

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

Chỉ Dành Cho Quận

Ngày Thông Báo: _____

Số Trường Hợp: _____

Tên Nhân Viên: _____

Số ID Nhân Viên: _____

Số Điện Thoại _____

Nhân Viên: _____

Giờ Văn Phòng Mở: _____

Địa Chỉ Văn Phòng: _____

Yêu Cầu Thông Tin Thu Nhập Bổ Sung Cho Medi-Cal

Để đánh giá tính đủ điều kiện Medi-Cal của bạn, chúng tôi phải có thông tin này trước: _____

Chúng tôi không thể xác minh thu nhập đã được báo cáo cho Medi-Cal đối với

Điều này là do các nguồn điện tử của chúng tôi như hồ sơ thuế đang hiển thị một số tiền thu nhập khác. Chúng tôi cần thêm thông tin thu nhập từ bạn để hiểu rõ vì sao thu nhập

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

này không khớp. Nếu thu nhập của bạn gần đây có thay đổi hoặc khác nhau theo tháng, bạn có thể chọn lý do bên dưới để giải thích.

Lý Do

Nếu có bất kỳ lý do nào bên dưới đúng với bạn, hãy chọn ra một hoặc nhiều lý do để giải thích vì sao thu nhập của bạn khác với nguồn dữ liệu của chúng tôi. Nếu không có lý do nào sau đây đúng, hãy đánh dấu vào ô cuối trong danh sách. Sau đó đọc mục **Các Bước Tiếp Theo** ở dưới.

Thay Đổi trong Công Việc hoặc Thu Nhập

- ☐ Mất việc ☐ Giảm giờ làm ☐ Tự kinh doanh
- ☐ Thu nhập thời vụ (Thu nhập chỉ nhận được vào một khoảng thời gian trong năm)
- ☐ Thu nhập biến động (Thay đổi theo tháng)
- ☐ Làm việc dựa trên hoa hồng (Được trả lương theo doanh số)

Thay Đổi trong Hộ Gia Đình

- ☐ Kết Hôn ☐ Ly Hôn

Biến Cố Trong Cuộc Sống

- ☐ Nạn nhân của đánh cắp danh tính
- ☐ Nạn nhân của thảm họa tự nhiên
- ☐ Bạo hành gia đình ☐ Vô gia cư

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

Khác

- ☐ Không nộp thuế ☐ Chưa nộp thuế
- ☐ Khác: Vui lòng giải thích bên dưới (Chúng tôi có thể cần thêm thông tin):

- ☐ Không có lý do nào trên đây đúng với tôi

Các Bước Tiếp Theo

Sau khi bạn điền vào biểu mẫu này, hãy gửi nó bằng một trong các cách bên dưới.

Nếu bạn đã đánh dấu vào ô “Không có lý do nào trên đây đúng với tôi” hoặc đã không đánh dấu nào ở trên, hãy cung cấp bằng chứng về thu nhập của bạn. Biểu mẫu khác bạn có kèm theo thông báo này sẽ cho bạn biết bạn cần cung cấp bằng chứng thu nhập gì. Sau khi bạn cung cấp bằng chứng, văn phòng quận tại địa phương của bạn sẽ đánh giá lại tính đủ điều kiện Medi-Cal của bạn. Họ sẽ liên hệ lại với bạn nếu họ cần thêm thông tin.

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

Những cách đơn giản để gửi biểu mẫu này hoặc gửi bằng chứng thu nhập được yêu cầu:

Gửi Thư:	Online:	Trực Tiếp:	Điện Thoại:
Bằng phong bì đi kèm với lá thư này.	Tại www.coveredca.com hoặc www.benefitscal.com		

Bạn Có Câu Hỏi?

Nếu bạn có câu hỏi, cần thêm thông tin hoặc không thể cung cấp bằng chứng chúng tôi yêu cầu, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại được ghi trong thông báo này.

Thông Báo Về Quyền Riêng Tư

Các thông tin cá nhân và y tế thu thập được trong và đính kèm theo biểu mẫu này là riêng tư và bảo mật. Department of Health Care Services (DHCS) cần các thông tin này để xác minh thu nhập của bạn cho Medi-Cal. DHCS sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ các thông tin này vì những mục đích khác trừ khi có sự cho phép của bạn hoặc được luật pháp cho phép. Bạn không cần phải gửi trả biểu mẫu này lại cho chúng tôi. Nếu bạn không cung cấp mọi thông tin được yêu cầu, chúng tôi sẽ không thể xác minh thu nhập của bạn cho Medi-Cal. Trong phần lớn các trường hợp, những cá nhân gắn liền với các thông tin này có quyền tiếp cận với nó.

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

DHCS được phép thu thập thông tin này theo 42 CFR § 435.952. Thông báo về quyền riêng tư được cung cấp ở đây là bắt buộc theo Bộ Luật Dân Sự California 1798.17.