

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

	群専用
	通知日付: _____
	ケース番号: _____
	労働者氏名: _____
	労働者 ID 番号: _____
	労働者の電話番号: _____
	営業時間: _____
	オフィス住所: _____

Medi-Cal 追加収入情報の要求

Medi-Cal の資格を確認するために、による情報の提出が必要になります: _____

関する Medi-Cal に報告された収入を確認できませんでした

これは税務記録などの電子情報源が異なる収入額を示しているためです。当社はこの収入が一致しない理由を把握するために、より多くの収入情報が必要です。細菌、収入額に変更がある、または月ごとに変動しがある場合は、以下の理由を選択して説明してください。

State of California – Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

理由

以下の理由のいずれかに該当する場合は、1 つ以上を選択して、収入がデータソースと異なる理由を説明してください。いずれにも当てはまらない場合は、リストの最後のボックスにチェックを入れてください。次に、以下にある **次のステップ** をお読みください。

雇用状況や収入の変更

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ 失業 | ☐ 労働時間の減少 | ☐ 個人事業主 |
| ☐ 季節収入
(収入がその
年数回のみ) | ☐ 収入の変動
(月によって変わる) | ☐ 歩合制労働
(売上に応じた
収入) |

世帯員の変更

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 結婚 | ☐ 離婚 |
|-----------------------------|-----------------------------|

ライフイベント

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 個人情報の盗難の被害者 | ☐ 自然災害の被害者 |
| ☐ 家庭内暴力 | ☐ ホームレス |

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

その他

- ☐ 税金の不申告 ☐ 税金の未申告
- ☐ その他: 以下で詳細を説明してください (さらに情報が必要になる場合があります)

- ☐ これらすべてに該当しない

次のステップ

このフォームに記載後、以下のいずれかの方法でご提出してください。

「これらすべてに該当しない」にチェックをした方、または上記のボックスにチェックをしていない方は、収入証明を提出してください。この通知に同封されていた別のフォームには、必要な収入証明が記載されています。この証明を提出した後、お近くの群のオフィスがあなたの **Medi-Cal** 資格を再確認します。さらに情報が必要な場合は、オフィスよりご連絡させていただきます。

このフォームまたは要求されている収入証明書を提出する簡単な方法:

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

郵送: この通知に 同封されて いた封筒を 用いて。	オンライン: www.coveredca.com または www.benefitscal.com	窓口:	電話:
---	--	------------	------------

ご質問がある場合？

ご質問がある場合、さらに情報が必要な場合、または要求されている証明書が提出できない場合は、この通知に記載されている電話番号にお電話ください。

プライバシーに関する注意事項

このフォームで収集された個人的な情報および医療情報は、個人情報および機密情報です。Department of Health Care Services (DHCS) は、Medi-Cal 用の収入を確認するためにこれらの情報を必要とします。DHCS は、お客様の許可がある場合、または法律で許可されている場合を除き、他の目的で情報を使用または共有することはありません。このフォームを当社に返送する必要はありません。要求されている情報を提供したくない場合、当社は Medi-Cal 用の収入を確認することができません。多くの場合、この情報に関係する個人は、それにアクセスする権利を有します。

DHCS は、42 CFR § 435.952 に従ってこの情報を収集する権限があります。こちらに提供されるプライバシー通知は、California の民法 1798.17 によって義務付けられています。