naaic taux hnavg haaix tov jaauv nyaanh nzuonx wuov, korh waac lorx taux domh gorn nzie weih ziux goux baengc mienh heng-wangc yiem njiec naaiv 1-916-403-2007. Gouv leiz waac a'fai doh leiz dugh yie mbuo longc liouh bangc ndorqc funx dingz waac bun taan nyanc hopv jauv-louc aengx caux gorn zanc wuov ginc leiz se yiem 14007.8. Beiv taux meih hnamv daaiz yie mbuoz duqv zoux dorngc, meih corc haih zoux sou lorx weic faan sic duqv. Bieqc lorx yietv nyei jaa gorngv hnavg haaix liouh lorx weic faan sic jauv-louc, doqc mangc "ze'buonc leiz bouc beu meih bun muangx dingc leiz yiem si-dorng" yiem naaiv zeiv fienx ga'haav laai pin. Meih</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Mien Text Snippets
	maaiah 90 hnoi bouc dauh liouh tov lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem gan hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv tih mengh fiex mbuox hiuv wuov jiex gorn mingh.

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Punjabi Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਸੀ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਮਹੀਨੇ ਲਈ Medi-Cal ਤੁਹਾਡੇ ਬਿੱਲਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ <month year> ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰੇ ਦੇ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਈ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ 1, ਜਨਵਰੀ 2024 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਾਲੀ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ ਕਿਉਂਕਿ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 26 ਤੋਂ 49 ਸਾਲ ਵਿਚਾਲੇ ਹੈ, ਅਤੇ • ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ U.S. ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ <p>ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਸਿਰਫ਼ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ, ਡਿਲਿਵਰੀ, ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਅਤੇ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਯਕੀਨੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਕਿਸੇ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।</p> <p>ਇਹ ਪੱਤਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ <month year> ਲਈ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਮਿਲਿਆ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਮਿਆਦਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਚੁਕੀਆਂ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ ਜਾਂ ਫਿਰ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਸਬੂਤ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਊਂਟੀ Medi-Cal ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਸਬੂਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪੂਰਵ-ਵਿਆਪੀ (ਪਿਛਲੇ) ਲਾਭ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰੇ ਤੋਂ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਾਲੇ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।</p> <p>ਅਸੀਂ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਗਿਣਿਆ। Medi-Cal ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦਾ ਆਕਾਰ <household size> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰੀ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ <modified adjusted gross income> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ ਲਈ ਮਹੀਨਾਵਾਰੀ Medi-Cal ਆਮਦਨ ਸੀਮਾ <MAGI limit> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਇਸ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਮਿਲਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ U.S. ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਉਪਲੱਬਧ ਨਹੀਂ ਕਰਾਇਆ।</p> <p>ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਜਿਸ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕੀਤਾ, ਉਹ ਵੈਲਫੇਅਰ ਐਂਡ ਇੰਸਟੀਚਿਊਸ਼ਨ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 14007.8 ਹੈ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਕਿ ਅਪੀਲ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਪੜ੍ਹੋ। ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਆਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੀ ਤਾਰੀਕ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ ਸੀ।</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Punjabi Text Snippets
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>ਵਧੀਆ ਖਬਰ! ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal <month dd, year> ਨੂੰ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ। 1 ਜਨਵਰੀ, 2024 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਇਕ ਨਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰੇ ਤੋਂ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ। Medi-Cal ਦੇ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇੱਥੇ ਜਾਓ: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx।</p> <p>ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਬਣਾਈ ਰੱਖੋਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਹ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ।</p> <p>ਅਜਿਹਾ ਉਦੋਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਫਿਰ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।</p> <p>ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ Medi-Cal ਲਾਭ ਸਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਪੈਸਾ ਵਾਪਸ ਪਾਉਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੇ ਪੈਸੇ ਵਾਪਸ ਪਾਉਣ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-916-403-2007 ਤੇ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਔਫ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਬੈਨੇਫਿਸ਼ੀਅਰੀ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।</p> <p>ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਜਿਸ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਉਹ ਵੈਲਫੇਅਰ ਐਂਡ ਇੰਸਟੀਚਿਊਸ਼ਨਜ਼ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 14007.8 ਹੈ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।</p> <p>ਇਹ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਕਿ ਅਪੀਲ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਪੜ੍ਹੋ। ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਆਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੀ ਤਾਰੀਕ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ ਸੀ।</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਸੀ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਮਹੀਨੇ ਲਈ Medi-Cal ਤੁਹਾਡੇ ਬਿੱਲਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ <month year> ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰੇ ਦੇ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਈ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ 1, ਜਨਵਰੀ 2024 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਾਲੀ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸੀ ਕਿਉਂਕਿ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 26 ਤੋਂ 49 ਸਾਲ ਵਿਚਾਲੇ ਹੈ, ਅਤੇ • ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ U.S. ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ <p>ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਸਿਰਫ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ, ਡਿਲਿਵਰੀ, ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਅਤੇ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਯਕੀਨੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਕਿਸੇ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ।</p> <p>ਇਹ ਪੱਤਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ <month year> ਲਈ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਮਿਲਿਆ ਹੈ।</p> <p>ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਮਿਆਦਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਚੁਕੀਆਂ ਹਨ।</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Punjabi Text Snippets
	<p>ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ ਜਾਂ ਫਿਰ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਸਬੂਤ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਉਂਟੀ Medi-Cal ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਸਬੂਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪੂਰਵ-ਵਿਆਪੀ (ਪਿਛਲੇ) ਲਾਭ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰੇ ਤੋਂ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਾਲੇ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਜਿਸ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕੀਤਾ, ਉਹ ਵੈਲਫੇਅਰ ਐਂਡ ਇੰਸਟੀਚਿਊਸ਼ਨ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 14007.8 ਹੈ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਕਿ ਅਪੀਲ ਕਿਸ ਤਰਾਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਪੜ੍ਹੋ। ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਆਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੀ ਤਾਰੀਕ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ ਸੀ।</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>ਵਧੀਆ ਖਬਰ! ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal <month dd, year> ਨੂੰ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ। 1 ਜਨਵਰੀ, 2024 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਇਕ ਨਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਦਾਇਰੇ ਤੋਂ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ। Medi-Cal ਦੇ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰੇ ਦੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇੱਥੇ ਜਾਓ: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਬਣਾਈ ਰੱਖੋਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਹ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਅਜਿਹਾ ਉਦੋਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਫਿਰ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।</p> <p>ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਪੂਰਨ ਦਾਇਰਾ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ Medi-Cal ਲਾਭ ਸਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਪੈਸਾ ਵਾਪਸ ਪਾਉਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੇ ਪੈਸੇ ਵਾਪਸ ਪਾਉਣ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-916-403-2007 ਤੇ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਬੈਨੇਫਿਸ਼ੀਅਰੀ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਜਿਸ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਉਹ ਵੈਲਫੇਅਰ ਐਂਡ ਇੰਸਟੀਚਿਊਸ਼ਨਜ਼ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 14007.8 ਹੈ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਕਿ ਅਪੀਲ ਕਿਸ ਤਰਾਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਪੜ੍ਹੋ। ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਆਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੀ ਤਾਰੀਕ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ ਸੀ।</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Russian Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>Вы просили нас проверить, может ли Medi-Cal оплатить Ваши счета за какой-либо из 3 месяцев до того, как Вы подали заявление. Вы соответствовали требованиям для получения Medi-Cal в ограниченном объеме в <month year>. Вы не соответствовали требованиям для получения страхования Medi-Cal в полном объеме до 1 января 2024 года, поскольку:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вам от 26 до 49 лет, и • Вы не отправили нам подтверждение U.S гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса <p>Medi-Cal в ограниченном объеме покрывает только услуги неотложной медицинской помощи; услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах и рождения ребенка и послеродовое обслуживание и услуги долгосрочного медицинского обслуживания. Если Вы не уверены, покрывает ли Medi-Cal в ограниченном объеме какую-либо услугу, обратитесь к Вашему поставщику медицинских услуг.</p> <p>Это письмо , чтобы сообщить Вам о том, что Вы получили Medi-Cal в ограниченном объеме на <month year>.</p> <p>Вы можете получить или уже получили другие уведомления о Вашем соответствии требованиям в отношении других периодов времени.</p> <p>Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства или иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам, или если Вы хотите сообщить нам, что Вы не можете получить подтверждение, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом письме. Ваши ретроспективные (в прошлом) льготы могут измениться с ограниченного объема на полный объем, когда Вы предоставите нам подтверждение. Льготы в полном объеме покрывают посещения врачей для удовлетворения всех Ваших медицинских потребностей.</p> <p>При принятии решения мы учитывали Ваш размер семьи и доход.</p> <p>Для Medi-Cal Ваш размер семьи составляет <household size>. Ваш ежемесячный семейный доход составляет <modified adjusted gross income>. Предел ежемесячного дохода, установленный Medi-Cal для Вашего размера семьи, составляет <MAGI limit>. Ваш доход ниже этого уровня. Поэтому Вы соответствуете требованиям Medi-Cal. Вы получили Medi-Cal в ограниченном объеме, поскольку Вы не предоставили подтверждение Вашего U.S. гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса.</p> <p>Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является раздел 14007.8 кодекса благосостояния и учреждений.</p> <p>Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Чтобы</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Russian Text Snippets
	<p>узнать, как подать апелляцию, прочитайте раздел «Ваши права на проведение слушания» на последней странице этого письма. У Вас есть 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. 90 дней начались на следующий день после даты этого письма.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>Хорошие новости! Ваш Medi-Cal изменен <month dd, year> и будет предоставляться в полном объеме.</p> <p>Ваш Medi-Cal изменился с ограниченного объема на полный объем в связи с новым законом, который вступает в силу 1 января 2024 года. Чтобы узнать больше о льготах Medi-Cal в полном объеме, посетите сайт: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_ENH_Benefits.aspx.</p> <p>Вы сохраните свое полное покрытие Medi-Cal, если только не будет установлено, что Вы более не соответствуете требованиям.</p> <p>Это может произойти во время продления действия Вашего соответствия требованиям, или когда Ваша ситуация изменится.</p> <p>Вы можете соответствовать требованиям для получения Medi-Cal в полном объеме за прошедшие месяцы.</p> <p>Если Вы платили за медицинское обслуживание, когда у Вас были льготы Medi-Cal в ограниченном объеме, возможно, Вы сможете вернуть Ваши деньги. Если у Вас есть вопросы относительно возврата Ваших денег, позвоните в департамент обслуживания медицинских услуг бенефициарных услуг по номеру 1-916-403-2007.</p> <p>Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является Закон о социальном обеспечении, Раздел 14007.8.</p> <p>Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию.</p> <p>Чтобы узнать, как подать апелляцию, прочитайте раздел «Ваши права на проведение слушания» на последней странице этого письма. У Вас есть 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. 90 дней начались на следующий день после даты этого письма.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to</p>	<p>Вы просили нас проверить, может ли Medi-Cal оплатить Ваши счета за какой-либо из 3 месяцев до того, как Вы подали заявление. Вы соответствовали требованиям для получения Medi-Cal в ограниченном объеме в <month year>. Вы не соответствовали требованиям для получения Medi-Cal в полном объеме до 1 января 2024 года, поскольку:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вам от 26 до 49 лет, и

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Russian Text Snippets
Non-MAGI Programs)	<p>• Вы не отправили нам подтверждение Вашего U.S. гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса</p> <p>Medi-Cal в ограниченном объеме покрывает только услуги неотложной медицинской помощи и услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах и послеродовое обслуживание и услуги долгосрочного медицинского обслуживания. Если Вы не уверены, покрывает ли Medi-Cal в ограниченном объеме какую-либо услугу, обратитесь к Вашему поставщику медицинских услуг.</p> <p>Это письмо, чтобы сообщить Вам о том, что Вы получили Medi-Cal в ограниченном объеме на <month year>.</p> <p>Вы можете получить или уже получили другие письма о Вашем соответствии требованиям в отношении других периодов времени.</p> <p>Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства или иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам, или если Вы хотите сообщить нам, что Вы не можете получить подтверждение, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом письме. Ваши ретроспективные (в прошлом) льготы могут измениться с ограниченного объема на полный объем, когда Вы предоставите нам подтверждение. Льготы в полном объеме покрывают посещения врачей для удовлетворения всех Ваших медицинских потребностей. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является Закон о социальном обеспечении, Раздел 14007.8.</p> <p>Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию.</p> <p>Чтобы узнать, как подать апелляцию, прочитайте раздел «Ваши права на проведение слушания» на последней странице этого письма. У Вас есть 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. 90 дней начались на следующий день после даты этого письма.</p>
Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)	<p>Хорошие новости! Ваше страхование Medi-Cal изменилось <month dd, year> и будет предоставляться в полном объеме.</p> <p>Ваш Medi-Cal изменился с ограниченного объема на полный объем в связи с новым законом, который вступает в силу 1 января 2024 года. Чтобы узнать больше о льготах Medi-Cal в полном объеме, посетите сайт: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_ENH_Benefits.aspx.</p> <p>Вы сохраните Ваш Medi-Cal в полном объеме, если только не будет установлено, что Вы более не соответствуете требованиям. Это может произойти во время продления действия Вашего</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Russian Text Snippets
	<p>соответствия требованиям, или когда Ваша ситуация изменится.</p> <p>Вы можете соответствовать требованиям для получения Medi-Cal в полном объеме за прошедшие месяцы.</p> <p>Если Вы платили за медицинское обслуживание, когда у Вас были льготы Medi-Cal в ограниченном объеме, возможно, Вы сможете вернуть Ваши деньги. Если у Вас есть вопросы относительно возврата Ваших денег, позвоните в Отдел обслуживания клиентов Департамента здравоохранения по номеру 1-916-403-2007.</p> <p>Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является Закон о социальном обеспечении, Раздел 14007.8.</p> <p>Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию.</p> <p>Чтобы узнать, как подать апелляцию, прочитайте раздел «Ваши права на проведение слушания» на последней странице этого письма. У Вас есть 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. 90 дней начались на следующий день после даты этого письма.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Spanish Text Snippets
<p>Restricted Scope Retro Approval</p>	<p>Usted nos pidió que comprobemos si Medi-Cal podría cubrir sus facturas de cualquiera de los 3 meses anteriores a la fecha en que solicitó. Usted calificó para Medi-Cal restringido en <month year>. Usted no calificó para la cobertura de Medi-Cal completo antes del 1 de enero de 2024 porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene de 26 a 49 años de edad, y • Usted no nos envió pruebas de ciudadanía de U.S. o de estatus migratorio satisfactorio <p>Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia; servicios relacionados con el embarazo como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto, y cuidados posparto, y servicios de cuidados a largo plazo. Si no está seguro si Medi-Cal restringido cubre un servicio, pregunte a su proveedor médico.</p> <p>Esta carta es para informarle que usted obtuvo Medi-Cal restringido para <month year>.</p> <p>Posiblemente usted reciba, o ya haya recibido, otros avisos sobre su elegibilidad para otros períodos de tiempo.</p> <p>Si usted tiene comprobantes de su ciudadanía o estatus migratorio para darnos o si quiere decirnos que no puede obtener sus comprobantes, llame a la oficina de Medi-Cal de su condado al número que está en esta carta. Sus beneficios retroactivos (anteriores) podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus comprobantes. Los beneficios completos cubren visitas al médico para todas sus necesidades médicas.</p> <p>Tomamos en cuenta el tamaño de su hogar e ingresos para tomar nuestra decisión.</p> <p>Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es <household size>. Los ingresos mensuales de su hogar son <modified adjusted gross income>. El límite de ingresos mensuales de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es de <MAGI limit>. Sus ingresos están por debajo de este límite. Así que usted califica para Medi-Cal. Usted obtuvo Medi-Cal restringido porque no nos dio comprobantes de su ciudadanía de U.S. o de estatus migratorio satisfactorio.</p> <p>La regulación o ley que usamos para decidir es la sección 14007.8 del código de bienestar social e instituciones.</p> <p>Si le parece que cometimos un error, usted puede apelar.</p> <p>Para saber cómo apelar, lea "sus derechos a una audiencia" en la última página de esta carta. Usted tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de esta carta.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>¡Buenas noticias! Su Medi-Cal cambió a completo el <month dd, yyyy>.</p> <p>Su Medi-Cal cambió de restringido a completo por una nueva ley que comenzara el 1 de enero de 2024. Para obtener más información sobre los beneficios completos de Medi-Cal, vaya a:</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Spanish Text Snippets
	<p>https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx. Usted mantendrá su cobertura de Medi-Cal completo a menos que encontremos que usted ya no califica. Esto podría suceder cuando renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Usted podría calificar para Medi-Cal completo por los meses anteriores. Si pagó por cuidados médicos mientras tenía beneficios de Medi-Cal restringido, usted podría obtener la devolución de su dinero. Si tiene preguntas sobre cómo obtener la devolución de su dinero, llame al Departamento de servicios de cuidados de salud a Servicios al beneficiario al 1-916-403-2007. La regulación o ley que usamos para decidir es la sección 14007.8 del código de bienestar social e instituciones. Si le parece que cometimos un error, usted puede apelar. Para saber cómo apelar, lea "sus derechos a una audiencia" en la última página de esta carta. Usted tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.</p>
Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)	<p>Usted nos pidió que comprobemos si Medi-Cal podría cubrir sus facturas de cualquiera de los 3 meses anteriores a la fecha en que solicitó. Usted calificó para Medi-Cal restringido en <month year>. Usted no calificó para Medi-Cal completo antes del 1 de enero de 2024 porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene de 26 a 49 años de edad, y • Usted no nos envió pruebas de ciudadanía de U.S. ni de estatus migratorio satisfactorio <p>Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia y servicios relacionados con el embarazo como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto, y cuidados posparto, y servicios de cuidados a largo plazo. Si no está seguro si Medi-Cal restringido cubre un servicio, pregunte a su proveedor médico. Esta carta es para informarle que usted obtuvo cobertura de Medi-Cal restringido para <month year>. Posiblemente usted reciba o ya haya recibido otras cartas sobre su elegibilidad para otros períodos de tiempo. Si usted tiene comprobantes de su ciudadanía o estatus migratorio para darnos o si quiere decirnos que no puede obtener sus comprobantes, llame a la oficina de Medi-Cal de su condado al número que está en esta carta. Sus beneficios retroactivos (anteriores) podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus comprobantes. Los beneficios completos cubren visitas al médico para todas sus necesidades médicas. La regulación o ley que usamos para decidir es la sección 14007.8 del código de bienestar social e instituciones.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Spanish Text Snippets
	<p>Si le parece que cometimos un error, usted puede apelar. Para saber cómo apelar, lea "sus derechos a una audiencia" en la última página de esta carta. Usted tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de esta carta.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>¡Buenas noticias! Su Medi-Cal cambió a completo el <month dd, yyyy>. Su Medi-Cal cambió de restringido a completo por una nueva ley que comienza el 1 de enero de 2024. Para obtener más información sobre los beneficios completos de Medi-Cal, vaya a: https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx. Usted mantendrá su Medi-Cal completo a menos que encontremos que usted que ya no califica. Esto podría suceder cuando renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Usted podría calificar para Medi-Cal completo por los meses anteriores. Si pagó por cuidados médicos mientras usted tenía beneficios de Medi-Cal restringido, usted podría obtener la devolución de su dinero. Si tiene preguntas sobre cómo obtener la devolución de su dinero, llame a Servicios al beneficiario del departamento de servicios de cuidados de salud al 1-916-403-2007. La regulación o ley que usamos para decidir es la sección 14007.8 del código de bienestar social e instituciones. Si le parece que cometimos un error, usted puede apelar. Para saber cómo apelar, lea "sus derechos a una audiencia" en la última página de esta carta. Usted tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Tagalog Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>Hiniling mo sa amin na suriin kung maaaring sagutin ng Medi-Cal ang iyong mga bayarin para sa alinman sa 3 mga buwan bago ka nag-apply. Kwalipikado ka para sa limitadong saklaw ng Medi-Cal sa <month year>. Hindi ka kwalipikado para sa buong sakop ng Medi-Cal na saklaw bago ang Enero 1, 2024 dahil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikaw ay 26 hanggang 49 taong gulang, at • Hindi ka nagpadala sa amin ng katibayan ng pagkamamamayan sa U.S. o ng kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon <p>Sinasakop lamang ng limitadong saklaw ng Medi-Cal ang mga serbisyong pang-emerhensiya; mga serbisyong nauugnay sa pagbubuntis tulad ng pangangalagang prenatal, habang nanganganak, panganganak, postpartum na pangangalaga, at mga serbisyo sa pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi ka sigurado kung sakop ng limitadong saklaw ng Medi-Cal ang isang serbisyo, tanungin ang iyong medikal na provider.</p> <p>Ang liham na ito ay para sabihin sa iyo na nakakuha ka ng limitadong sakop ng Medi-Cal para sa <month year>.</p> <p>Maaaring makakuha ka, o nakakuha ka na, ng iba pang mga abiso tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat para sa mga ibang haba ng panahon.</p> <p>Kung mayroon kang katibayan ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon para ibigay sa amin, o nais mong sabihin sa amin na hindi mo makuha ang iyong katibayan, tumawag sa tanggapan ng Medi-Cal sa iyong lalawigan sa numerong nasa liham na ito. Ang iyong mga retroaktibong (nakaraang) benepisyo ay maaaring magbago mula sa limitadong saklaw patungo sa buong saklaw kapag ibinigay mo sa amin ang iyong katibayan. Ang mga benepisyo ng buong saklaw ay sakop ang mga pagbisita sa doktor para sa lahat ng iyong mga medikal na pangangailangan.</p> <p>Binilang namin ang laki ng iyong sambahayan at kita upang gawin ang aming pasya.</p> <p>Para sa Medi-Cal, ang laki ng iyong sambahayan ay <household size>. Ang iyong buwanang kita ng sambahayan ay <modified adjusted gross income>. Ang buwanang limitasyon sa kita sa Medi-Cal para sa laki ng iyong sambahayan ay <MAGI limit>. Ang iyong kita ay mas mababa kaysa sa limitasyong ito. Kaya, kwalipikado ka para sa Medi-Cal. Nakakuha ka ng limitadong saklaw ng Medi-Cal dahil hindi ka nagbigay ng katibayan ng iyong pagkamamamayan sa U.S. o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon.</p> <p>Ang regulasyon o batas na ginamit namin upang magpasya ay ang Code ng Kapakanan at mga Institusyon Seksyon 14007.8.</p> <p>Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, maaari kang umapela.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Tagalog Text Snippets
	<p>Upang malaman kung paano umapela, basahin ang "Iyong Mga Karapatan sa Pagdinig" sa huling pahina ng liham na ito. Mayroon kang 90 mga araw para humingi ng pagdinig. Ang 90 mga araw ay nagsisimula sa araw pagkatapos ng petsa sa liham na ito.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>Magandang balita! Ang iyong Medi-Cal ay nagbago patungo sa buong saklaw sa <month dd, year>. Nagbago ang iyong Medi-Cal mula sa limitadong saklaw patungo sa buong saklaw dahil sa isang bagong batas na magsisimula sa Enero 1, 2024. Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga benepisyo ng buong saklaw sa Medi-Cal, pumunta sa: https://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Mapapanatili mo ang iyong buong sakop ng Medi-Cal na saklaw maliban kung natagpuan kang hindi na kwalipikado. Maaari itong mangyari kapag na-renew ang iyong pagiging karapat-dapat o kapag nagbago ang iyong sitwasyon.</p> <p>Maaari kang maging kwalipikado para sa buong saklaw ng Medi-Cal para sa mga nakaraang buwan.</p> <p>Kung nagbayad ka para sa medikal na pangangalaga habang mayroon kang limitadong mga benepisyo sa Medi-Cal, maaari mong makuha-pabalik ang iyong pera. Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa pagkuha pabalik ng iyong pera, tumawag sa Kawani ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan at Benepisyaryo sa 1-916-403-2007.</p> <p>Ang regulasyon o batas na ginamit namin upang magpasya ay ang Code ng Kapakanan at mga Institusyon Seksyon 14007.8.</p> <p>Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, maaari kang umapela.</p> <p>Upang malaman kung paano umapela, basahin ang "Iyong Mga Karapatan sa Pagdinig" sa huling pahina ng liham na ito. Mayroon kang 90 mga araw para humingi ng pagdinig. Ang 90 mga araw ay nagsisimula sa araw pagkatapos ng petsa sa abisong ito.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Hiningi mo sa amin na suriin kung maaaring sagutin ng Medi-Cal ang iyong mga bayarin para sa alinman sa 3 mga buwan bago ka nag-apply. Kwalipikado ka para sa limitadong saklaw ng Medi-Cal sa <month year>. Hindi ka kwalipikado para sa buong sakop ng Medi-Cal bago ang Enero 1, 2024 dahil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikaw ay 26 hanggang 49 taong gulang, at • Hindi ka nagpadala sa amin ng katibayan ng pagkamamamayan sa U.S. o ng kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Tagalog Text Snippets
	<p>Sinasakop lamang ng limitadong saklaw ng Medi-Cal ang mga serbisyong pang-emerhensiya at mga serbisyong nauugnay sa pagbubuntis tulad ng pangangalagang prenatal, habang nanganganak, panganganak, postpartum na pangangalaga, at mga serbisyo sa pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi ka sigurado kung sakop ng limitadong saklaw ng Medi-Cal ang isang serbisyo, tanungin ang iyong medikal na provider.</p> <p>Ang liham na ito ay para sabihin sa iyo na nakakuha ka ng limitadong sakop ng Medi-Cal na saklaw para sa <month year>. Maaaring makakuha ka, o nakakuha ka na, ng iba pang mga abiso tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat para sa mga ibang haba ng panahon.</p> <p>Kung mayroon kang katibayan ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon para ibigay sa amin, o nais mong sabihin sa amin na hindi mo makuha ang iyong katibayan, tumawag sa tanggapan ng Medi-Cal sa iyong lalawigan sa numerong nasa liham na ito. Ang iyong mga retroaktibong (nakaraang) benepisyo ay maaaring magbago mula sa limitadong saklaw patungo sa buong saklaw kapag ibinigay mo sa amin ang iyong katibayan. Ang mga benepisyo ng buong saklaw ay sakop ang mga pagbisita sa doktor para sa lahat ng iyong mga medikal na pangangailangan.</p> <p>Ang regulasyon o batas na ginamit namin upang magpasya ay ang Code ng Kapakanan at mga Institusyon Seksyon 14007.8.</p> <p>Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, maaari kang umapela.</p> <p>Upang malaman kung paano umapela, basahin ang "Iyong Mga Karapatan sa Pagdinig" sa huling pahina ng liham na ito. Mayroon kang 90 mga araw para humingi ng pagdinig. Ang 90 mga araw ay nagsisimula sa araw pagkatapos ng petsa sa liham na ito.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Magandang balita! Ang iyong Medi-Cal ay nabago sa buong saklaw sa <month dd, year>.</p> <p>Nagbago ang iyong Medi-Cal mula sa limitadong saklaw patungo sa buong saklaw dahil sa isang bagong batas na magsisimula sa Enero 1, 2024. Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga benepisyo ng buong saklaw sa Medi-Cal, pumunta sa: https://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Mapapanatili mo ang iyong buong sakop ng Medi-Cal maliban kung natagpuan kang hindi na kwalipikado. Maaari itong mangyari kapag na-renew ang iyong pagiging karapat-dapat o kapag nagbago ang iyong sitwasyon.</p> <p>Maaari kang maging kwalipikado para sa buong saklaw ng Medi-Cal para sa mga nakaraang buwan.</p> <p>Kung nagbayad ka para sa medikal na pangangalaga habang mayroon kang limitadong mga benepisyo</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Tagalog Text Snippets
	<p>sa Medi-Cal, maaari mong makuha-pabalik ang iyong pera. Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa pagkuha pabalik ng iyong pera, tumawag sa Kawani ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan at Benepisyaryo sa 1-916-403-2007.</p> <p>Ang regulasyon o batas na ginamit namin upang magpasya ay ang Code ng Kapakanan at mga Institusyon Seksyon 14007.8.</p> <p>Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, maaari kang umapela.</p> <p>Upang malaman kung paano umapela, basahin ang "Iyong Mga Karapatan sa Pagdinig" sa huling pahina ng liham na ito. Mayroon kang 90 mga araw para humingi ng pagdinig. Ang 90 mga araw ay nagsisimula sa araw pagkatapos ng petsa sa abisong ito.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Thai Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>คุณขอให้ทางเราตรวจสอบว่าคุณสามารถใช้ Medi-Cal ในการชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระหว่าง 3 เดือนก่อนที่คุณจะสมัคร คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal ใน <month year> คุณไม่มีคุณสมบัติในการได้รับการคุ้มครองจาก Medi-Cal แบบทุกประการก่อนวันที่ 1 มกราคม 2024 เนื่องจาก:</p> <ul style="list-style-type: none"> • คุณมีอายุ 26 ถึง 49 ปี และ • คุณไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองของ U.S. หรือสถานะคนเข้าเมืองที่เพียงพอ <p>การคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ</p> <p>หนังสือแจ้งฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแจ้งคุณว่าคุณได้รับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal เป็นระยะเวลา <month year></p> <p>คุณอาจได้รับหรือได้รับหนังสือแจ้งฉบับอื่นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของคุณสำหรับช่วงเวลาอื่นแล้ว หากคุณมีหลักฐานการเป็นพลเมืองและสถานะผู้เข้าเมืองซึ่งคุณสามารถให้เราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่ากำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารนั้น กรุณาโทรหาสำนักงาน Medi-Cal ประจำเขต ซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้</p> <p>ผลประโยชน์ย้อนหลังของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เมื่อคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา</p> <p>ผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ เราจะพิจารณาขนาดครัวเรือนและรายได้ของคุณเพื่อทำการตัดสินใจ</p> <p>สำหรับ Medi-Cal แล้ว ขนาดครัวเรือนของคุณคือ <household size> และรายได้ครัวเรือนต่อเดือนของคุณคือ <modified adjusted gross income> เกณฑ์รายได้ประจำเดือนของ Medi-Cal สำหรับขนาดครัวเรือนของคุณคือ <MAGI limit> รายได้ของคุณต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นคุณมีคุณสมบัติในการรับความคุ้มครองจาก Medi-Cal</p> <p>คุณได้รับการคุ้มครองแบบจำกัดจาก Medi-Cal เพราะคุณไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. ของคุณหรือสถานะผู้เข้าเมืองอย่างเพียงพอ</p> <p>ระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจคือกฎหมายว่าด้วยสังคมสงเคราะห์และองค์กร มาตรา 14007.8</p> <p>หาก你认为เราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้</p> <p>โปรดอ่าน “สิทธิในการขอให้พิจารณาของคุณ” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันในการขอรับการพิจารณา โดยระยะเวลา 90 วันนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Thai Text Snippets
Restricted Scope to Full Scope	<p>ข่าวดี Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองทุกประการ ณ วันที่ <month dd, year> การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการเนื่องจากกฎหมายใหม่จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม 2024 เพื่อทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal โปรดไปที่ https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx สิทธิการคุ้มครองทุกประการจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่องจากกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิของคุณได้รับการต่ออายุหรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง</p> <p>คุณอาจมีคุณสมบัติได้รับสิทธิในการรับประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal ในเดือนที่ผ่านมา หากคุณสามารถชำระค่าบริการทางการแพทย์ในช่วงที่คุณมีสิทธิรับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal คุณอาจได้รับเงินของคุณคืน หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับการขอเงินของคุณคืน โทรไปที่ บริการผู้รับผลประโยชน์ของแผนกบริการสุขภาพ ที่หมายเลข 1-916-403-2007 เปรียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจคือกฎหมายว่าด้วยสังคมสงเคราะห์และองค์กร มาตรา 14007.8</p> <p>หาก你认为เราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดอ่าน “สิทธิในการขอให้พิจารณาของคุณ” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันในการขอรับการพิจารณา โดยระยะเวลา 90 วันนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้</p>
Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)	<p>คุณขอให้ทางเราตรวจสอบว่าคุณสามารถใช้ Medi-Cal ในการชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระหว่าง 3 เดือนก่อนที่คุณจะสมัคร คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal ใน <month year> คุณไม่มีคุณสมบัติในการได้รับการคุ้มครองจาก Medi-Cal แบบทุกประการก่อนวันที่ 1 มกราคม 2024 เนื่องจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> • คุณมีอายุ 26 ถึง 49 ปี และ • คุณไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองของ U.S. หรือสถานะคนเข้าเมืองที่เพียงพอ <p>การคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ</p> <p>หนังสือแจ้งฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแจ้งคุณว่าคุณได้รับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal เป็นระยะเวลา <month year></p> <p>คุณอาจได้รับหรือได้รับหนังสือแจ้งฉบับอื่นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของคุณสำหรับช่วงเวลาอื่นแล้ว</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Thai Text Snippets
	<p>หากคุณมีหลักฐานการเป็นพลเมืองและสถานะผู้เข้าเมืองซึ่งคุณสามารถให้เราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่า คุณกำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารนั้น กรุณาโทรหาสำนักงาน Medi-Cal ประจำเขต ซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้</p> <p>ผลประโยชน์ย้อนหลังของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เมื่อคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา</p> <p>ผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ ระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจคือกฎหมายว่าด้วยสังคมสงเคราะห์และองค์กร มาตรา 14007.8</p> <p>หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้</p> <p>โปรดอ่าน “สิทธิในการขอให้พิจารณาของคุณ” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันในการขอรับการพิจารณา โดยระยะเวลา 90 วันนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>ชาวดี Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองทุกประการ ณ วันที่ <month dd, year></p> <p>การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการเนื่องจากกฎหมายใหม่จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม 2024 เพื่อทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal โปรดไปที่ https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx</p> <p>สิทธิการคุ้มครองทุกประการจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่า คุณไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง</p> <p>คุณอาจมีคุณสมบัติได้รับสิทธิในการรับประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal ในเดือนที่ผ่านมา</p> <p>หากคุณได้ชำระค่าบริการทางการแพทย์ในช่วงที่คุณมีสิทธิรับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal คุณอาจได้รับเงินของคุณคืน หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับการขอเงินของคุณคืน โทรไปที่ บริการผู้รับผลประโยชน์ของแผนกบริการสุขภาพ ที่หมายเลข 1-916-403-2007</p> <p>ระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจคือกฎหมายว่าด้วยสังคมสงเคราะห์และองค์กร มาตรา 14007.8</p> <p>หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้</p> <p>โปรดอ่าน “สิทธิในการขอให้พิจารณาของคุณ” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันในการขอรับการพิจารณา โดยระยะเวลา 90 วันนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Ukrainian Text Snippets
Restricted Scope Retro Approval	<p>Ви попросили нас перевірити, чи може Medi-Cal покрити ваші рахунки за будь-який з 3 місяців до того, як ви подали заявку. Ви мали право на обмежене використання Medi-Cal в <month year>. Ви не мали права на повне покриття Medi-Cal до 1 січня 2024 року тому, що:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ваш вік становить від 26 до 49 років, та • Ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу <p>Обмежене використання Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги; послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання Medi-Cal, зверніться до свого лікаря.</p> <p>Цей лист вказує лише на те, що ви отримали обмежене покриття Medi-Cal в <month year>. Ви можете отримати або, можливо, вже отримали інші повідомлення про ваше право на покриття в інші періоди часу.</p> <p>Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам, або ви хочете повідомити нам, що у вас виникли проблеми з отриманням ваших доказів, зателефонуйте до офісу Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому листі. Коли ви надасте нам свої докази, ваші ретроактивні (минулі) пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання покриватимуть ваші візити до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами.</p> <p>Ми підраховували розмір вашого домогосподарства та дохід, щоб прийняти наше рішення. Для Medi-Cal розмір вашого домогосподарства становить <household size>. Ваш місячний дохід домогосподарства становить <modified adjusted gross income>. Щомісячний ліміт доходу Medi-Cal для вашого розміру домогосподарства становить <MAGI limit>. Ваш дохід нижче цієї межі. Тому ви маєте право на участь у Medi-Cal. Ви отримали право на обмежене використання Medi-Cal, оскільки ви не надали доказів свого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу. Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення – це Розділ 14007.8 Кодексу законів про соціальне забезпечення та відповідні установи.</p> <p>Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Читайте розділ «Ваші права на слухання» на останній сторінці цього листа, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте 90 днів, щоб попросити про слухання. Відлік 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього листа.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Ukrainian Text Snippets
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>Гарні новини! Ваше покриття у Medi-Cal змінилося на повне, починаючи з <month dd, year>.</p> <p>Ваше покриття Medi-Cal змінилося з обмеженого на повне через новий закон, який починає діяти 1 січня 2024 року. Ви можете ознайомитись з пільгами повного покриття Medi-Cal за посиланням: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Ваше повне покриття у Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації.</p> <p>Ваше право на повне покриття у Medi-Cal може покривати минулі місяці.</p> <p>Якщо ви заплатили за медичну допомогу, коли ви мали обмежені пільги Medi-Cal, ви зможете повернути свої гроші. Зателефонуйте до відділу Бенефіціарних послуг у Департаменті послуг у сфері охорони здоров'я із запитаннями щодо відшкодування за номером 1-916-403-2007.</p> <p>Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення – це Розділ 14007.8 Кодексу законів про соціальне забезпечення та відповідні установи.</p> <p>Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію.</p> <p>Читайте розділ «Ваші права на слухання» на останній сторінці цього листа, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте 90 днів, щоб попросити про слухання. Відлік 90 днів починається на наступний день після дати, зазначеної в цьому повідомленні.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Ви попросили нас перевірити, чи може Medi-Cal покрити ваші рахунки за будь-який з 3 місяців до того, як ви подали заявку. Ви мали право на обмежене використання Medi-Cal в <month year>.</p> <p>Ви не мали права на повний обсяг Medi-Cal до 1 січня 2024 року тому, що:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ваш вік становить від 26 до 49 років, та • Ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу <p>Обмежене використання Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання Medi-Cal, зверніться до свого лікаря.</p> <p>Цей лист вказує лише на те, що ви отримали обмежене покриття Medi-Cal в <month year>.</p> <p>Ви можете отримати або, можливо, вже отримали інші повідомлення про ваше право на покриття в інші періоди часу.</p> <p>Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам, або ви хочете повідомити нам, що у вас виникли проблеми з отриманням ваших доказів, зателефонуйте до офісу Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому листі. Коли ви</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Ukrainian Text Snippets
	<p>надасте нам свої докази, ваші ретроактивні (минулі) пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання покриватимуть ваші візити до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами.</p> <p>Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення – це Розділ 14007.8 Кодексу законів про соціальне забезпечення та відповідні установи.</p> <p>Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію.</p> <p>Читайте розділ «Ваші права на слухання» на останній сторінці цього листа, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте 90 днів, щоб попросити про слухання. Відлік 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього листа.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Гарні новини! Ваше покриття у Medi-Cal змінилося на повне, починаючи з <month dd, year>.</p> <p>Ваше покриття Medi-Cal змінилося з обмеженого на повне через новий закон, який починає діяти 1 січня 2024 року. Ви можете ознайомитись з пільгами повного покриття Medi-Cal за посиланням: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Ваше повне покриття у Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації.</p> <p>Ваше право на повне покриття у Medi-Cal може покривати минулі місяці.</p> <p>Якщо ви заплатили за медичну допомогу, коли ви мали обмежені пільги Medi-Cal, ви зможете повернути свої гроші. Зателефонуйте до відділу Бенефіціарних послуг у Департаменті послуг у сфері охорони здоров'я із запитаннями щодо відшкодування за номером 1-916-403-2007.</p> <p>Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення – це Розділ 14007.8 Кодексу законів про соціальне забезпечення та відповідні установи.</p> <p>Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію.</p> <p>Читайте розділ «Ваші права на слухання» на останній сторінці цього листа, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте 90 днів, щоб попросити про слухання. Відлік 90 днів починається на наступний день після дати, зазначеної в цьому повідомленні.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Vietnamese Text Snippets
<p>Restricted Scope to Full Scope</p>	<p>Tin vui! Medi-Cal của bạn đã thay đổi sang phạm vi đầy đủ vào <month dd, year>.</p> <p>Medi-Cal của bạn đã thay đổi từ phạm vi bị giới hạn sang phạm vi đầy đủ vì luật mới bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024. Để tìm hiểu thêm về các quyền lợi của Medi-Cal phạm vi đầy đủ, hãy truy cập: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Bạn sẽ tiếp tục duy trì bảo hiểm Medi-Cal phạm vi đầy đủ của mình trừ khi bạn được phát hiện thấy không còn đủ điều kiện nữa. Điều này có thể xảy ra khi tính đủ điều kiện của bạn được gia hạn hoặc khi hoàn cảnh của bạn thay đổi.</p> <p>Bạn có thể đủ điều kiện tham gia Medi-Cal phạm vi đầy đủ trong các tháng quá khứ.</p> <p>Nếu bạn đã thanh toán dịch vụ chăm sóc y tế trong khi đang có quyền lợi Medi-Cal bị giới hạn, bạn có thể được lấy lại tiền của mình. Nếu bạn có câu hỏi về vấn đề lấy lại tiền, hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Dịch Vụ Người Thụ Hưởng thông qua số 1-916-403-2007.</p> <p>Quy định hoặc luật lệ mà chúng tôi đã sử dụng để quyết định là Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế Mục 14007.8.</p> <p>Nếu bạn nghĩ chúng tôi đã có sai sót, bạn có thể khiếu nại.</p> <p>Để tìm hiểu cách thức khiếu nại, hãy đọc "Các Quyền Điều Trần Của Bạn" trên trang cuối trong thư này. Bạn có 90 ngày để yêu cầu một phiên điều trần. 90 ngày này đã bắt đầu từ ngày sau ngày được ghi trên thông báo này.</p>
<p>Restricted Retro Approval (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Bạn đã yêu cầu chúng tôi kiểm tra xem Medi-Cal có thể chi trả các hóa đơn của bạn cho bất kỳ tháng nào trong 3 tháng trước khi bạn đăng ký. Bạn đã đủ điều kiện để tham gia Medi-Cal giới hạn phạm vi vào <month year>. Bạn đã không đủ điều kiện tham gia Medi-Cal phạm vi đầy đủ trước ngày 1 Tháng Một, 2024 vì:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bạn thuộc độ tuổi từ 26 đến 49, và • Bạn đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quyền công dân U.S. hoặc trạng thái nhập cư thỏa đáng của bạn <p>Medi-Cal bị giới hạn phạm vi chỉ chi trả cho các dịch vụ khẩn cấp các dịch vụ liên quan đến thai sản như chăm sóc trước sinh, lâm bồn, sinh con và chăm sóc sau sinh cũng như các dịch vụ chăm sóc dài hạn. Nếu bạn không chắc Medi-Cal bị giới hạn phạm vi có chi trả cho một dịch vụ hay không, hãy hỏi đơn vị cung cấp y tế của bạn.</p> <p>Thư này nhằm mục đích báo cho bạn biết rằng bạn đã nhận được bảo hiểm Medi-Cal có phạm vi giới hạn đối với <month year>. Bạn có thể nhận hoặc đã nhận được các thư khác về tính đủ điều kiện đối với các giai đoạn thời gian khác.</p>

Notice of Action (NOA) Snippets for CalSAWS

Notice Type	Vietnamese Text Snippets
	<p>Nếu bạn có bằng chứng về quyền công dân hoặc trạng thái nhập cư để đưa cho chúng tôi hoặc muốn nói cho chúng tôi biết bạn không thể lấy được bằng chứng của mình, hãy gọi cho văn phòng Medi-Cal ở quận của bạn theo số trên thư này. Các quyền lợi có hiệu lực trở về trước (quá khứ) có thể thay đổi từ phạm vi bị giới hạn sang phạm vi đầy đủ khi bạn đưa bằng chứng của mình cho chúng tôi. Các quyền lợi đầy đủ bao gồm những lần thăm khám bác sĩ để đáp ứng mọi nhu cầu y tế của bạn. Quy định hoặc luật lệ mà chúng tôi đã sử dụng để quyết định là Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế Mục 14007.8.</p> <p>Nếu bạn nghĩ chúng tôi đã có sai sót, bạn có thể khiếu nại. Để tìm hiểu cách thức khiếu nại, hãy đọc "Các Quyền Điều Trần Của Bạn" trên trang cuối trong thư này. Bạn có 90 ngày để yêu cầu một phiên điều trần. 90 ngày này đã bắt đầu từ ngày sau ngày được ghi trên thư này.</p>
<p>Restricted Scope to Full Scope (Specific to Non-MAGI Programs)</p>	<p>Tin vui! Medi-Cal của bạn đã thay đổi thành phạm vi đầy đủ vào <month dd, year>.</p> <p>Medi-Cal của bạn đã thay đổi từ phạm vi bị giới hạn sang phạm vi đầy đủ vì một luật mới bắt đầu từ ngày 1 Tháng Một, 2024. Để tìm hiểu thêm về các quyền lợi Medi-Cal phạm vi đầy đủ, hãy truy cập: https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-Cal_EHB_Benefits.aspx.</p> <p>Bạn sẽ tiếp tục duy trì Medi-Cal phạm vi đầy đủ của mình trừ khi bạn được phát hiện thấy không còn đủ điều kiện nữa. Điều này có thể xảy ra khi tính đủ điều kiện của bạn được gia hạn hoặc khi hoàn cảnh của bạn thay đổi.</p> <p>Bạn có thể đủ điều kiện tham gia Medi-Cal phạm vi đầy đủ trong các tháng quá khứ. Nếu bạn đã thanh toán dịch vụ chăm sóc y tế trong khi đang có quyền lợi Medi-Cal bị giới hạn, bạn có thể được lấy lại tiền của mình. Nếu bạn có câu hỏi về vấn đề lấy lại tiền, hãy gọi cho Phòng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Dịch Vụ Người Thụ Hưởng thông qua số 1-916-403-2007.</p> <p>Quy định hoặc luật lệ mà chúng tôi đã sử dụng để quyết định là Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế Mục 14007.8.</p> <p>Nếu bạn nghĩ chúng tôi đã có sai sót, bạn có thể khiếu nại. Để tìm hiểu cách thức khiếu nại, hãy đọc "Các Quyền Điều Trần Của Bạn" trên trang cuối trong thư này. Bạn có 90 ngày để yêu cầu một phiên điều trần. 90 ngày này đã bắt đầu từ ngày sau ngày được ghi trên thông báo này.</p>