DHCS
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES
Michelle Baass | Director

Medi-Cal

尊敬的 Medi-Cal 成員、

2026 年 8 月 31 日

這封信函向您說明國會和 Trump 總統制定的兩項新聯邦規定。這些規定將在明年 (**2027** 年) 對您產生影響、名稱如下:

工作與社區參與規定以及 **6 個月續期規定。**

我們現在向您傳送這些資訊、但這些規定要到 2027 年 3 月才會生效。您將會收到有關這些規定的更多資訊。

工作與社區參與規定

這項規定要求年齡介於 19-64 歲的成年人、必須工作、擔任義工、上學、參加職業培訓計劃、或擁有收入、才能繼續享有 Medi-Cal。

若您符合以下情況、可獲豁免於這項規定:

- 患有嚴重複雜或持續性的疾病、導致您無法滿足此規定的要求。
- 患有嚴重的精神健康疾病、導致您無法滿足此規定的要求。
- 目前懷孕、或在過去 12 個月內曾懷孕、或符合產後護理資格。
- 是 13 歲或以下兒童的父母、監護人或照顧者。
- 正在滿足 CalWORKs 的工作要求。
- 正在領取 CalFresh、且未獲豁免於 CalFresh 工作計劃。
- 正在看守所或監獄中。
- 是身心障礙者、或患有嚴重醫學或精神健康疾病者的照顧者。
- 有身心障礙、導致您無法滿足此規定的要求。
- 過度使用或濫用藥物或酒精、正在接受治療、或已被要求接受治療。
- 是完全 (全額) 失能的退伍軍人。
- 在您 18 歲生日時正處於寄養照顧中、且年齡小於 26 歲。
- 是美國印第安人或阿拉斯加原住民。

如果您續期當月上述各項情況均不適用、**但只要您自上次續期以來的任何一個月份中符合以下任一情況、您仍可符合此規定並繼續享有 Medi-Cal:**

- 您當時年齡未滿 19 歲。
- 您當時符合 Medicare Part A 資格或已加入、或已加入 Medicare Part B。
- 您在過去 90 天內從看守所或監獄獲釋。
- 您曾在醫院、護理機構或精神科機構接受照護。
- 您曾前往所屬地區以外接受嚴重疾病的治療。
- 您曾居住在失業率極高的縣、或受聯邦認定自然災害影響的縣。如果您所在的縣符合上述任一情況、我們將另行寄發通知給您。
- 您曾因上述第 1 頁所列的任何原因而獲得豁免。

我們或許能夠使用我們已掌握的關於您的資訊、來判斷您是否符合上述一項或多項原因。如果我們能夠如此、您將收到一份通知、說明您已獲豁免於工作與社區參與規定。該通知還會說明您可以繼續享有 Medi-Cal、且無需採取任何進一步行動。

如果我們沒有足夠的資訊來自動判定您符合上述任何原因、您將有機會提供可讓您豁免於這項規定的資訊。

滿足這項規定的方式

如果您在續期 Medi-Cal 時、上述各項原因均不適用於您、您仍可透過以下**任何一項或多項的組合**來滿足這項規定:

- **在自您上次續期以來的任何一個月份中、從任何來源獲得至少 $580 (稅前) 的收入。**
  - 工作時數經常變動或從事季節性工作的人、可以在 6 個月的期間內、從任何來源平均每月獲得至少 $580 的收入。
- 從事任何類型的工作、擔任義工、參與社區服務或參加職業培訓計劃、**在自您上次續期以來的任何一個月份中**合計至少 **80 小時**。
- **在自您上次續期以來的任何一個月份中、至少以非全時方式上學。**
  - 上學時數少於非全時的人、可將其上課和學校活動時數與工作、社區服務或職業培訓合併計算、以達到 80 小時的要求。

您現在無需採取任何行動。您必須從 2027 年開始滿足這項規定。在今年年底之前、您將收到更多資訊、說明您所在地區有哪些工作、義工、社區服務和就學機會。

6 個月續期規定

自 2027 年 1 月起、這項規定要求年齡介於 19-64 歲的成年人、其 Medi-Cal 資格每 6 個月須續期一次、以確認他們仍符合資格。

若您符合以下情況、將獲豁免於這項規定:

是美國印第安人或阿拉斯加原住民。
目前懷孕、或在過去 12 個月內曾懷孕、或符合產後護理資格。
在您 18 歲生日時正處於寄養照顧中、且年齡小於 26 歲。

您可能會失去您的 Medi-Cal
若要繼續享有 Medi-Cal、您必須滿足工作與社區參與規定、並讓您的 Medi-Cal 資格每 6 個月接受一次審核 – *除非您符合資格獲得豁免、如上文所述。*

如果您不符合這些規定、您將收到一份書面通知、告知您在 Medi-Cal 終止前需要做什麼。該通知還會說明如果您不同意此決定該怎麼辦、包括您申訴的權利。

如果您因未滿足這些規定而失去 Medi-Cal、您將無法透過 Covered California 獲得支付健康保險計劃費用的財務援助。這意味著您將必須支付新健康保險的全額費用。

您可以隨時重新申請 Medi-Cal。如果您認為其中有誤或您的情況已改變、請聯絡您所在縣的 Medi-Cal 辦事處尋求協助。請在這裡查詢其電話號碼和地址: dhcs.ca.gov/COL。

您現在需要做什麼

請確保您所在縣的 Medi-Cal 辦事處掌握您最新的聯絡資訊。包括郵寄地址、電話號碼和電子郵件地址。這一點非常重要。您所在縣的 Medi-Cal 辦事處將透過郵寄、電子郵件或簡訊向您傳送更多有關這些規定的資訊。

與 BenefitsCal 建立聯繫
我們建議您在 BenefitsCal.com 建立帳戶。BenefitsCal 是官方網站、您可以在其中追蹤您的福利和文件、填寫表格、申報變更、上傳文件、閱讀通知等。您也可以 "選擇加入" 接收簡訊和電子郵件訊息、以便接收讓您的 Medi-Cal 保持有效所需的最新資訊。

您所在縣的 Medi-Cal 辦事處可能會要求您提供續期表格、薪資單等資料。**請務必及時回覆您在 BenefitsCal 中收到的郵件或訊息、或按時提交您的資訊、以免失去 Medi-Cal 的風險**。您也可以向您所在縣的 Medi-Cal 辦事處尋求協助。

California 立法議員已投入新的資源、以協助您應對這些新規定。我們將在今年年底前向您寄送有關這些規定的更多資訊和資源。其中將包括一些網站、幫助您尋找有薪或義工工作、了解可以報讀的職業培訓或學校等。

有疑問嗎?

- 請致電或親臨您所在縣的 Medi-Cal 辦事處。請在這裡查詢電話號碼和地址: dhcs.ca.gov/COL。
- 上網查閱: www.dhcs.ca.gov/workrules
- 致電 Medi-Cal Helpline: (800) 541-5555。
- 建立 BenefitsCal 帳戶或登入 BenefitsCal、以填寫表格、申報變更、管理您的福利、上傳文件、閱讀通知等: BenefitsCal.com。

謝謝、

Department of Health Care Services
California 州