

Շրջանի ներքին օգտագործման համար

Ծանուցման ամսաթիվը. _____

Գործի համարը. _____

Աշխատակցի անունը. _____

Ծառայողական ID-ի համարը. _____

Աշխատակցի հեռիս համարը. _____

Աշխատանքային ժամերը. _____

Գրասենյակի հասցեն. _____

Լրացուցիչ տեղեկությունների պահանջ՝ «Medi-Cal»-ի համար

«Medi-Cal»-ի Ձեր իրավունակությունը քննելու համար՝ մենք պետք է ստանանք ստորև պահանջվող տեղեկությունը մինչև. _____

Մեզ չի հաջողվել հաստատել «Medi-Cal»-ին տրամադրված տեղեկությունը եկամտի մասին

Պատճառն այն է, որ մեր էլեկտրոնային աղբյուրներում, օրինակ՝ հարկերի վճարման տվյալներում, եկամտի այլ գումար է նշված: Մեզ անհրաժեշտ է Ձեզնից լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ, որպեսզի հասկանանք, թե ինչու եկամտի մասին տվյալները չեն համընկնում: Եթե Ձեր եկամուտը վերջերս փոխվել է կամ ամեն ամիս տարբեր է, Դուք կարող եք ստորև նշված պատճառներն ընտրելով՝ բացատրել դա:

Պատճառներ

Եթե ստորև թվարկվածների մեջ կան պատճառներ, որոնք բացատրում են, թե ինչու է Ձեր եկամուտը տարբերվում մեր տվյալների աղբյուրներում նշվածից, ընտրեք դրանցից մեկը կամ մի քանիսը: Եթե պատճառներից ոչ մեկը չի բացատրում դա, նշան դրեք վերջին վանդակում: Այնուհետև կարդացեք դրա տակ շարադրված **հաջորդ քայլերը**:

Փոփոխություն աշխատանքի կամ եկամտի մեջ

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Աշխատանքի կորուստը լինելը | ☐ Ժամերի կրճատումը | ☐ Ինքնազբաղված անձ |
| ☐ Սեզոնային եկամուտը (միայն տարվա որոշակի մասում ստացվող եկամուտը) | ☐ Տատանվող եկամուտը (որն ամսից ամիս փոխվում է) | ☐ Միջնորդավճարով աշխատելը (վաճառքի վրա հիմնված վարձատրությունը) |

Փոփոխություն ընտանիքում

- ☐ Ամուսնությունը ☐ Ամուսնալուծությունը

Կյանքի իրադարձություններ

- ☐ Ինքնության գողության զոհ դառնալը ☐ Բնական աղետից տուժած լինելը
☐ Ընտանեկան բռնությունը ☐ Անապաստան անձ լինելը

Այլ

- ☐ Հարկեր չվճարելը ☐ Դեռ չվճարած հարկերը
☐ Այլ՝ խնդրում ենք բացատրել ստորև (Մեզ կարող են լրացուցիչ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինել)։

- ☐ Թվարկվածներից ոչ մեկը

Հաջորդ քայլերը

Այս ձևաթուղթը լրացնելուց հետո ուղարկեք այն՝ ստորև նշված եղանակներից մեկի օգնությամբ:

Եթե նշան եք դրել «Թվարկվածներից ոչ մեկը» վանդակում կամ ոչ մի վանդակում նշան չեք դրել, ապա եկամտի ապացույց ներկայացրեք: Մյուս ձևաթղթում, որը ստացել եք այս ծանուցման հետ, նշված է, թե եկամտի ինչ տիպի ապացույց է անհրաժեշտ: Այն բանից հետո, երբ Դուք եկամտի ապացույցը ներկայացնեք Ձեր տեղական շրջանային գրասենյակ, մենք կվերանայենք «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավունակությունը: Գրասենյակից Ձեզ հետ կկապվեն, եթե նրանց լրացուցիչ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինեն:

Այս ձևաթուղթը կամ եկամտի պահանջվող ապացույցը ներկայացնելու դյուրին եղանակները.

Փոստով.	Առցանց.	Անձամբ այցելելով մեզ.	Հեռախոսով.
այս նամակի հետ ուղարկված ծրարում:	այցելելով www.coveredca.com կամ www.benefitscal.com		

Հարցերի դեպքում

Եթե հարցեր կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք կամ չեք կարող տրամադրել պահանջվող ապացույցը, խնդրում ենք զանգահարել մեզ՝ այս ծանուցման մեջ նշված հեռախոսահամարով:

Ծանուցում տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին

Այս ձևաթղթում նշված և դրա հետ միասին տրամադրված անձնական և բժշկական տեղեկությունները գաղտնի են:

«Department of Health Care Services»-ին (DHCS) այդ տեղեկություններն անհրաժեշտ են, որպեսզի հաստատի Ձեր եկամուտը՝ «Medi-Cal»-ի համար: Առանց Ձեր թույլտվության կամ օրենքով նախատեսված դեպքերի՝ DHCS-ը չի օգտագործի կամ բացահայտի այդ տեղեկությունները: Այս ձևաթուղթը մեզ վերադարձնելու կարիք չկա: Եթե Դուք չտրամադրեք բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները, մենք չենք կարողանա հաստատել Ձեր եկամուտը «Medi-Cal»-ի համար: Սովորաբար՝ այն անձը կամ անձինք, որոնց վերաբերյալ տեղեկություններ են տրամադրվում, իրավունք ունեն ծանոթանալու այդ տեղեկություններին:

DHCS-ն իրավասու է ստանալու այդ տեղեկությունները՝ 42 CFR § 435.952-ի դրույթների համաձայն: Այս նամակով տրամադրված ծանուցումը տեղեկությունների գաղտնիության մասին պահանջվում է՝ California-ի Քաղաքացիական օրենսգրքի 1798.17-րդ հոդվածի համաձայն: