

State of California – Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

		للاستخدام في المقاطعة فقط
		تاريخ الإشعار:
		رقم الحالة:
		اسم العامل:
		رقم ID الخاص بالعامل:
		رقم هاتف العامل:
		ساعات العمل بالمكتب:
		عنوان المكتب:

طلب معلومات الدخل الإضافية لصالح Medi-Cal

لمراجعة أهلية تغطية Medi-Cal الخاصة بك، يجب أن نحصل على هذه المعلومات بحلول موعد أقصاه: _____

لم نتمكن من التحقق من الدخل الذي تم إبلاغ Medi-Cal عنه بسبب

ذلك لأن مصادرننا الإلكترونية-كالسجلات الضريبية- تُظهر مبلغًا مختلفًا للدخل. نحتاج إلى مزيد من المعلومات منك فيما يتعلق بالدخل لفهم سبب عدم تطابق ذلك. إذا تغير دخلك مؤخرًا أو كان متغيرًا من شهر لآخر، يُمكنك اختيار سبب أدناه لتوضيحه.

State of California – Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

الأسباب

إذا كان أي من الأسباب الواردة أدناه منطبقًا عليك، فاختر واحدًا أو أكثر لشرح سبب اختلاف دخلك عن مصادر البيانات التي لدينا. إذا لم تنطبق أي من الأسباب، فقم بوضع علامة في المربع الأخير من القائمة، ثم اقرأ الخطوات التالية أدناه.

التغير في العمل أو الدخل

- فقدان الوظيفة نقص عدد ساعات العمل العمل الخاص
 الدخل الموسمي (الدخل الذي تحصل عليها خلال جزء فقط من العام)
 الدخل المتقلب (يختلف من شهر لآخر)
 العمل بالعمولة (تلقي المقابل على أساس المبيعات)

التغير في الأسرة

- الزواج الطلاق

الأحداث الحياتية

- ضحية لحادثة سرقة الهوية ضحية لكارثة طبيعية
 العنف المنزلي التشرد

أخرى

- ا تقدم ضرائب لم تقدم الضرائب بعد
 آخر يُرجى التوضيح أدناه (قد نحتاج إلى مزيد من المعلومات):

- لا ينطبق أي من هذه الأسباب.

الخطوات التالية

بعد أن تقوم بملء هذا النموذج، يُرجى إرساله عبر إحدى الطرق الواردة أدناه. إذا اخترت "لا ينطبق أي من هذه الأسباب" أو لم تضع علامة في أي مربع أعلاه، فيُرجى أن تقدم إثباتًا لدخلك. يوضح النموذج الآخر الذي تلقينته مع الإشعار ما هو إثبات الدخل المطلوب. بعد تقديم إثبات الدخل، سيقوم مكتب المقاطعة المحلي بإعادة مراجعة أهلية Medi-Cal الخاصة بك. وسيتصلون بك مرة أخرى إذا احتاجوا لمزيد من المعلومات.

فيما يلي عدة طرق سهلة لإرسال هذا النموذج أو إرسال طلب إثبات الدخل:

البريد: في الظرف المرفق بهذه الرسالة.	عبر الإنترنت: من خلال www.coveredca.com أو www.benefitscal.com	شخصيًا:	الهاتف:
---	--	---------	---------

هل لديك أي أسئلة؟

إذا كانت لديك أي أسئلة، أو كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، أو لم تكن قادرًا على تقديم الإثبات المطلوب، فيُرجى الاتصال بنا عبر رقم الهاتف الوارد في هذا الإشعار.

إشعار الخصوصية

تُعد المعلومات الشخصية والطبية التي يتم جمعها من خلال هذا النموذج وبه خاصة وسرية. تحتاج (DHCS) Department of Health Care Services إلى تلك المعلومات للتحقق من دخلك من أجل تغطية Medi-Cal. لن تستخدم DHCS المعلومات أو تشاركها لأغراض أخرى إلا بعد الحصول على إذن منك أو وفقًا لما

State of California – Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

يسمح به القانون. لست بحاجة إلى إعادة هذا النموذج إلينا. إذا لم تقم بتقديم جميع المعلومات المطلوبة، فلن نتمكن من التحقق من دخلك من أجل تغطية Medi-Cal. في أغلب الحالات، يحق للفرد (الأفراد) الذين تتعلق بهم هذه المعلومات الوصول إليها. إن DHCS مُخولة بجمع هذه المعلومات وفقاً لقانون 42 CFR § 435.952. تم طلب إشعار الخصوصية المقدم هنا بموجب القانون المدني رقم 1798.17 لولاية California.