

삶에 이변

- 삶에 이변신분 도용의 피해자
- 자연재해의 희생자
- 가정폭력
- 노숙자

다른

- 그 밖에세금을 신고하지 않은 경우
- 아직 세금을 신고하지 않는 경우
- 기타: 아래에 설명해 주십시오 (자세한 정보가 필요할 수 있습니다):

- 위의 이유 어디에도 해당되지 않음

다음 단계

이 양식을 작성한 후 아래 방법 중 하나로 제출하십시오.

"해당 사유 없음" 을 선택했거나 위의 확인란을 선택하지 않은 경우 소득 증명을 제공하십시오. 통지서와 함께 받은 다른 양식은 어떤 소득 증명이 필요한지 알려줍니다. 증빙 자료를 제출하면 지역 카운티 사무소에서 Medi-Cal 자격을 다시 검토합니다. 그들은 더 많은 정보가 필요하면 귀하에게 다시 연락할 것입니다.

이 양식 또는 요청된 소득 증명을 제출하는 쉬운 방법은 다음과 같습니다:

메일: 이 편지와 함께 온 봉투 안에	온라인: 에 www.coveredca.com 또는 www.benefitscal.com	직접 만나:	전화:
--------------------------------	--	---------------	------------

질문이 있나요?

질문이 있거나 더 많은 정보가 필요하거나 요청된 증거를 제공할 수 없는 경우 통지에 나열된 전화번호로 전화하십시오.

개인 정보 보호 알림

이 양식을 사용하여 수집된 개인 및 의료 정보는 사용자 개인 전용이고 기밀입니다. Department of Health Care Services (DHCS) 는 Medi-Cal 에 대한 귀하의 수입을 확인하기 위한 정보가 필요합니다. DHCS 는 사용자의 허가나 법률이 허용하는 경우를 제외하고 다른 목적으로 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 귀하는 이 양식을 우리에게 돌려줄 필요가 없습니다. 요청된 모든 정보를 제공하지 않으면 Medi-Cal 의 수입을 확인할 수 없습니다. 대부분의 경우 이 정보와 관련된 개인에게 접근 권한이 있습니다.

DHCS 는 42 CFR § 435.952 에 따라 이 정보를 수집할 권한이 있습니다. 여기에 제공된 이 개인 정보 보호 통지는 California 민법 1798.17 에 의해 요구됩니다.