



親愛的

## 本信含有關您保健福利的重要資訊

感謝您把我們要求您寄的續約表格和資訊寄給了我們。我們根據您提供的資訊，加上州和聯邦資料，以瞭解您和您的每一位家庭成員可以得到什麼樣的保健福利，包括：

- MAGI Medi-Cal (Modified Adjusted Gross Income) 是以納稅規定為基礎的全新 Medi-Cal 計劃；
- 其他 Medi-Cal 計劃，比如 Medically Indigent，Medically Needy，以及為殘障人士提供的計劃；以及
- Covered California 私人健康保險。

我們現寄給您這封信是因為您家庭中的一員不滿足 **MAGI Medi-Cal** 的資格要求。您或許有資格得到其他 **Medi-Cal** 計劃和/或可抵稅的 **Covered California** 私人健康保險。為了讓保健福利不中斷，您必須在 前填寫本表的最後一頁。

這不是終止您的 **Medi-Cal** 的通知。在我們從您那兒得到任何補充資訊以後，如果我們決定您或您的家人不再有資格享受 **Medi-Cal**，您將收到一封信（叫做「**Notice of Action**」），信上會告訴您您不再合格。如果您有異議，您仍然可以在那時提出上訴。

以下是您家庭中的每一位成員的保健福利資訊。

您沒有資格享受 **MAGI Medi-Cal**。現在您並沒有失去您的 **Medi-Cal** 福利。

您或許仍然有資格享受其他 **Medi-Cal** 計劃 – 免費 **Medi-Cal** 或有成本分攤額的 **Medi-Cal**。隨信附上資料上有關於這些計劃的資訊。

您或許也有資格得到稅收抵免以幫您通過 **Covered California** 購買私人保險。參見下面的 **Covered California** 部分，瞭解您的家庭可以得到的有關幫助的資訊。

### 其他 Medi-Cal 計劃是什麼？

其他 Medi-Cal 計劃不是 MAGI Medi-Cal。這些計劃包括 Medically Needy 計劃和為殘障人士提供的 Medi-Cal。參見「**Other Medi-Cal Programs Brochure**」瞭解更多資訊。

### MAGI Medi-Cal 和其他 Medi-Cal 計劃有什麼不同？

其他 Medi-Cal 計劃在計算收入和家庭人口時跟 MAGI Medi-Cal 的不同。如果您沒有資格享受 MAGI Medi-Cal，您或許有資格享受這些其他的 Medi-Cal 計劃。比如：如果繼父/繼母有收入、一個人有殘障金、一個子女有收入、或父母未婚，您或許有資格享受這些其他的 Medi-Cal 計劃下的免費 Medi-Cal。

即使您不能通過這些其他的 Medi-Cal 計劃得到免費的 Medi-Cal，您或許仍然有資格得到有成本分攤額的 Medi-Cal。

在這些其他的 Medi-Cal 計劃下，對於您可以擁有的財產（資產）是有限制的。這跟 MAGI Medi-Cal 不同。

### 如果我想知道我是否有資格得到其他 Medi-Cal 計劃，我應該怎麼做？

您有權瞭解您是否能通過其他的 Medi-Cal 計劃保留您的 Medi-Cal 福利。如果您想要我們幫您瞭解您是否合格，請在第 3 頁的「我想要你們幫我瞭解我的家庭和我自己是否有資格享受其他的 Medi-Cal 計劃」方框內打勾。

只有在您寄給我們您簽了名、注明了日期的第 3 頁、填寫並寄給我們本信的最後一頁以及我們隨信附上的「**Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement**」表的情況下，我們才能瞭解您是否有資格享受這些其他 Medi-Cal 計劃中的一個。您必須寄給我們這些資訊，不然您就可能失去您享受 Medi-Cal 的資格。

### 如果我對稅收抵免以通過 Covered California 購買私人保險感興趣的話，應該怎麼辦？

Covered California 提供稅收抵免以幫助支付健康保險費用。稅收抵免是以您家庭收入和人口為准。Covered California 有幾個保健計劃供您選擇。

我們可以幫您瞭解您是否有資格享受有稅收抵免的 Covered California 承保福利。如果您想要我們幫您瞭解您是否合格，請在第 3 頁的「我想要你們幫我瞭解我的家庭和我自己是否有資格享受稅收抵免以幫助支付通過 Covered California 的保健福利」方框內打勾。請務必在本信的最後一頁簽名並注明日期。

## 我可以得到 **Medi-Cal** 和 **Covered California** 承保福利？

可以。有的人可能有資格享受有成本分攤額的 **Medi-Cal** 和有稅收抵免的 **Covered California** 私人保險。您可以決定您是否想讓我們幫您瞭解您是否有資格得到兩者、其他 **Medi-Cal** 計劃和 **Covered California**。或者您也可以只選一個。無論如何，我們都需要知道您的決定，以便讓您持續不間斷地得到您的福利。

**Medi-Cal** 承保一些 **Covered California** 保險不承保的服務，比如 **Long Term Care**（長期護理）服務。

## 我現在必須做什麼？

1. 爲了確保您的保健福利不間斷，您必須從下面的兩項選擇中選一個或兩個。

我想要你們幫我瞭解我的家庭和我自己是否有資格享受其他的 **Medi-Cal** 計劃。我已填妥「**Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement**」表。我將用隨信附上的信封寄出這兩張表。

我想要你們幫我瞭解我的家庭和我自己是否有資格享受稅收抵免以幫助支付通過 **Covered California**的健康保險。

2. 爲持續得到您的保健福利，您必須在 \_\_\_\_\_ 截止前用隨附的信封寄出本表以及任何必需的文件。

簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

如果您對本信的要求置之不理，您將收到一張 **Notice of Action (NOA)**，並且您現有的 **Medi-Cal** 福利將於 \_\_\_\_\_ 終止。

您將有權對有關的決定提出上訴。如果您在您的福利終止前上訴，那您在上訴期間，您可以保留您的 **Medi-Cal**。

您有權要求並得到用您的語言翻譯的材料和口譯服務。如果您要求的話，州將提供免費的外語口譯人員服務，包括美國手語。致電 \_\_\_\_\_，瞭解更多資訊。