

Medi-Cal 更新申請書

ご希望の言語又は形式の申請書を入手することが可能です。母国語での対応をご希望の場合、
へお電話ください。

期日までに返答がない場合は Medi-Cal の資格を失う可能性があります。

届出日:

申請番号:

件名:

労働者名:

労働者電話番号:

今回更新する手当:

氏名

生年月日

本書面に記名のない世帯員の Medi-Cal は別送されます。

- ➔ 手順1. 書面を読み、質問に回答する
- ➔ 手順2. 表明及び署名ページに署名し、日付を記入する
- ➔ 手順3. 期日中に申請書を証明書と共に提出する

申請書及び証明書の提出方法:



インターネットで

又は coveredca.com.



郵送で

本書類と共に入手した
封筒に入れて提出



電話で



持参で

にある
へ。受付時間: 月曜から金
曜、 a.m. に p.m.



ご不明点がございましたら最寄りの郡の役所に
期日前までにお電話ください。

連絡先情報

↓ 情報を確認する

- ☐ 以上の情報は正確です。
問題がなければ、3 ページに進んでください。

↓ 以下の情報を更新又は追加してください

- ☐ 以上の情報は正確です。
問題がなければ、3 ページに進んでください。

氏名	氏名(名、ミドルネーム、姓)
住所	自宅住所 建物名・部屋番号
	市 州 郵便番号
郵送先住所	郵送先住所(自宅住所と異なる場合又は自宅住所がない場合に記入)
	市 州 郵便番号
電話番号	電話番号 自宅 _____ 携帯電話 _____ 勤務先 _____ その他 _____
メールアドレス	メールアドレス(任意):
書面对応時の希望言語	ご希望の文字言語:
会話対応時の希望言語	ご希望の音声言語:
	ご希望の連絡方法: ☐ メール ☐ 電話 ☐ 郵便

代理人申請を希望しますか。

次に該当する場合は最寄りの郡の役所に連絡してください。

- Medi-Cal の資格申請と登録において、同席、支援、又は代理を務める家族、友人、世話人、弁護士又は法律専門弁護士等の代理人を任命する
- 代理人を変更する



いずれかの項目に人や情報を追加する必要がある場合は、別紙に記載の上(本ページの複製でも可)、更新申請書と一緒に提出してください。

世帯員

本人を含む全員の世帯員の情報が必要です。

世帯員には以下が含まれます:

- 配偶者又は登録済みのパートナー
- 生計を共にする子ども
- 生計を共にする全ての親
- 連邦所得税申告書を提出した場合は、健康保険加入のために納税証明を提出する必要はありません。
- 他の世帯構成員の被扶養者として申告している場合は、扶養者の全ての世帯員及び全ての生計を共にする者を記載する必要があります。
- その他の同居人は、必要に応じて自身で健康保険を申請する必要があります。(例: 彼氏、彼女、ルームメイト等)

世帯員情報を確認する。

氏名	続柄	住所	以上の情報は正確ですか。正しい場合は次の項目に進んでください。間違っている場合は以下で更新してください。
			☐ はい ☐ いいえ
			☐ はい ☐ いいえ
			☐ はい ☐ いいえ

次のページに続く »

世帯員情報を更新又は追加する。

過去 12 ヶ月以内に変更された世帯員を報告してください。

例：世帯員の結婚、出産、転入又は転出、投獄、死亡等

氏名(名、ミドルネーム、姓)	関係	変更の事由
1.		
2.		
3.		

税務情報

主たる納税者は確定申告書と本表の先頭に記載されている者です。

税務情報を確認する。

氏名	上記の者は連邦税申告書を提出する予定ですか。	上記の者は税金の申告が必要な見込みがありますか。	この人の納税申告ステータスは何ですか。	以上の情報は正確ですか。正しい場合は次の項目に進んでください。間違っている場合は以下で更新してください。
主たる納税者				☐ はい ☐ いいえ
				☐ はい ☐ いいえ

次のページに続く »

税務情報を更新又は追加してください。

主たる納税者が変更されましたか。(納税申告書の先頭に記載の者)

☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合、納税者名: _____

氏名(名、ミドルネーム、姓)	上記の者は連邦税申告書を提出する予定ですか。	上記の者は税金の申告が必要な見込みがありますか。	この人の納税申告ステータスは何ですか。
1.	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ 次の者と結婚し加入: _____ ☐ 結婚により分離 ☐ 独身 ☐ 世帯主 ☐ 次の者の被扶養者: _____ ☐ 非課税申告者
2.	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ 次の者と結婚し加入: _____ ☐ 結婚により分離 ☐ 独身 ☐ 世帯主 ☐ 次の者の被扶養者: _____ ☐ 非課税申告者

所得

所得とは仕事、自営、又は Social Security や年金などの他の収入源から得られるお金です。全ての収入証明書添付してください。例：

- 直近の給料明細
- 手当給付金等の受給通知書
- 昨年の確定申告書

所得情報を確認する。

氏名	収入源	納税又は控除 前の所得 (総所得)	受取頻度 (年給、月給、隔週 給、隔月給、週給、 日給、時給)	これは正しいですか。 正しい場合は次の項目 に進んでください。間違 っている場合は最後に 収入を得た日付を提示 し、以下で更新又は追加 してください。
		\$		☐ はい ☐ いいえ ____/____/____
		\$		☐ はい ☐ いいえ ____/____/____
		\$		☐ はい ☐ いいえ ____/____/____

次のページに続く »

所得情報の更新又は追加する。

主な収入の種類:

- 職務からの収入
- 自営業による収入
- Social Security による退職、遺族及び障害手当
- 失業手当
- 公的/私的年金
- 利息及び配当
- 401K, 457, 509, IRA 及び Keogh プランからの退職金
- 離婚手当の受け取り:
離婚又は別居が成立した最新の日付又は変更日
(月/日/年)を次に記載してください:
____ / ____ / ____

氏名 (名、ミドルネーム、姓)	収入源 は何ですか。	納税又は控除 前の所得 (総所得)	開始日 (月、日、年)	受取頻度 (年給、月給、隔 週給、隔月給、 週給、日給、 時給)	この収入は今後も 継続されますか。 「いいえ」の場 合、この収入を得 る見込み最終日 を記入してくださ い。
1.		\$			☐ はい ☐ いいえ ____ / ____ / ____
2.		\$			☐ はい ☐ いいえ ____ / ____ / ____
3.		\$			☐ はい ☐ いいえ ____ / ____ / ____

毎月収入が増減する人はいいますか。

☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合、以後 12 ヶ月の総収入の見込み額を記入してください。正確な年間収入を把握するのに役立ちます。

氏名 (名、ミドルネーム、姓)	以後 12 ヶ月の総収入の見込み額は いくらですか。
1.	\$
2.	\$

次のページに続く »

世帯員に家賃や光熱費の免除、食料の提供のいずれか、又はいくつかを得ている人はいますか(現物所得のこと)。

これは完全に無料であるか、同居する配偶者又は親以外の人の仕事と引き換えで発生します。

☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合、以下の項目に回答してください。

氏名(名、ドルネーム姓)	無料で獲得しているものは何ですか。	それは仕事と引き換えに手に入れていますか。	この現物所得は今後も継続されますか。 「いいえ」の場合、この収入を得る見込み最終日を記入してください。
1.	☐ 家賃 ☐ 光熱費 ☐ 食料	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ ____ / ____ / ____

経費及び控除

負担した経費及び控除について申告すると Medi-Cal が審査する際に使用する収入額が引き下げられる可能性があります。最新の経費及び控除の書類を添付してください。例：

- 損益計算書
- 計算書又は通知書
- 納税申告書
- Schedule C (自営業の場合)

経費及び控除の情報を確認する。

氏名	経費又は控除の種類	金額	発生頻度 (月次、四半期、年次)	以上の情報は正確ですか。間違っている場合は以下で更新又は追加してください。
		\$		☐ はい ☐ いいえ
		\$		☐ はい ☐ いいえ

経費及び控除の情報を更新又は追加する。

主な経費及び控除の例：

- 自営業にかかる経費
- 扶養家族の支払い
- 教育費(授業料、本、諸経費、交通費)
- 養育費又は扶養手当の支払い
- 身上・財産後見人の費用
- 扶養手当：離婚又は別居が成立した最新の日付又は変更日(月/日/年)を次に記載してください：
_____/_____/_____
- IRA 貢献

氏名 (名、ミドルネーム、姓)	経費又は控除の種類	金額	発生頻度 (毎月、四半期ごと、毎年)
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

資産及び財産

資産及び財産は、お金と交換できるもの、又は所有しているものを指します。現在の資産、財産、その他所有しているものの証明書を添付してください。例：

- 銀行取引明細書
- 自動車ローン
- 住宅ローン

資産及び財産の情報を確認する。

氏名	資産及び財産の種類	資産及び財産の詳細	価値及び金額	以上の情報は正確ですか。正しい場合は次の項目に進んでください。間違っている場合は以下で更新してください。
			\$	☐ はい ☐ いいえ
			\$	☐ はい ☐ いいえ
			\$	☐ はい ☐ いいえ

次のページに続く »

資産及び財産の情報を更新又は追加する。

過去 12 か月以内に取得、売却、取引、授与、又は譲渡した財産又は金銭を報告してください。

主な資産及び財産の例：

- 銀行口座/信用組合口座
- 不動産(土地又は家)
- 手元にある現金
- CD / IRA / Keogh、年金基金
- 投資信託、信託基金、マネーマーケット、株式、債券、年金
- 抵当証券、短期証券又は信託証書
- 車両
- 生命保険又は死亡保険
- モーターボート、トレーラー、キャンピングカー以外の乗り物
- 埋葬資金と区画
- 生涯不動産の利益
- 事業の在庫と設備

所有者の氏名 (名、ミドルネーム姓)	資産及び財産の 種類	資産及び財産の 詳細	報告書の変更	変更日 (月/日/年)
1.				___ / ___ / ___
2.				___ / ___ / ___
3.				___ / ___ / ___

不動産(土地又は家)

上記で確認又は更新した不動産が含まれます。

上記の不動産はありますか。「はい」の場合、以下に記入してください。

- ☐ 現在居住している家です。
- ☐ 以前居住していた家です。
- ☐ 賃貸/投資物件です。
- ☐ この不動産は売りに出しています。
- 上記にて賃貸/投資又は売り出しを選択した場合、将来その不動産を自己使用する可能性はありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 家族はその物件に住んでいますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 「はい」の場合、あなたとの関係は何ですか? (例: 配偶者、子供、扶養家族、兄弟)
-

以前報告された車両

以前報告された車両の価値又は金額を変更する必要がありますか。 **必要な場合は、** 以下に記入してください。

所有者の氏名 (名、ミドルネーム姓)	車両の価値 \$	メーカー、モデル、年	車両ローンの残金 \$

Medicareの適用範囲

登録している Medicare の詳細が不明な場合は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) に電話してください。

Medicare の情報を確認する。

氏名	月額保険料 パートA (入院患者)	月額保険料 パートB (外来医療)	月額保険料パ ートC (Medicare ア ドバンテージ)	月額保険料 パートD (調剤)	以上の情報は正確 ですか。正しい場 合は次の項目に進 んでください。 間違っている 場合 は以下で更新して ください。
					☐ はい ☐ いいえ
					☐ はい ☐ いいえ

Medicare 情報を更新又は追加する。

本人又は世帯員の誰かが新たに Medicare の資格を得る場合、又は本人自身又は世帯員の誰かの保険料を支払う場合は、以下の情報を記入してください。

氏名 (名、ミドルネーム、姓)	Medicare 番号	月額保険料 パートA (入院患者)	月額保険料 パートB (外来医療)	月額保険料パ ートC (Medicare アド バンテージ)	月額保険料 パートD (調剤)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

長期医療

長期医療とは、長期間自分自身で生活することが困難な場合に、健康やパーソナルケアのニーズにお応えするサービスです。例:

- 高度看護施設
- 介護付き住宅
- ホスピス

長期医療情報を確認する。

長期医療対象者の氏名	長期医療施設名	長期医療施設の住所	以上の情報は正確ですか。正しい場合は次の項目に進んでください。間違っている場合は以下で更新してください。
			☐ はい ☐ いいえ
			☐ はい ☐ いいえ

長期医療情報を更新又は追加する。

1 人目

長期医療対象者の氏名 (名、ミドルネーム、姓)	入所日 (月/日/年) ____/____/____	退所日 (月/日/年) ____/____/____
長期医療施設名	長期医療施設の住所	
配偶者又は登録済みのパートナーの氏名 (名、ミドルネーム、姓)	配偶者又は登録済みのパートナーの住所 (異なる場合)	

2 人目

長期医療対象者の氏名 (名、ミドルネーム、姓)	入所日 (月/日/年) ____/____/____	退所日 (月/日/年) ____/____/____
長期医療施設名	長期医療施設の住所	
配偶者又は登録済みのパートナーの氏名 (名、ミドルネーム、姓)	配偶者又は登録済みのパートナーの住所 (異なる場合)	

その他の健康保険

Medi-Cal 又は Medicare 以外の健康保険について記入してください。

支払っている他の健康保険料を報告すると、Medi-Cal が資格の審査をする際に使用する収入額が引き下げられる可能性があります。例えば、Covered California の健康保険や家族の仕事関係のものが特に可能性があります。他の健康保険の支払いについての証明書を添付してください。例: 毎月の支払い額が記載された請求書 他の健康保険に加入していない場合、本項目を飛ばして次に進んでください。

健康保険の情報を確認する。

氏名	保険会社名	保険の種類 (健康、歯科、眼科、調剤)	支払っている保険料	支払い頻度 (毎月、四半期ごと、毎年)	以上の情報は正確ですか。正しい場合は次の項目に進んでください。間違っている場合は以下で更新してください。
			\$		☐ はい ☐ いいえ
			\$		☐ はい ☐ いいえ

健康保険の情報を更新又は追加する。

氏名 (名、ミドルネーム、姓)	保険会社名	保険の種類 (健康、歯科、眼科、調剤)	支払っている保険料	支払い頻度 (毎月、四半期ごと、毎年)
1.			\$	
2.			\$	

世帯員の変更

いずれかの質問に「はい」と回答した場合は、以下の情報を記入してください。

Medi-Cal

Medi-Cal を使用していない世帯員のうち加入申請希望者はいいますか。
該当する場合、以下に記入してください。

氏名（名、ミドルネーム、姓）	生年月日 (月/日/年)	Social Security 番号 (Medi-Cal 加入希望者が保有している場合) ____ - ____ - ____
----------------	-----------------	--

妊娠

妊娠中の世帯員はいいますか。該当する場合、以下に記入してください。

氏名（名、ミドルネーム、姓）	出産予定日 (月/日/年) ____ / ____ / ____	出産人数
----------------	--	------

元養子

18 歳の誕生日以降にどこかの州で養子になった 18 歳から 26 歳の世帯員はいいますか。
該当する場合、以下に記入してください。

氏名（名、ミドルネーム、姓）	州 (例: California)
----------------	-------------------

移住又は市民権（この情報は、健康保険の決定にのみ使用されます。）

現在 Medi-Cal に加入している世帯員の誰かが、過去 12 か月以内に移住又は市民権の状況に変更がありましたか。該当する場合、以下に記入してください。

氏名（名、ミドルネーム、姓）	新しい状態番号
----------------	---------

障がい

身体的、精神的、感情的、又は発達障害をもつ世帯員はいいますか。
該当する場合、以下に記入してください。

氏名（名、ミドルネーム、姓）	該当の障がいは怪我によるものですか。 ☐ はい ☐ いいえ
----------------	--

次のページに続く »

学生

19 又は 20 歳の正規学生は世帯員にいますか。該当する場合、以下に記入してください。

氏名（名、ミドルネーム、姓）

Medicare

Medicare に加入している世帯員はいますか。該当する場合、以下に記入してください。

氏名（名、ミドルネーム、姓）

Medicare 番号

あなたが支払う月額保険料

\$

長期医療

長期医療を利用している世帯員はいますか。該当する場合、以下に記入してください。

長期医療対象者の氏名
(名、ミドルネーム、姓)

入所日
(月/日/年)

退所日
(月/日/年)

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

長期医療施設名

長期医療施設の住所

配偶者又は登録済みのパートナーの氏名
(名、ミドルネーム、姓)

配偶者又は登録済みのパートナーの住所
(異なる場合)

郡に報告した情報

私どもの報告によると次の人は現在投獄中です。(拘置所又は刑務所)

氏名

この人は投獄中ですか。

☐ はい ☐ いいえ

「いいえ」の場合、出所日を記入してください。

____ / ____ / ____

私どもの報告によると次の人は亡くなっています(死亡又は他界)。

氏名

この人は亡くなりましたか？

☐ はい ☐ いいえ

保健プログラムの情報及び紹介

この項目は、任意です。回答は必須ではありませんが、回答いただいた情報は、利用可能サービスのご案内のために使用させていただきます。

1. 21 歳未満を対象とした CHDP (Child Health and Disability Prevention Program) という無料の保健プログラムの情報を希望しますか。

☐ はい ☐ いいえ

2. 妊娠・授乳中の方、及び 5 歳未満の子供を対象とした WIC (Women, Infants, and Children Program) という無料の食料支援プログラムの情報を希望しますか。

☐ はい ☐ いいえ

3. 世帯員に腎臓透析関連のサービスを受けている方はいますか。

☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合、どなたですか: _____

4. 世帯員に過去 2 年以内に臓器移植を受けられた方はいますか。

☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合、どなたですか: _____

5. 高齢者、視覚障害者、身体障害者を対象とした在宅介護プログラムである Personal Care Services Program (In-Home Supportive Services) の情報を希望しますか。

☐ はい ☐ いいえ

6. 世帯員に、長期医療、又は家庭内及び地域密着型のサービスを必要としている方はいますか。

☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合、どなたですか: _____

表明及び署名

- 虚偽の記述があった場合は、California 州の法律の下、偽証罪となることを理解した上で、以下の内容が事実と相違ないことを表明します。
- 本更新申請書に記載のすべての質問を理解し、自身の知る範囲での事実に基づき回答します。自身で答えられない内容については、答えられる人に確認を取るよう最大限の努力をします。次のページ以降のプライバシーに関する方針、権利及び義務を読み、又は読んでもらい、確認しました。
- 本更新申請書に虚偽の記載をした場合、偽証罪により 4 年以下の懲役を含む民事又は刑事上の罰則（California Penal Code Section 126 を参照してください）が科せられる場合があることを理解しています。本更新申請書に記載の情報は、申請者が健康保険の資格を満たしているかを判断するために使用されることを理解しています。連邦法及び California 州の法律に従い、Medi-Cal プログラム及び Covered California は、取得した情報は公開しません。
- 健康保険申請者に関して本更新申請書の記載内容に変更があった場合、10 日以内に Medi-Cal プログラムへ通知する、又は最寄りの郡の役所に連絡をすることに同意します。Covered California を通して保険に加入している場合は、いかなる変更についても 30 日以内に報告することに同意します。

署名及び日付

申請者・受取人又は権限のある代理人の署名	日付(月/日/年)
	

必要な場合は、最新の証明書、及び追加のコピーや追加ページも全て忘れずに添付してください。

控えを保管してください。

ここからのページには、プライバシーに関する方針、権利及び義務、請求権、差別禁止に関する方針、差別に関する苦情の申し立てに関する重要な情報が記載されています。

プライバシーに関する方針

本更新申込書は、Department of Health Care Services (DHCS) を通した Medi-Cal の手当の更新及び Covered California を通した健康保険の資格判定のためのものです。本更新申請書に記載いただいた個人情報及び医療情報は、非公開の秘密情報として取り扱われます。DHCS 又は Covered California が、申請者及び本更新申請書に記載のある方々の身元確認及びプログラムの手続きのために必要とするものです。

いただいた情報を、他州、連邦、地域の機関、委託業者、健康保険プランやプログラム実施機関に提供しますが、適用される保険プランやプログラムへの登録又は手続き、管理に必要とされる際、及び法律により他州や連邦機関から要請があった場合に限られます。

本更新申請書に記載されている質問は、「任意」と書かれた質問、又は別途指示を受けた場合を除き、全てに回答してください。必要とされる項目が空欄となっている場合、情報を得るために連絡をする場合があります。必要な情報が提供されない場合、更新の判定ができません。新しく申請書を提出しなければならない場合があります。また、Covered California の健康保険が得られない、又は手当の更新申請が受理されない場合があります。

大抵の場合は連邦及び州の記録上のご自身の個人情報を確認する権利があります。必要な場合は、拡大コピーなど、別の形式で見ること可能です。詳しい情報、Covered California の記録については、下記の個人情報管理担当者へお問い合わせください。

The Department of Health Care Services

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

Covered California

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

DHCS は、本申請書により提供される情報の保管、使用、公開について、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、及び適用されるその他の法律の要件を遵守するものとします。

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

個人情報の取り扱いについては、以下でご確認いただけます。Medi-Cal プログラム: www.dhcs.ca.gov
Covered California: www.CoveredCA.com。

権利及び義務

- 本更新申請書により提供した情報は、私の知る範囲で事実に基づくものであり、虚偽の記載をした場合に罰則が科せられることがあることを理解しています。
- 本更新申請書により提供する情報は、健康保険の更新を申請する私の家族が資格を満たしているかを判断する目的にのみ使用されることを理解しています。
- Medi-Cal プログラム及び Covered California が法律により私の情報を非公開とすることを理解しています。私が詳しい情報又は Medi-Cal プログラム及び Covered California が保存している個人情報の入手について、最寄りの郡の役所に問い合わせることができます。又は、私は Covered California の個人情報管理担当者 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) に問い合わせることもできます。
- Medi-Cal の対象者となるためには、私本人、又は世帯員の誰かが取得できる他の収入や手当へも応募している必要があることを理解しています。その収入や手当の例として、年金、政府からの給付金、退職金、退役軍人手当、私的年金、障害手当、Social Security 手当 (OASDI 又は Old Age, Survivors, and Disability Insurance と呼ばれるもの)、及び失業手当等があります。しかし、その収入や手当に、CalWORKs 又は CalFresh といった公的扶助給付金は含まれません。私は対象となり得る収入源について質問があれば、最寄りの郡の役所、又は Covered California **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) へ問い合わせができます。
- 私は Medi-Cal の対象と認定された場合、健康保険の資格に影響がある可能性のある変更について、変更から 10 日以内に、最寄りの郡の役所の資格審査員へ申し出る必要があります。上記に該当する変更には、以下のものが含まれます。
 - » 引っ越し
 - » 収入の変化
 - » 世帯員の変更 (例: 結婚・離婚、妊娠、子供が増えた)
 - » 他の健康保険の加入対象となった
- Covered California に登録している場合、30 日以内に変更について申し出なければならないことを理解しています。Covered California: **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) へ電話、又はウェブサイト ([CoveredCA.com](https://www.coveredca.com)) から手続きができます。
- 収入に変化があった場合、Medi-Cal の手当の受給資格、又は Covered California を通しての州や国の経済支援の受給額の判定に影響が出る場合があるため、最寄りの郡の役所へ届け出なければならないことを理解しています。また、実際の経済支援額よりも多く受け取ってしまった場合、連邦所得税及び州所得税の申告をする際に、受給年度 1 年分の加算分の支援金又は国の補助金から余分に受け取った分を IRS 又は California Franchise Tax Board へ返金しなければならないことを理解しています。
- Covered California 及び Medi-Cal プログラムが、私の市民権や私が合法的に米国にいることを確認できる情報、税務情報、及び私と本更新申請書に記載の他の世帯員の健康保健の受給資格にのみ関連する情報を照合するため、他の機関のコンピュータの記録を確認することを許可します。
- 法律に従い、私が提供した Medi-Cal の更新申請書に記載した私自身とその他の人々についての情報が、私自身とその他の人々が健康保険受給の更新資格を満たしているかを確認する目的で雇用主、銀行、SSA、Internal Revenue Service、Franchise Tax Board、社会福祉事務所、及びその他の機関により提供された情報と一致するかをコンピュータによって照合されることを理解しています。

- Medi-Cal が医療費を支払う場合、私自身又は本更新申請書に記載の誰かがその医療費に関連して他の健康保険から、又は法的な和解金として受け取るお金は、医療費全額の支払いが済むまで、医療費の支払いの費用として Medi-Cal が受け取ることを理解しています。
- Medi-Cal の対象となっている子供の保護者の方：子供と同居しておらず子供への支援も行っていない本更新申請書に記載の保護者から医療支援を集める機関への協力を私は求められることを知っています。もし協力することで私や私の子供に危険が及ぶと思う場合、私は Medi-Cal プログラムにその旨を告げることができ、私は手伝わなくてもよいものとします。

請求権

私は Medi-Cal プログラム、又は Covered California の決定に誤りがあると思われる場合、その決定について異議を申し立てることができます。異議を申し立てるとは、Medi-Cal プログラム、又は Covered California の職員に、その決定に誤りがあることを伝え、その措置に対する公正な見直しを要求することです。

決定から 90 日以内に申し立てを行わなければならないことを知っています。請求は、自分自身で行うこともでき、権限のある代理人、友人、親戚、又は弁護士等、代理人を立てて行うこともできることを理解しています。

私が協力を求めた場合、Medi-Cal プログラム、Covered California、又は最寄りの郡の役所の職員が私の申請状況について説明してくれることを知っています。

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-2430

ファックス: 1-833-281-0905

フリーダイヤル: 1-855-795-0634

情報照会(フリーダイヤル): 1-800-952-5253 TDD 1-800-952-8349

差別禁止に関する方針

Medi-Cal プログラム (DHCS) 及び Covered California は、適用される連邦及び州の公民権法(人権法)に従い、人種、肌の色、宗教、家系、国籍、民族アイデンティティ、年齢、精神障害、身体障害、身体疾患、遺伝情報、配偶者の有無、性別、ジェンダー、ジェンダー・アイデンティティ、又は性的指向に基づく違法な差別をしません。

Medi-Cal プログラム (DHCS) 及び Covered California は、人種、肌の色、宗教、家系、国籍、民族アイデンティティ、年齢、精神障害、身体障害、身体疾患、遺伝情報、配偶者の有無、性別、ジェンダー、ジェンダー・アイデンティティ、又は性的指向を理由に違法に除外したり、異なる扱いをしたりしません。

Medi-Cal プログラム (DHCS) 及び Covered California は、コミュニケーションに特別なお手伝いが必要な方のために、手話通訳者の手配や情報書面を様々な形式(拡大コピー、音声、電子書式など)で用意する等の無料の補助的資料やサービスを提供しています。

Medi-Cal プログラム (DHCS) 及び Covered California は、第一言語が英語でない方へ、通訳者や多言語で書かれた情報など、無料の言語サービスを提供しています。それらのサービスをご希望の

場合は、DHCS Office of Civil Rights へお電話 **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay)
又は E メール (CivilRights@DHCS.ca.gov)、もしくは Covered California へお電話 **1-800-300-1506**
(TTY: 1-888-889-4500)でお問い合わせください。

差別に関する苦情の申し立て

Medi-Cal プログラム (DHCS) 又は Covered California から前述のサービスの提供がなされなかったと判断した場合、又は、人種、肌の色、宗教、家系、国籍、民族アイデンティティ、年齢、精神障害、身体障害、身体疾患、遺伝情報、配偶者の有無、性別、ジェンダー、ジェンダー・アイデンティティ、又は性的指向を理由に別の方法で差別を受けた場合、Medi-Cal プログラムの (DHCS's) Office of Civil Rights、又は Covered California の人権コーディネータに苦情を申し立てることができます。

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

電話: 1-916-440-7370

(Ext. 711, CA State Relay)

メール: CivilRights@dhcs.ca.gov

Medi-Cal の苦情申し立てのための書式はこちら。

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

電話: 1-916-228-8764

ファックス: 1-916-228-8909

メール: CivilRights@covered.ca.gov

また、連邦の U.S. Department of Health and Human Services の Office for Civil Rights へ人権に関する申し立てを別途行うことができます。人種、肌の色、国籍、年齢、身体障害、性別に基づき差別されたと判断した場合に、この申し立てができます。

U.S. Department of Health and Human Services

郵送先: 200 Independence Ave. SW Room 509F

HHH Building, Washington, DC 20201

Phone: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

オンライン苦情申し立てポータルアシスタント: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

オンライン苦情申し立てのための書式: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf