

## Mẫu Đơn Xin Gia Hạn Medi-Cal

Quý vị có thể nhận mẫu đơn này bằng một ngôn ngữ hoặc định dạng có thể tiếp cận được khác mà quý vị chọn.

Để yêu cầu hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị, vui lòng gọi số:

Quý vị có thể mất  
Medi-Cal nếu quý  
vị không phản hồi  
chậm nhất vào

Ngày thông báo: \_\_\_\_\_

Số trường hợp: \_\_\_\_\_

Tên trường hợp: \_\_\_\_\_

Tên nhân viên: \_\_\_\_\_

Số điện thoại của nhân viên: \_\_\_\_\_

## Đã đến lúc gia hạn phúc lợi cho:

Tên	Ngày sinh
-----	-----------

Các thành viên trong hộ gia đình không có trong mẫu đơn này sẽ nhận được một thư riêng về Medi-Cal của họ.

- **Bước 1.** Đọc mẫu đơn và trả lời các câu hỏi
- **Bước 2.** Ký tên và ghi ngày trên trang Tuyên Bố và Chữ Ký
- **Bước 3.** Gửi mẫu đơn kèm bằng chứng chậm nhất vào ngày đến hạn của

Các cách dễ dàng để cung cấp cho chúng tôi mẫu đơn và bằng chứng của quý vị:



**Trực tuyến**

tại  
hoặc [coveredca.com](https://coveredca.com).



**Bằng thư qua  
đường bưu điện**

trong phong bì  
đi kèm với thư này.



**Qua điện thoại**

theo số



**Gặp trực tiếp**

đến  
tại  
Mở cửa  
từ thứ Hai đến thứ Sáu,  
a.m. to p.m.



Quý vị có thắc mắc? Vui lòng gọi cho văn phòng quận tại địa phương của quý vị theo số trước ngày đến hạn.

# Thông tin liên lạc của quý vị

## ↓ Xem lại thông tin của quý vị

Thông tin này là chính xác. Nếu chính xác, chuyển tới trang 3.

## ↓ Cập nhật hoặc thêm thông tin mới dưới đây

Tôi đã cập nhật thông tin của mình dưới đây. Chỉ viết thông tin mới hoặc thông tin thay đổi.

<b>Tên</b>	Tên (tên, tên đệm, họ)		
<b>Địa chỉ nhà</b>	Địa chỉ nhà	Số căn hộ	
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
<b>Địa chỉ gửi thư qua đường bưu điện</b>	Địa chỉ gửi thư qua đường bưu điện (Nếu khác với địa chỉ nhà hoặc không có địa chỉ nhà)		
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
<b>Điện thoại</b>	Điện thoại Số điện thoại nhà _____ Số di động _____ Số điện thoại nơi làm việc _____ Khác _____		
<b>Email</b>	Email (tùy chọn):		
<b>Ngôn ngữ để viết thư cho quý vị là</b>	Ngôn ngữ mà chúng tôi nên dùng để viết thư cho quý vị là:		
<b>Ngôn ngữ để trao đổi với quý vị là</b>	Ngôn ngữ mà chúng tôi nên dùng để trao đổi với quý vị là:		
	Cách tốt nhất để liên hệ với quý vị là: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Thư qua đường bưu điện		

## Quý vị có cần đại diện được ủy quyền không?

Vui lòng gọi cho văn phòng quận tại địa phương của quý vị theo số nếu quý vị cần:

- Chỉ định một đại diện được ủy quyền chẳng hạn như thành viên gia đình, bạn bè, người chăm sóc, luật sư hoặc luật sư bào chữa để đồng hành, hỗ trợ hoặc đại diện cho quý vị về tính đủ điều kiện và ghi danh vào Medi-Cal của quý vị
- Thay đổi đại diện được ủy quyền của quý vị



Nếu quý vị cần thêm người hoặc thông tin vào bất kỳ phần nào, vui lòng viết vào một tờ giấy riêng (hoặc quý vị có thể tạo một bản sao của trang) và gửi kèm mẫu đơn xin gia hạn của quý vị.

## Thành viên hộ gia đình

Chúng tôi cần thông tin về quý vị và mọi thành viên trong hộ gia đình của quý vị. Bao gồm:

- Vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký của quý vị
- Con cái sống cùng quý vị
- Tất cả cha mẹ sống trong gia đình cùng con cái họ
- Bất kỳ ai trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, nếu quý vị đã nộp tờ khai này. Quý vị không nhất thiết phải nộp thuế thì mới được nộp đơn xin bảo hiểm y tế.
- Nếu quý vị được khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của người khác, quý vị phải nêu tất cả các thành viên của hộ gia đình nộp thuế đã khai quý vị và bất kỳ thành viên gia đình nào sống cùng quý vị.
- Bất kỳ ai khác sống cùng quý vị sẽ cần phải nộp đơn đăng ký của chính họ nếu họ muốn có bảo hiểm y tế. (Ví dụ: bạn trai, bạn gái hoặc bạn cùng phòng)

### Xem lại thông tin về thành viên hộ gia đình của quý vị.

Tên	Mối quan hệ	Địa chỉ	Điều này có đúng không? Nếu có, vui lòng chuyển đến phần tiếp theo. Nếu không, vui lòng cập nhật dưới đây.
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

*tiếp tục ở trang sau »*

## Cập nhật hoặc thêm thông tin mới về thành viên hộ gia đình.

Vui lòng cho chúng tôi biết về những thay đổi đối với hộ gia đình của quý vị trong 12 tháng qua.

Ví dụ, một thành viên trong hộ gia đình vừa kết hôn, sinh con, chuyển đến hoặc chuyển đi khỏi nhà của quý vị, bị bỏ tù, hoặc nếu một thành viên trong hộ gia đình qua đời.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Mối quan hệ	Điều gì đã thay đổi?
1.		
2.		
3.		

# Thông tin thuế

Người nộp thuế chính là người được nêu tên đầu tiên trên tờ khai thuế và trong bảng này.

## Xem lại thông tin thuế của quý vị.

Tên	Người này có dự định nộp tờ khai thuế liên bang không?	Người này có bắt buộc phải nộp thuế không?	Trạng thái nộp thuế của người này là gì?	Điều này có đúng không? Nếu có, vui lòng chuyển đến phần tiếp theo. Nếu không, vui lòng cập nhật dưới đây.
Người nộp thuế chính				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## Cập nhật hoặc thêm thông tin mới về thuế.

Người nộp thuế chính của quý vị có thay đổi không? (Đây là người được nêu tên đầu tiên trên tờ khai thuế.)

Có  Không Không Nếu có, tên người nộp thuế chính là: \_\_\_\_\_

Tên (tên, tên đệm, họ)	Người này có dự định nộp tờ khai thuế liên bang không?	Người này có bắt buộc phải nộp tờ khai thuế không?	Trạng thái nộp thuế của người này là gì?
1.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Kết hôn khai thuế chung với: _____ <input type="checkbox"/> Kết hôn khai thuế riêng <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Chủ hộ gia đình <input type="checkbox"/> Người Phụ Thuộc Được Khai bởi: _____ <input type="checkbox"/> Người không nộp thuế
2.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Kết hôn khai thuế chung với: _____ <input type="checkbox"/> Kết hôn khai thuế riêng <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Chủ hộ gia đình <input type="checkbox"/> Người Phụ Thuộc Được Khai bởi: _____ <input type="checkbox"/> Người không nộp thuế

# Thu nhập

Thu nhập là số tiền mà quý vị nhận được từ việc làm, tự kinh doanh hoặc các nguồn khác như Social Security hoặc lương hưu. Quý vị phải đính kèm bằng chứng hiện tại về tất cả các thu nhập. Ví dụ:

- Cống phiếu lương gần đây
- Phúc lợi hoặc thư thông báo được nhận trợ cấp
- Tờ khai thuế năm trước

## Xem lại thông tin về thu nhập của quý vị.

Tên	Nguồn thu nhập	Thu nhập trước thuế hoặc các khoản khấu trừ (Thu nhập chịu thuế liên bang)	Mức độ thường xuyên? (hàng năm, hàng tháng, 2 tuần một lần, hai lần một tháng, hàng tuần, hàng ngày hoặc hàng giờ)	Điều này có đúng không? Nếu có, vui lòng chuyển đến phần tiếp theo. Nếu không, vui lòng cho biết lần cuối quý vị nhận được khoản thu nhập này. Sau đó cập nhật hoặc thêm vào dưới đây.
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ____ / ____ / ____

*tiếp tục ở trang sau »*

## Cập nhật hoặc thêm thông tin mới về thu nhập.

Ví dụ về các loại thu nhập phổ biến nhất:

- Thu nhập từ công việc của quý vị
- Thu nhập từ việc tự kinh doanh
- Phúc lợi hưu trí, người sống sót Social Security, và phúc lợi khuyết tật
- Phúc lợi thất nghiệp
- Hỗ trợ mà vợ/chồng nhận được: Điền ngày gần đây nhất hoặc ngày sửa đổi thỏa thuận ly hôn hoặc ly thân của quý vị (ngày/tháng/năm) tại đây: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tên (tên, tên đệm, họ)	Thu nhập này có được từ đâu?	Thu nhập của quý vị trước thuế hoặc các khoản khấu trừ (Thu nhập chịu thuế liên bang)	Ngày bắt đầu (tháng, ngày, năm)	Mức độ thường xuyên? (hàng năm, hàng tháng, 2 tuần một lần, hai lần một tháng, hàng tuần, hàng ngày hoặc hàng giờ)	Quý vị có dự kiến tiếp tục nhận được thu nhập này không? Nếu không, vui lòng cho biết ngày cuối cùng quý vị dự kiến nhận được thu nhập này.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ___ / ___ / ___
2.		\$			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ___ / ___ / ___
3.		\$			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ___ / ___ / ___

## Thu nhập của bất kỳ ai có thay đổi theo tháng hay không?

- Có  Không Nếu có, vui lòng cho chúng tôi biết tổng thu nhập sẽ là bao nhiêu trong 12 tháng tới. Thông tin này nhằm giúp nhận được số tiền thu nhập chính xác hàng năm.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Tổng thu nhập dự kiến của quý vị trong 12 tháng tới là bao nhiêu?
1.	\$
2.	\$

# Chi phí và các khoản khấu trừ

Báo cáo các chi phí và khoản khấu trừ mà quý vị phải trả có thể làm giảm thu nhập mà Medi-Cal sử dụng để xác định tính đủ điều kiện của quý vị. Quý vị phải đính kèm bằng chứng về các chi phí và khoản khấu trừ hiện tại. Ví dụ:

- Bảng báo cáo kinh doanh lời lỗ
- Tờ khai thuế

## Xem lại thông tin về chi phí và khoản khấu trừ của quý vị.

Tên	Loại chi phí hoặc khoản khấu trừ	Số tiền	Mức độ thường xuyên? (hàng tháng, hàng quý, hàng năm)	Điều này có đúng không? Nếu không, vui lòng cập nhật hoặc thêm vào dưới đây.
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## Cập nhật hoặc thêm thông tin mới về chi phí và khoản khấu trừ.

Ví dụ về các chi phí và khoản khấu trừ phổ biến nhất:

- Chi phí tự kinh doanh
- Lãi suất cho vay sinh viên
- Khoản đóng góp IRA
- Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ: Điền ngày gần đây nhất hoặc ngày sửa đổi thỏa thuận ly hôn hoặc ly thân của quý vị (ngày/tháng/năm) tại đây: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tên (tên, tên đệm, họ)	Loại chi phí hoặc khoản khấu trừ	Số tiền	Mức độ thường xuyên? (hàng tháng, hàng quý, hàng năm)
1.		\$	
2.		\$	



# Khoản bảo trả Medicare

Nếu quý vị không chắc mình đã ghi danh tham gia vào những phần nào của Medicare, vui lòng gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

## Xem lại thông tin về Medicare của quý vị.

Tên	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần A (Bệnh viện nội trú)	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần B (Y tế ngoại trú)	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần C (Medicare lợi thế)	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần D (Nhà thuốc)	Điều này có đúng không? Nếu có, vui lòng chuyển đến phần tiếp theo. Nếu <b>không</b> , vui lòng cập nhật dưới đây.
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## Cập nhật hoặc thêm thông tin mới về Medicare.

Nếu quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị vừa mới đủ điều kiện nhận Medicare, hoặc nếu quý vị trả phí bảo hiểm cho chính mình hoặc ai đó trong hộ gia đình của mình, vui lòng điền thông tin vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Mã số Medicare	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần A (Bệnh viện nội trú)	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần B (Y tế ngoại trú)	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần C (Medicare lợi thế)	Phí bảo hiểm hàng tháng Phần D (Nhà thuốc)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

# Chăm sóc dài hạn

Chăm sóc dài hạn là dịch vụ được thiết kế để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe hoặc chăm sóc cá nhân của một người khi họ không thể tự chăm sóc bản thân trong một thời gian dài. Ví dụ:

- Viện điều dưỡng chuyên môn
- Cơ sở hỗ trợ sinh hoạt
- Cơ sở chăm sóc cuối đời

## Xem lại thông tin chăm sóc dài hạn của quý vị.

Tên người được chăm sóc dài hạn	Tên cơ sở chăm sóc dài hạn	Địa chỉ cơ sở chăm sóc dài hạn	Điều này có đúng không? Nếu có, vui lòng chuyển đến phần tiếp theo. Nếu không, vui lòng cập nhật dưới đây
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## Cập nhật hoặc thêm thông tin mới về chăm sóc dài hạn.

Người số 1		
Tên người được chăm sóc dài hạn (tên, tên đệm, họ)	Ngày nhập viện (tháng, ngày, năm) ____ / ____ / ____	Ngày xuất viện (tháng, ngày, năm) ____ / ____ / ____
Tên cơ sở chăm sóc dài hạn	Địa chỉ cơ sở chăm sóc dài hạn	
Tên của vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký (tên, tên đệm, họ)	Địa chỉ của vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký nếu khác	

Người số 2		
Tên người được chăm sóc dài hạn (tên, tên đệm, họ)	Ngày nhập viện (tháng, ngày, năm) ____ / ____ / ____	Ngày xuất viện (tháng, ngày, năm) ____ / ____ / ____
Tên cơ sở chăm sóc dài hạn	Địa chỉ cơ sở chăm sóc dài hạn	
Tên của vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký (tên, tên đệm, họ)	Địa chỉ của vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký nếu khác	

# Bảo hiểm y tế khác

Vui lòng cho chúng tôi biết về bất kỳ khoản bảo trả y tế nào mà quý vị có mà không phải từ Medi-Cal hoặc Medicare. Ví dụ, quý vị cũng có thể có bảo hiểm y tế từ Covered California hoặc từ công việc của một thành viên gia đình.

Nếu quý vị **không** có bảo hiểm y tế khác, vui lòng bỏ qua phần này và chuyển đến phần tiếp theo.

## Xem lại thông tin về bảo hiểm y tế của quý vị.

Tên	Công ty bảo hiểm	Loại Bảo Hiểm (chẳng hạn như y tế, nha khoa, thị lực, nhà thuốc)	Số tiền phí bảo hiểm mà quý vị phải trả	Tần suất (hàng tháng, hàng quý, hàng năm)	Điều này có đúng không? Nếu có, vui lòng chuyển đến phần tiếp theo. Nếu không, vui lòng cập nhật dưới đây.
			\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
			\$		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

## Cập nhật hoặc thêm thông tin mới về bảo hiểm y tế.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Công ty bảo hiểm	Loại Bảo Hiểm (chẳng hạn như y tế, nha khoa, thị lực, nhà thuốc)	Số tiền phí bảo hiểm mà quý vị phải trả	Tần suất (hàng tháng, hàng quý, hàng năm)
1.			\$	
2.			\$	

# Thay đổi trong hộ gia đình

Vui lòng điền thông tin vào dưới đây nếu quý vị trả lời có cho bất kỳ câu hỏi nào.

## Medi-Cal

Có bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị không tham gia Medi-Cal muốn đăng ký không? Nếu có, vui lòng điền vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Ngày sinh (tháng, ngày, năm)	Số Social Security, nếu có, của người muốn tham gia vào Medi-Cal ____ - ____ - ____
------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

## Mang thai

Có bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị đang mang thai không? Nếu có, vui lòng điền vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Ngày dự sinh (tháng, ngày, năm) ____ / ____ / ____	Dự kiến sinh bao nhiều bé?
------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------

## Thanh thiếu niên được nhận nuôi trước đây

Nếu có bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị từ 18 đến 26 tuổi, họ có được nhận chăm sóc nuôi dưỡng ở bất kỳ tiểu bang nào vào hoặc sau ngày sinh nhật lần thứ 18 không? Nếu có, vui lòng điền vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Tiểu bang (ví dụ: California)
------------------------	-------------------------------

## Di trú hoặc quốc tịch (Thông tin này chỉ được sử dụng để xác định khoản bao trả y tế.)

Có ai trong hộ gia đình của quý vị hiện có Medi-Cal đã thay đổi tình trạng di trú hay quốc tịch của họ trong 12 tháng qua không? Nếu có, vui lòng điền vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Số trạng thái mới
------------------------	-------------------

## Khuyết tật

Có ai trong hộ gia đình của quý vị có khuyết tật về thể chất, tâm thần, tình cảm hay phát triển không? Nếu có, điền vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)	Khuyết tật đó có phải là kết quả của chấn thương không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Sinh viên

Có ai trong hộ gia đình của quý vị trong độ tuổi từ 19 đến 20 tuổi và là sinh viên chính quy không? Nếu có, điền vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)

## Medicare

Có ai trong hộ gia đình của quý vị có Medicare không? Nếu có, điền vào dưới đây.

Tên (tên, tên đệm, họ)

Mã số Medicare

Phí bảo hiểm hàng tháng mà quý vị phải trả là  
\$

## Chăm sóc dài hạn

Có ai trong hộ gia đình của quý vị được chăm sóc dài hạn không? Nếu có, vui lòng điền vào dưới đây.

Tên người được chăm sóc dài hạn  
(tên, tên đệm, họ)

Ngày nhập viện  
(tháng, ngày, năm)

Ngày xuất viện  
(tháng, ngày, năm)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tên cơ sở chăm sóc dài hạn

Địa chỉ cơ sở chăm sóc dài hạn

Tên của vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký (tên, tên đệm, họ)

Địa chỉ của vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký nếu khác

# Thông tin được báo cáo cho quận

Các báo cáo của chúng tôi cho biết người này hiện đang bị bỏ tù (trong trại giam hoặc nhà tù).

Tên

Người này có đang bị bỏ tù không?

Có  Không

Nếu **không**, vui lòng điền ngày phóng thích \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Các báo cáo của chúng tôi cho biết người này đã qua đời (đã mất hoặc đã tử trần).

Tên

Người này đã qua đời chưa?

Có  Không

# Thông tin chương trình y tế và giấy giới thiệu

Phần này là tùy chọn. Quý vị có thể chọn không trả lời, tuy nhiên, câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi giới thiệu các dịch vụ hiện có cho quý vị.

1. Quý vị có muốn biết thông tin về chương trình y tế miễn phí dành cho trẻ em dưới 21 tuổi (Child Health and Disability Prevention Program, còn được gọi là CHDP) không?

Có  Không

2. Quý vị có muốn biết thông tin về chương trình thực phẩm bổ sung miễn phí dành cho những người đang mang thai hoặc cho con bú và trẻ em dưới 5 tuổi (Women, Infants, and Children Program, được gọi là WIC) không?

Có  Không

3. Có thành viên hộ gia đình nào sống trong nhà đang nhận được các dịch vụ liên quan đến chạy thận không?

Có  Không Nếu có, ai: \_\_\_\_\_

4. Có thành viên hộ gia đình nào sống trong nhà được cấy ghép nội tạng trong vòng 2 năm qua không?

Có  Không Nếu có, ai: \_\_\_\_\_

5. Quý vị có muốn biết thông tin về Personal Care Services Program, chương trình chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi, người mù hoặc người khuyết tật (còn được gọi là In-Home Supportive Services) không?

Có  Không

6. Có ai trong hộ gia đình của quý vị cần trợ giúp về dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại gia và tại cộng đồng không?

Có  Không Nếu có, ai: \_\_\_\_\_

# Tuyên bố và chữ ký

- Tôi tuyên bố theo hình phạt về tội khai man theo luật của tiểu bang California rằng những điều tôi nói dưới đây là đúng sự thật và chính xác.
- Tôi đã hiểu tất cả các câu hỏi trên mẫu đơn xin gia hạn này, và đã trả lời đúng sự thật và chính xác trong chừng mực mà tôi biết. Trong trường hợp bản thân tôi không biết câu trả lời, tôi đã làm mọi cách hợp lý để xác nhận câu trả lời với ai đó biết rõ. Tôi đã đọc hoặc được đọc cho nghe tuyên bố về quyền riêng tư, quyền và trách nhiệm trên các trang sau.
- Tôi biết rằng nếu tôi không nói sự thật trên mẫu đơn xin gia hạn này, có thể có hình phạt dân sự hoặc hình sự về tội khai man mà có thể bao gồm tối đa là bốn năm tù (Xem California Penal Code section 126). Tôi biết rằng thông tin trên mẫu đơn xin gia hạn này sẽ được sử dụng để quyết định liệu những người đang nộp đơn đăng ký có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không. Chương trình Medi-Cal và Covered California sẽ giữ kín thông tin theo yêu cầu của luật pháp liên bang và luật pháp California.
- Nếu có bất kỳ điều gì thay đổi trên mẫu đơn xin gia hạn này đối với bất kỳ người nào đăng ký bảo hiểm y tế, tôi đồng ý thông báo cho chương trình Medi-Cal hoặc liên hệ với văn phòng quận tại địa phương của tôi trong vòng 10 ngày kể từ ngày có bất kỳ thay đổi nào. Nếu tôi có bảo hiểm thông qua Covered California, tôi đồng ý báo cáo bất kỳ thay đổi nào trong vòng 30 ngày.

## Ký tên và ghi ngày dưới đây.

Chữ ký của người nộp đơn/người thụ hưởng hoặc người đại diện được ủy quyền



Ngày (tháng, ngày, năm) :

**Hãy nhớ đính kèm tất cả bằng chứng hiện tại nếu cần, và tất cả các bản sao bổ sung hoặc các trang bổ sung.**

# Bảo quản hồ sơ của quý vị

Hồ sơ này chứa thông tin quan trọng về tuyên bố về quyền riêng tư, quyền và trách nhiệm, quyền kháng cáo, chính sách không phân biệt đối xử và nộp đơn than phiền về phân biệt đối xử.

## Tuyên bố về quyền riêng tư

Mẫu đơn xin gia hạn này là để gia hạn các phúc lợi Medi-Cal thông qua Department of Health Care Services (DHCS) và xác định tính đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California. Thông tin cá nhân và thông tin y tế quý vị cung cấp trong mẫu đơn được giữ kín và bảo mật. DHCS hoặc Covered California cần thông tin để nhận dạng quý vị và những người khác trong mẫu đơn xin gia hạn này và để quản lý chương trình của chúng tôi.

Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan tiểu bang, liên bang, và địa phương khác, nhà thầu, các chương trình chăm sóc sức khỏe và các chương trình chi để ghi danh quý vị vào một chương trình hoặc để quản lý các chương trình và với các cơ quan tiểu bang và liên bang khác theo quy định của pháp luật.

Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi trong mẫu đơn xin gia hạn này trừ khi câu hỏi được đánh dấu là “tùy chọn” hoặc nếu quý vị được hướng dẫn khác. Nếu mẫu đơn xin gia hạn của quý vị thiếu bất cứ thông tin gì chúng tôi yêu cầu, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để nhận thông tin đó. Nếu quý vị không cung cấp thông tin này, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định với mẫu đơn xin gia hạn của quý vị. Quý vị có thể phải nộp một đơn mới. Hoặc quý vị không thể nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California hoặc đơn xin gia hạn phúc lợi của quý vị có thể bị từ chối.

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị có quyền xem thông tin cá nhân về quý vị có trong hồ sơ liên bang và tiểu bang. Quý vị có thể xem hồ sơ bằng định dạng thay thế chẳng hạn như bản in chữ lớn nếu quý vị cần điều đó. Để biết thêm thông tin hoặc xem hồ sơ Covered California, vui lòng liên hệ với Nhân Viên về Quyền Riêng Tư tại:

### **The Department of Health Care Services**

Attn: Information Protection Unit

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

Điện thoại: 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

### **Covered California**

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

Điện thoại: 1-800-300-1506

TTY: 1-888-889-4500

DHCS phải tuân thủ các yêu cầu của 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, và các luật hiện hành khác về việc lưu trữ, sử dụng và tiết lộ thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

Quý vị có thể tìm thấy Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư cho chương trình Medi-Cal tại [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) và cho Covered California tại [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com).



## Quyền và trách nhiệm

- Thông tin tôi đã cung cấp trên mẫu đơn xin gia hạn này là đúng sự thật trong chừng mực mà tôi biết. Tôi biết rằng mình có thể phải nộp phạt nếu không nói sự thật.
- Tôi hiểu rằng thông tin tôi cung cấp sẽ chỉ được sử dụng để xem liệu những người trong gia đình tôi mà đang nộp đơn gia hạn bảo hiểm y tế có đủ tiêu chuẩn hay không.
- Tôi hiểu rằng chương trình Medi-Cal và Covered California sẽ giữ kín thông tin của tôi theo quy định pháp luật. Để biết thêm thông tin, hoặc tiếp cận thông tin cá nhân trong hồ sơ được lưu giữ bởi chương trình Medi-Cal và Covered California, tôi có thể liên hệ với văn phòng quận tại địa phương của tôi. Hoặc tôi có thể liên hệ với Nhân Viên về Quyền Riêng Tư của Covered California theo số **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).
- Tôi hiểu rằng để đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, tôi phải nộp đơn đăng ký các phúc lợi hoặc thu nhập khác mà tôi hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình tôi được quyền nhận, trừ khi họ có lý do thích đáng để không làm như vậy. Ví dụ về thu nhập hoặc các phúc lợi như vậy gồm lương hưu, phúc lợi chính phủ, thu nhập nghỉ hưu, phúc lợi cựu chiến binh, tiền trợ cấp hàng năm, phúc lợi khuyết tật, phúc lợi Social Security (còn được gọi là OASDI hay Old Age, Survivors, and Disability Insurance) và phúc lợi thất nghiệp. Tuy nhiên, các phúc lợi hoặc thu nhập đó không bao gồm các phúc lợi trợ cấp công cộng, như CalWORKs hoặc CalFresh. Nếu tôi có thắc mắc về nguồn thu nhập có thể có, tôi có thể gọi cho văn phòng quận tại địa phương của tôi hoặc Covered California theo số **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) để được trợ giúp.
- Nếu tôi đủ điều kiện nhận Medi-Cal, tôi phải thông báo cho nhân viên về tính đủ điều kiện của quận về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện để nhận bảo hiểm y tế của mình trong vòng 10 ngày sau khi thay đổi xảy ra cho văn phòng quận tại địa phương của tôi. Những thay đổi này bao gồm, nhưng không giới hạn ở:
  - » Tôi chuyển đi
  - » thu nhập của tôi thay đổi
  - » hộ gia đình của tôi thay đổi (ví dụ: kết hôn/ly hôn, mang thai hoặc có con)
  - » Tôi có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế khác
- Nếu tôi ghi danh tham gia Covered California, tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo các thay đổi trong vòng 30 ngày. Tôi có thể gọi đến Covered California theo số **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) hoặc truy cập [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).
- Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo các thay đổi về thu nhập cho văn phòng quận tại địa phương của tôi vì điều đó có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện nhận phúc lợi Medi-Cal hoặc Covered California đối với số tiền hỗ trợ tài chính của tiểu bang và liên bang mà tôi có thể đủ điều kiện để nhận. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi nhận quá nhiều hỗ trợ tài chính trong suốt năm phúc lợi, tôi sẽ phải hoàn trả khoản hỗ trợ phí bảo hiểm bổ sung hoặc trợ cấp của tiểu bang cho IRS hoặc California Franchise Tax Board khi nộp thuế thu nhập liên bang và tiểu bang cho năm phúc lợi.
- Tôi cho phép Covered California và chương trình Medi-Cal kiểm tra hồ sơ trên máy tính của các cơ quan khác để xác minh thông tin về quyền công dân hoặc liệu tôi có hiện diện hợp pháp tại U.S. hay không, thông tin thuế và các thông tin khác chỉ liên quan đến tính đủ điều kiện để xem liệu tôi và những người khác trên mẫu đơn xin gia hạn này có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

- Tôi hiểu rằng theo quy định của pháp luật, thông tin tôi cung cấp về bản thân và những người khác trong lần gia hạn Medi-Cal này sẽ được kiểm tra bằng máy tính với các dữ kiện do chủ sử dụng lao động, ngân hàng, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, các dịch vụ xã hội và các cơ quan khác cung cấp để xem liệu tôi hoặc những người khác trong lần gia hạn này có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.
- Tôi biết rằng nếu Medi-Cal trả chi phí y tế, bất kỳ khoản tiền nào mà tôi hoặc bất kỳ người nào trên mẫu đơn xin gia hạn này nhận được từ bảo hiểm y tế khác hoặc bảo chứng pháp định liên quan đến chi phí sẽ chuyển cho Medi-Cal để thanh toán cho chi phí đó cho đến khi chi phí này được thanh toán đầy đủ.
- Đối với cha mẹ có con hoặc các con đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal: Tôi biết tôi sẽ được yêu cầu giúp đỡ cơ quan thu thập bằng chứng hỗ trợ y tế từ bất kỳ cha mẹ nào trên mẫu đơn xin gia hạn này mà không sống cùng con cái và không gửi hỗ trợ cho con. Nếu tôi cho rằng việc giúp đỡ này sẽ có hại cho tôi hoặc con cái tôi, tôi có thể báo với Medi-Cal và tôi sẽ không buộc phải giúp.

## Quyền Kháng Cáo

Nếu tôi cho rằng chương trình Medi-Cal hoặc Covered California đã có nhầm lẫn, tôi có thể kháng cáo quyết định của họ. Kháng cáo có nghĩa là cho ai đó tại chương trình Medi-Cal hoặc Covered California biết rằng, theo tôi, quyết định của họ là sai và yêu cầu xem xét công bằng hành động đó.

Tôi biết rằng tôi phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ khi có quyết định. Tôi biết rằng tôi có thể đại diện cho chính mình hoặc yêu cầu người khác đại diện cho tôi khi kháng cáo, chẳng hạn như người đại diện được ủy quyền, bạn bè, người thân hoặc luật sư.

Tôi biết rằng nếu tôi cần trợ giúp, sẽ có người tại chương trình Medi-Cal, Covered California, hoặc văn phòng quận tại địa phương có thể giải thích cho tôi về trường hợp của tôi.

### California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

Fax: 1-833-281-0905

Số điện thoại miễn phí: 1-855-795-0634 hoặc

Số điện thoại miễn phí của bộ phận Hỏi và Đáp Công Khai: 1-800-952-5253 hoặc TDD 1-800-952-8349

## Chính Sách Không Phân Biệt Đối Xử

Chương trình Medi-Cal (DHCS) và Covered California tuân thủ luật dân quyền hiện hành của liên bang và tiểu bang và không phân biệt đối xử bất hợp pháp dựa trên chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, tính dục, giới tính, bản dạng giới tính hoặc xu hướng tình dục.

Chương trình Medi-Cal (DHCS) và Covered California không loại trừ bất hợp pháp hay đối xử khác biệt với bất kỳ ai dựa trên chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, tính dục, giới tính, bản dạng giới tính hoặc xu hướng tình dục.

Chương trình Medi-Cal (DHCS) và Covered California cung cấp các dịch vụ và trợ giúp miễn phí cho người khuyết tật để họ giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản dưới các định dạng khác (bản in cỡ lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác).

Chương trình Medi-Cal (DHCS) và Covered California cũng cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người mà ngôn ngữ chính của họ không phải là Tiếng Anh, chẳng hạn như thông dịch viên có trình độ và thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác. Nếu quý vị cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với DHCS Office of Civil Rights theo số **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) hoặc gửi email đến [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov), hoặc liên hệ với Covered California theo số **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

## Nộp Đơn Than Phiền về Phân Biệt Đối Xử

Nếu quý vị cho rằng chương trình Medi-Cal (DHCS) hoặc Covered California đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc quý vị bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, tính dục, giới tính, bản dạng giới tính hoặc xu hướng tình dục, quý vị có thể nộp đơn than phiền tới Office of Civil Rights của chương trình Medi-Cal (DHCS) hoặc Điều Phối Viên Dân Quyền của Covered California

### **Medi-Cal Program (DHCS)**

Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Điện thoại: 1-916-440-7370  
(Ext. 711, CA State Relay)  
Email: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

Các mẫu đơn khiếu nại của Medi-Cal có sẵn tại:

[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

### **Covered California**

Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725  
Điện thoại: 1-916-228-8764  
Fax: 1-916-228-8909  
Email: [CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền riêng tới Office for Civil Rights tại U.S. Department of Health and Human Services. Quý vị có thể nộp đơn nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

Gửi thư qua đường bưu điện: 200 Independence Ave. SW Room 509F  
HHH Building, Washington, DC 20201  
Điện thoại: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Hỗ Trợ Cổng Thông Tin Khiếu Nại Trực Tuyến: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Mẫu đơn Khiếu Nại trực tuyến: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)