



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



DATE: September 8, 2021

Medi-Cal Eligibility Division Information Letter No.: 21-18

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY ADMINISTRATIVE OFFICERS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS
ALL COUNTY MEDS LIAISONS

SUBJECT: Translations of Notice of Action (NOA) Snippets (Reference: All County Welfare Directors Letter [21-13](#))

The purpose of this Medi-Cal Eligibility Division Information Letter (MEDIL) is to provide counties the translations of NOA Snippets that will be implemented as part of the Older Adult Expansion on May 1, 2022.

The NOA Snippets English versions (8/2021) to be implemented May 1, 2022 have been translated into all 18 threshold languages: Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, and Vietnamese.

If you have any questions or require additional information, please contact Jillian Davis via email at Jillian.Davis@dhcs.ca.gov.

Sincerely,

Sandra Williams, Chief
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosure

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Arabic Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	لقد طلبت منا التحقق مما إذا كنت تستطيع أن تجعل Medi-Cal يتولى تغطية فواتيرك في أي شهر من الثلاثة أشهر التي سبقت تقديمك للطلب. أنت مؤهل لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق اعتبارًا من <eligibility month year> لأن عمرك يتراوح بين 26 و49 عامًا، كما إنك لم ترسل لنا دليلًا على جنسية U.S. أو صحة وضع الهجرة لأغراض الانضمام لبرنامج Medi-Cal. ولا يغطي Medi-Cal محدود النطاق إلا خدمات الطوارئ والخدمات المتعلقة بالحمل مثل خدمات رعاية ما قبل الولادة والمخاض والولادة ورعاية ما بعد الوضع وخدمة الرعاية طويلة الأجل. وإذا لم تكن متأكدًا من تغطية خدمة ما في Medi-Cal محدود النطاق، يرجى سؤال مقدم الخدمة الطبية. قد تتلقى، أو تكون قد تلقيت بالفعل، إشعارات أخرى بشأن أهليتك لفترات زمنية أخرى. وهذا الإشعار يخبرك فقط بأنك حصلت على تغطية Medi-Cal لفترة <eligibility month year>. يرجى الاتصال بالشخص المختص في المقاطعة على الرقم المذكور في هذا الإشعار إذا كان لديك دليل يثبت جنسيتك ووضع هجرتك تستطيع تقديمه في الوقت الراهن أو إذا كنت ترغب في إبلاغنا بأنك تواجه مشاكل في الحصول على مستنداتك. وقد تتغير مزايا الرعاية التي تُقدّم لك من رعاية محدودة النطاق إلى رعاية كاملة عندما تقدم لنا مستنداتك. حيث تتيح لك مزايا الرعاية الكاملة أن تعرض نفسك على طبيب لجميع احتياجاتك الطبية. لقد أحصينا عدد أفراد أسرتك ودخلك لنتمكن من اتخاذ قرارنا. وبالنسبة لبرنامج Medi-Cal، فإن حجم أسرتك <household size> ودخل أسرتك الشهري يبلغ <modified adjusted gross income>. ويبلغ حد الدخل الشهري المعين من Medi-Cal فيما يخص حجم أسرتك <MAGI limit>. ودخلك أدنى من هذا الحد، لذا فأنت مؤهل للانضمام إلى برنامج Medi-Cal. لقد انضمت إلى برنامج Medi-Cal محدود النطاق لأنك لم تقدم لنا دليلًا على جنسية U.S. أو صحة وضع الهجرة. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	لقد طلبت منا التأكد إن أمكنك الانضمام إلى خطة Medi-Cal لتغطية فواتيرك لأية فترة لثلاثة أشهر قبل أن تقدم طلبك. أنت مؤهل لنطاق محدود من خطة Medi-Cal عن فترة <month yyyy> لأنك تبلغ من العمر 50 عامًا أو أكبر ولم ترسل لنا إثباتًا بجنسية U.S. أو وضع الهجرة المقبول للأغراض الخاصة بخطة Medi-Cal. واعتبارًا من 1 مايو/ أيار 2022، يغطي قانون كاليفورنيا النطاق الكامل لخطة Medi-Cal للأفراد الذين يبلغون 50 عامًا أو أكبر وليس لديهم أو لا يمكنهم تقديم إثبات يفيد الجنسية أو وضع الهجرة المقبول. ولا يغطي نطاق خطة Medi-Cal المحدود سوى خدمات الطوارئ، والخدمات المتعلقة بالحمل التي من قبيل الرعاية قبل الولادة، والمخاض، والولادة، والرعاية بعد الولادة. وإن لم تكن متأكدًا إن كانت الخدمة تغطي من خلال نطاق خطة Medi-Cal المحدود، اطلب مقدم خدمات الرعاية الطبية الخاص بك. وقد تحصل، أو قد تكون قد استلمت بالفعل، إشعارات أخرى بشأن أهليتك لفترات زمنية أخرى. ويخطررك هذا الإشعار أن لديك نطاق تغطية Medi-Cal مقيدة حتى <month yyyy>. وإن كان لديك إثبات الجنسية أو حالة الهجرة يمكنك أن ترسل إلينا الآن، أو أردت إطلاعنا على أنك تواجه مشكلات في الحصول على وثيقتك، يرجى الاتصال بمكتب خطة Medi-Cal الإقليمي على الرقم الوارد في الإشعار المائل. وقد تتغير امتيازاتك من النطاق المحدود إلى النطاق الكامل عندما ترسل إلينا وثائقك. وتسمح لك امتيازات النطاق الكامل بمقابلة طبيب لتلبية جميع احتياجاتك الطبية. لقد قمنا بإحصاء حجم أسرتك ودخلك في سبيل إصدار قرارنا.

	بخصوص خطة Medi-Cal، يقدر حجم أسرتك بـ <household size> ودخل أسرتك الشهري هو <modified adjusted gross income>. ويقدر حد الدخل بخطة Medi-Cal طبقًا لحجم أسرتك بـ <MAGI limit>. ودخلك دون هذا الحد، لذلك أنت مؤهل لخطة Medi-Cal. ولقد استلمت نطاقًا محدودًا بخطة Medi-Cal لأنك لم تقدم إثبات جنسيتك الأمريكية أو وضع الهجرة المقبول. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه في هذا القرار. وإن اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ، يمكنك التقدم باستئناف. ويرجى مراجعة "حقوق الاستماع الخاصة بك" بالصفحة الأخيرة من الإشعار المائل للتعرف على كيفية التقدم بطلب استئناف. ولديك 90 يومًا فحسب لطلب عقد جلسة استماع. وتبدأ فترة الـ 90 يومًا بعد تاريخ الإشعار المائل.
Restricted Scope Approval	تمت الموافقة على انضمامك لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق لأن عمرك من 26 إلى 49 عامًا، كما إنك لم ترسل لنا دليلا على جنسية U.S. أو صحة وضع الهجرة لأغراض الانضمام لبرنامج Medi-Cal. لا يغطي قانون كاليفورنيا برنامج Medi-Cal كامل النطاق إلا للأفراد الذين يقل عمرهم عن 26 عامًا أو يبلغون 50 عامًا أو أكثر وليس لديهم أو لا يمكنهم تقديم دليل على الجنسية أو صحة وضع الهجرة. ونظرًا لأنك في نطاق الحد العمري بين 26 وحتى 49 عامًا، فأنت مؤهل لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق فقط. ولا يغطي برنامج Medi-Cal محدود النطاق إلا خدمات الطوارئ والخدمات المتعلقة بالحمل مثل خدمات رعاية ما قبل الولادة والمخاض والولادة ورعاية ما بعد الوضع وخدمة الرعاية طويلة الأجل. وإذا لم تكن متأكدًا من تغطية برنامج Medi-Cal محدود النطاق لخدمة ما، يرجى سؤال مقدم الخدمة الطبية. وستبدأ أهليتك للانضمام لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق في <effective date - Month Day, Year>. وستستمر تغطية برنامج Medi-Cal لك ما لم يتضح أنك لم تعد مؤهلًا. ويمكن أن يحدث ذلك في وقت تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك. يرجى الاتصال بالشخص المختص في المقاطعة على الرقم المذكور في هذا الإشعار إذا كان لديك دليل يثبت جنسيتك ووضع هجرتك تستطيع تقديمه في الوقت الراهن أو إذا كنت ترغب في إبلاغنا بأنك تواجه مشاكل في الحصول على مستنداتك. وقد تتغير مزايا الرعاية التي تُقدَّم لك من رعاية محدودة النطاق إلى رعاية كاملة عندما تقدم لنا مستنداتك. حيث تتيح لك مزايا الرعاية الكاملة أن تعرض نفسك على طبيب لجميع احتياجاتك الطبية. لقد أحصينا عدد أفراد أسرتك ودخلك لنتمكن من اتخاذ قرارنا. بالنسبة لبرنامج Medi-Cal، فإن حجم أسرتك <household size> ودخل أسرتك الشهري يبلغ <modified adjusted gross income>. ويبلغ حد الدخل الشهري المعين من Medi-Cal فيما يخص حجم أسرتك <MAGI limit>. دخلك أدنى من هذا الحد، لذا فأنت مؤهل للانضمام إلى برنامج Medi-Cal. لقد انضمت إلى برنامج Medi-Cal محدود النطاق لأنك لم تقدم لنا دليلاً على جنسيتك أو صحة وضع الهجرة. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Full Scope to Restricted Scope	تغيير مهم في المزايا الخاصة بك. لقد تغير برنامج Medi-Cal إلى برنامج محدود النطاق اعتبارًا من <month dd, yyyy>. سيُتغير برنامج Medi-Cal الخاص بك من رعاية كاملة إلى رعاية محدودة النطاق لأن عمرك بين 26 و49 عامًا، كما إنك لم ترسل لنا دليلا على أنك مواطن U.S. أو أن لديك وضع هجرة سليم لأغراض الانضمام لبرنامج Medi-Cal. لا يغطي قانون كاليفورنيا برنامج Medi-Cal كامل النطاق إلا للأفراد الذين يقل عمرهم عن 26 عامًا أو يبلغون 50 عامًا أو أكثر وليس لديهم أو لا يمكنهم تقديم دليل على الجنسية أو صحة وضع الهجرة. ونظرًا لأنك تخطيت الحد العمري، فأنت مؤهل لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق فقط.

	لا يغطي Medi-Cal محدود النطاق إلا خدمات الطوارئ والخدمات المتعلقة بالحمل مثل خدمات رعاية ما قبل الولادة والمخاض والولادة ورعاية ما بعد الوضع وخدمة الرعاية طويلة الأجل. وإذا لم تكن متأكدًا من تغطية خدمة ما في ذلك النطاق المحدود، يرجى الاتصال بمقدم الخدمة الطبية. يرجى الاتصال بالشخص المختص في المقاطعة على الرقم المذكور في هذا الإشعار إذا كان لديك دليل يثبت جنسيتك ووضع هجرتك تستطيع تقديمه في الوقت الراهن أو إذا كنت ترغب في إبلاغنا بأنك تواجه مشاكل في الحصول على مستنداتك. وقد تتغير مزايا الرعاية التي تُقدم لك من رعاية محدودة إلى رعاية كاملة عندما تُرسل لنا مستنداتك. حيث تتيح لك مزايا الرعاية الكاملة أن تعرض نفسك على طبيب لجميع احتياجاتك الطبية. إذا قدمت لنا دليلاً مقبولاً خلال عام واحد، قد يتغير برنامج Medi-Cal إلى Medi-Cal كامل النطاق مرة أخرى وذلك ابتداء من الشهر الذي بدأت فيه الاستفادة من المزايا المحدودة. وفي غضون ذلك، ستستمر تغطية برنامج Medi-Calمحدود النطاق لك إلا إذا ثبت أنك غير مؤهل لذلك. وقد يحدث ذلك في وقت تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	أخبار سارة! لقد تغير برنامج Medi-Cal الخاص بك إلى رعاية كاملة بتاريخ <month dd, yyyy>. يجري الآن تغيير برنامج Medi-Cal من رعاية محدودة النطاق إلى رعاية كاملة النطاق لأنك تمكنت من إثبات جنسيتك U.S. أو إثبات صحة وضع الهجرة أو أن عمرك أقل من 26 عامًا. وستستمر تغطية برنامج Medi-Cal لك ما لم يتضح أنك لم تعد مؤهلاً. وقد يحدث ذلك في وقت تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك. قد تغطي أهليتك للحصول على مزايا كاملة النطاق من برنامج Medi-Cal الأشهر الماضية. إذا كنت تدفع للحصول على رعاية طبية ولم تتضمن مثل هذه الرعاية الحالة الطارئة، حالة الحمل، أو خدمة الرعاية طويلة الأجل في الوقت الذي كنت تحصل فيه على مزايا محدودة من برنامج Medi-Cal، قد تتمكن من استعادة أموالك مرة أخرى. اتصل بخدمات المستفيدين في قسم خدمات الرعاية الصحية للحصول على إجابات لاستفساراتك بشأن إعادة أموالك على الرقم 1-916-403-2007. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	أخبار جيدة! تغيرت خطة Medi-Cal إلى النطاق الكامل في <month dd, yyyy>. تغيرت خطة Medi-Cal الخاصة بك من النطاق المحدود إلى النطاق الكامل لأنك تمكنت من إثبات جنسيتك U.S. أو وضع الهجرة المقبول أو بلغت 50 عامًا أو أكثر. ويتاح نطاق خطة Medi-Cal الكامل لجميع الأفراد المؤهلين البالغين 50 وأكثر اعتبارًا من 1 مايو/ أيار 2022. وسيستمر تمتعك بالنطاق الكامل لتغطية Medi-Cal ما لم يتبين أنك لم تعد مؤهلاً. وقد يحدث ذلك في موعد تجديد أهليتك أو عند تغير حالتك. قد تغطي أهليتك للنطاق الكامل لامتيازات خطة Medi-Cal الأشهر الماضية. وإن سددت مقابل الرعاية الصحية في غير حالات الطوارئ، أو غير المتعلقة بالحمل، أو خدمات الرعاية طويلة الأمد بينما كنت تتمتع بامتيازات خطة Medi-Cal المحدودة، قد تتمكن من استرداد أموالك. ويرجى الاتصال بخدمات المستفيد في Department of Health Care Services للتعرف على إجابات عن الأسئلة بخصوص استرداد الأموال على رقم الهاتف 1-916-403-2007.

	تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه في هذا القرار. وإن اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ، يمكنك التقدم باستئناف. ويرجى مراجعة "حقوق الاستماع الخاصة بك" بالصفحة الأخيرة من الإشعار المائل للتعرف على كيفية التقدم بطلب استئناف. ولديك 90 يومًا فحسب لطلب عقد جلسة استماع. وتبدأ فترة الـ 90 يومًا بعد تاريخ الإشعار المائل.
Notice Type	Arabic Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	لقد طلبت منا التحقق مما إذا كنت تستطيع أن تجعل Medi-Cal يتولى تغطية فواتيرك في أي شهر من الثلاثة أشهر التي سبقت تقديمك للطلب. أنت مؤهل لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق اعتبارًا من <eligibility month year> لأن عمرك بين 26 و49 عامًا، كما إنك لم ترسل لنا دليلًا على جنسية U.S. أو صحة وضع الهجرة لأغراض الانضمام لبرنامج Medi-Cal. ولا يغطي Medi-Cal محدود النطاق إلا خدمات الطوارئ والخدمات المتعلقة بالحمل مثل خدمات رعاية ما قبل الولادة والمخاض والولادة ورعاية ما بعد الوضع. وإذا لم تكن متأكدًا من تغطية خدمة ما في Medi-Cal محدود النطاق، يرجى سؤال مقدم الخدمة الطبية. قد تتلقى، أو تكون قد تلقيت بالفعل، إشعارات أخرى بشأن أهليتك لفترات زمنية أخرى. وهذا الإشعار يخبرك فقط بأنك حصلت على تغطية Medi-Cal لفترة <eligibility month year>. يرجى الاتصال بالشخص المختص في المقاطعة على الرقم المذكور في هذا الإشعار إذا كان لديك دليل يثبت جنسيتك أو وضع هجرتك تستطيع تقديمه في الوقت الراهن أو إذا كنت ترغب في إبلاغنا بأنك تواجه مشاكل في الحصول على مستنداتك. وقد تتغير مزايا الرعاية التي تُقدّم لك من رعاية محدودة النطاق إلى رعاية كاملة عندما تقدم لنا مستنداتك. حيث تتيح لك مزايا الرعاية الكاملة أن تعرض نفسك على طبيب لجميع احتياجاتك الطبية. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	لقد طلبت منا التأكد إن أمكنك الانضمام إلى خطة Medi-Cal لتغطية فواتيرك لأية فترة لثلاثة أشهر قبل أن تقدم طلبك. أنت مؤهل لنطاق محدود من خطة Medi-Cal في <month year> لأنك تبلغ من العمر 50 عامًا أو أكبر ولم ترسل لنا إثباتًا بجنسية U.S. أو وضع الهجرة المقبول للأغراض الخاصة بخطة Medi-Cal. واعتبارًا من 1 مايو/ أيار 2022، يغطي قانون كاليفورنيا النطاق الكامل لخطة Medi-Cal للأفراد الذين يبلغون 50 عامًا أو أكبر وليس لديهم أو لا يمكنهم تقديم إثبات يفيد الجنسية أو وضع الهجرة المقبول. ولا يغطي نطاق خطة Medi-Cal المحدود سوى خدمات الطوارئ، والخدمات المتعلقة بالحمل التي من قبيل الرعاية قبل الولادة، والمخاض، والولادة، والرعاية بعد الولادة. وإن لم تكن متأكدًا إن كانت الخدمة تغطي من خلال نطاق خطة Medi-Cal المحدود، اطلب مقدم خدمات الرعاية الطبية الخاص بك. وقد تحصل، أو قد تكون قد استلمت بالفعل، إشعارات أخرى بشأن أهليتك لفترات زمنية أخرى. ويخطر لك هذا الإشعار أن لديك نطاق تغطية Medi-Cal مقيدة حتى <month year>. وإن كان لديك إثبات الجنسية أو حالة الهجرة يمكنك أن ترسله إلينا الآن، أو أردت إطلاعنا على أنك تواجه مشكلات في الحصول على وثيقتك، يرجى الاتصال بمكتب خطة Medi-Cal الإقليمي على الرقم الوارد في الإشعار المائل. وقد تتغير امتيازاتك من النطاق المحدود إلى النطاق الكامل عندما ترسل إلينا وثائقك. وتسمح لك امتيازات النطاق الكامل بمقابلة طبيب لتلبية جميع احتياجاتك الطبية. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه في هذا القرار. وإن اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ، يمكنك التقدم باستئناف. ويرجى مراجعة "حقوق الاستماع الخاصة بك" بالصفحة الأخيرة من الإشعار المائل للتعرف على كيفية التقدم بطلب استئناف. ولديك 90 يومًا فحسب لطلب عقد جلسة استماع. وتبدأ فترة الـ 90 يومًا بعد تاريخ الإشعار المائل.
Restricted Scope Approval	تمت الموافقة على انضمامك لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق لأن عمرك بين 26 و49 عامًا ، كما إنك لم ترسل لنا دليلًا على جنسية U.S. أو صحة وضع الهجرة لأغراض الانضمام لبرنامج Medi-Cal. لا يغطي قانون كاليفورنيا برنامج Medi-Cal كامل النطاق إلا للأفراد الذين يقل عمرهم عن 26 عامًا أو يبلغون 50 عامًا أو أكثر وليس لديهم أو لا يمكنهم تقديم دليل على الجنسية أو صحة وضع

(Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	الهجرة. ونظرًا لأنك تخطيت الحد العمري، فأنت مؤهل لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق فقط. ولا يغطي برنامج Medi-Cal محدود النطاق إلا خدمات الطوارئ والخدمات المتعلقة بالحمل مثل خدمات رعاية ما قبل الولادة والمخاض والولادة ورعاية ما بعد. وإذا لم تكن متأكدًا من تغطية برنامج Medi-Cal محدود النطاق لخدمة ما، يرجى سؤال مقدم الخدمة الطبية. وستبدأ أهليتك للانضمام لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق في <effective date - Month Day, Year>. وستستمر تغطية برنامج Medi-Cal لك ما لم يتضح أنك لم تعد مؤهلاً. ويمكن أن يحدث ذلك في وقت تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك. يرجى الاتصال بالشخص المختص في المقاطعة على الرقم المذكور في هذا الإشعار إذا كان لديك دليل يثبت جنسيتك ووضع هجرتك تستطيع تقديمه في الوقت الراهن أو إذا كنت ترغب في إبلاغنا بأنك تواجه مشاكل في الحصول على مستنداتك. وقد تتغير مزايا الرعاية التي تُقدَّم لك من رعاية محدودة النطاق إلى رعاية كاملة عندما تقدم لنا مستنداتك. حيث تتيح لك مزايا الرعاية الكاملة أن تعرض نفسك على طبيب لجميع احتياجاتك الطبية. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	تغيير مهم في المزايا الخاصة بك. لقد تغير برنامج Medi-Cal إلى برنامج محدود النطاق اعتبارًا من <month dd, yyyy>. سيُتغير برنامج Medi-Cal الخاص بك من رعاية كاملة إلى رعاية محدودة النطاق لأن عمرك بين 26 و49 عامًا أو أكثر، كما إنك لم ترسل لنا دليلًا على أنك مواطن U.S. أو أن لديك وضع هجرة سليم لأغراض الانضمام لبرنامج Medi-Cal. لا يغطي قانون كاليفورنيا برنامج Medi-Cal كامل النطاق إلا للأفراد الذين يقل عمرهم عن 26 عامًا أو يبلغون 50 عامًا أو أكثر وليس لديهم أو لا يمكنهم تقديم دليل على الجنسية أو صحة وضع الهجرة. كان عمرك ضمن الحد الأدنى للسق من 26 إلى 49 عامًا ونظرًا لأنك تخطيت الحد العمري، فأنت مؤهل لبرنامج Medi-Cal محدود النطاق فقط. لا يغطي Medi-Cal محدود النطاق إلا خدمات الطوارئ والخدمات المتعلقة بالحمل مثل خدمات رعاية ما قبل الولادة والمخاض والولادة ورعاية ما بعد الوضع. وإذا لم تكن متأكدًا من تغطية خدمة ما في ذلك النطاق المحدود، يرجى الاتصال بمقدم الخدمة الطبية. يرجى الاتصال بالشخص المختص في المقاطعة على الرقم المذكور في هذا الإشعار إذا كان لديك دليل يثبت جنسيتك ووضع هجرتك تستطيع تقديمه في الوقت الراهن أو إذا كنت ترغب في إبلاغنا بأنك تواجه مشاكل في الحصول على مستنداتك. وقد تتغير مزايا الرعاية التي تقدم لك من رعاية محدودة إلى رعاية كاملة عندما تُرسل لنا مستنداتك. حيث تتيح لك مزايا الرعاية الكاملة أن تعرض نفسك على طبيب لجميع احتياجاتك الطبية. إذا قدمت لنا دليلًا مقبولاً خلال عام واحد، قد يتغير برنامج Medi-Cal إلى Medi-Cal كامل النطاق مرة أخرى وذلك ابتداء من الشهر الذي بدأت فيه الاستفادة من المزايا المحدودة. وفي غضون ذلك، ستستمر تغطية برنامج Medi-Cal محدود النطاق لك إلا إذا ثبت أنك غير مؤهل لذلك. وقد يحدث ذلك في وقت تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Restricted Scope to Full Scope	أخبار سارة! لقد تغير برنامج Medi-Cal الخاص بك إلى رعاية كاملة بتاريخ <month dd, yyyy>. يجري الآن تغيير برنامج Medi-Cal من رعاية محدودة النطاق إلى رعاية كاملة النطاق لأنك تمكنت من إثبات جنسيتك U.S. أو إثبات صحة وضع الهجرة أو أن عمرك أقل من 26 عامًا. وستستمر تغطية

(Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	برنامج Medi-Cal لك ما لم يتضح أنك لم تعد مؤهلاً. وقد يحدث ذلك في وقت تجديد أهليتك أو عندما يتغير وضعك. قد تغطي أهليتك للحصول على مزايا كاملة النطاق من برنامج Medi-Cal الأشهر الماضية. إذا كنت تدفع للحصول على رعاية طبية ولم تتضمن مثل هذه الرعاية الحالة الطارئة أو حالة الحمل، في الوقت الذي كنت تحصل فيه على مزايا محدودة من برنامج Medi-Cal، قد تتمكن من استعادة أموالك مرة أخرى. اتصل بخدمات المستفيدين في قسم خدمات الرعاية الصحية للحصول على إجابات لاستفساراتك بشأن إعادة أموالك على الرقم 1-916-403-2007. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار. إن كنت تعتقد بحدوث خطأ منا، يمكنك أن تقدم طعنًا. ارجع إلى "حقوق طلب جلسة استماع" في الصفحة الأخيرة من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. أمامك فقط 90 يومًا لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 من اليوم التالي للتاريخ الموضح في هذا الإشعار.
Restricted Scope to Full Scope 50 and older NEW for implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	أخبار جيدة! تغيرت خطة Medi-Cal إلى النطاق الكامل في <month dd, yyyy>. تغيرت خطة Medi-Cal الخاصة بك من النطاق المحدود إلى النطاق الكامل لأنك تمكنت من إثبات جنسيتك U.S. أو وضع الهجرة المقبول أو بلغت 50 عامًا أو أكثر. ويتاح نطاق خطة Medi-Cal الكامل لجميع الأفراد المؤهلين البالغين 50 وأكثر اعتبارًا من 1 مايو/ أيار 2022. وسيستمر تمتعك بالنطاق الكامل لتغطية Medi-Cal ما لم يتبين أنك لم تعد مؤهلاً. وقد يحدث ذلك في موعد تجديد أهليتك أو عند تغير حالتك. قد تغطي أهليتك للنطاق الكامل لامتيازات خطة Medi-Cal الأشهر الماضية. وإن سددت مقابل الرعاية الصحية في غير حالات الطوارئ، أو غير المتعلقة بالحمل، أو خدمات الرعاية طويلة الأمد بينما كنت تتمتع بامتيازات خطة Medi-Cal المحدودة، قد تتمكن من استرداد أموالك. ويرجى الاتصال بخدمات المستفيد في Department of Health Care Services للتعرف على إجابات عن الأسئلة بخصوص استرداد الأموال على رقم الهاتف 1-916-403-2007. تعد <Regulation> بمثابة اللائحة أو القانون الذي استندنا إليه في هذا القرار. وإن اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ، يمكنك التقدم باستئناف. ويرجى مراجعة "حقوق الاستماع الخاصة بك" بالصفحة الأخيرة من الإشعار المائل للتعرف على كيفية التقدم بطلب استئناف. ولديك 90 يومًا فحسب لطلب عقد جلسة استماع. وتبدأ فترة الـ 90 يومًا بعد تاريخ الإشعار المائل.

Notice Type	Armenian Text MAGI Snippets
Restricted-Scope Retro Approval	Դուք մեզ խնդրել էիք ստուգել, թե արդյոք Դուք կարող եք «Medi-Cal» ստանալ՝ Ձեր դիմելուն նախորդած երեք ամիսներից որևէ մեկի համար Ձեզ ներկայացված հաշիվը վճարելու նպատակով: Դուք համապատասխանել եք սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին՝ <eligibility month year>-ում, քանի որ Դուք 26-ից 49 տարեկան եք և U.S. քաղաքացի լինելու կամ «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց չեք ուղարկել մեզ: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության ու հետծննդյան բուժօգնության և երկարատև խնամքի ծառայությունների համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր բուժաշխատողին: Հնարավոր է, որ Դուք այլ ծանուցումներ ստանաք կամ արդեն ստացել եք այլ ժամանակահատվածների համար Ձեր իրավասության վերաբերյալ: Սույն ծանուցումը Ձեզ տեղեկացնում է միայն այն մասին, որ <eligibility month year>-ում Ձեզ «Medi-Cal»-ի ապահովագրություն է շնորհվել: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանի աշխատողին՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Փաստաթղթերը տրամադրելու դեպքում Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: Որոշում կայացնելու համար մենք հաշվարկել ենք Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը և եկամուտը: «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը <household size> է, իսկ Ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը՝ <modified adjusted gross income>: Ձեր ընտանիքի անդամների թվի համար «Medi-Cal»-ի կողմից սահմանված ամսական եկամտի սահմանաչափը <MAGI limit> է: Ձեր եկամուտն այդ սահմանաչափից ցածր է, ուստի Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին: Դուք սահմանափակ «Medi-Cal» եք ստացել, քանի որ U.S. քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց չեք ներկայացրել:

	<Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	Դուք մեզ խնդրել էիք ստուգել, թե արդյոք Դուք կարող եք «Medi-Cal» ստանալ՝ Ձեր դիմելուն նախորդած երեք ամիսներից որևէ մեկի համար Ձեզ ներկայացված հաշիվը վճարելու նպատակով: <month yyyy>-ում Դուք բավարարել եք սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու պահանջները, քանի որ Դուք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ եք և Ս.Տ. քաղաքացիության կամ «Medi-Cal»-ի պահանջները բավարարող՝ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց չեք ներկայացրել մեզ: 2022 թ. մայիսի 1-ից Կալիֆոռնիայի օրենքը լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրում այն անձանց, որոնք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են և քաղաքացիության կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակի ապացույց չունեն կամ չեն կարող ներկայացնել: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության, հետծննդյան բուժօգնության, և երկարատև խնամքի ծառայությունների համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր բուժսպասարկողին: Հնարավոր է, որ Դուք այլ ծանուցումներ ստանաք կամ արդեն ստացել եք, այլ ժամանակահատվածների համար Ձեր իրավունակության վերաբերյալ: Սույն ծանուցումը Ձեզ տեղեկացնում է միայն այն մասին, որ <month yyyy>-ում Դուք «Medi-Cal»-ի սահմանափակ ապահովագրություն եք ստանում: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել «Medi-Cal»-ի Ձեր շրջանի գրասենյակ՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Երբ Դուք տրամադրեք մեզ փաստաթղթերը, Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: Որոշում կայացնելու համար մենք հաշվարկել ենք Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը և եկամուտը: «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը <household size> է, իսկ Ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը՝ <modified adjusted gross income>: Ձեր ընտանիքի անդամների թվի համար «Medi-Cal»-ի կողմից սահմանված ամսական եկամուտի սահմանաչափը <MAGI limit> է: Ձեր եկամուտն այդ սահմանաչափից ցածր է, ուստի Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին: Դուք սահմանափակ «Medi-Cal» եք ստացել, քանի որ Ձեր Ս.Տ. քաղաքացիության կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակի ապացույց չեք ներկայացրել:

	<Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Restricted Scope Approval	Դուք արտոնություն եք ստացել միայն սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու համար, քանի որ Դուք 26-ից 49 տարեկան եք և U.S. քաղաքացի լինելու կամ «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց չեք ուղարկել: Կալիֆոռնիայի օրենքը լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրում միայն այն անձանց, որոնք 26 տարեկան չկան կամ 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են, և որոնք չունեն կամ չեն կարող քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց ներկայացնել: Քանի որ Դուք գտնվում եք 26-ից մինչև 49 տարեկան տարիքային խմբում, Դուք իրավունակ եք միայն սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու համար: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության, հետծննդյան բուժօգնության և երկարատև խնամքի ծառայությունների համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր բուժաշխատողին: Սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու Ձեր իրավունքը սկսվում է <effective date- Month Day, Year>-ից: «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրությունը կշարունակվի մինչ այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանի աշխատողին՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Փաստաթղթերը տրամադրելու դեպքում Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: Որոշում կայացնելու համար մենք հաշվարկել ենք Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը և եկամուտը: «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը <household size> է, իսկ Ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը՝ <modified adjusted gross income>: Ձեր ընտանիքի անդամների թվի համար «Medi-Cal»-ի կողմից սահմանված ամսական

	Եկամտի սահմանաչափը <MAGI limit> է: Ձեր եկամուտն այդ սահմանաչափից ցածր է, ուստի Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին: Դուք սահմանափակ «Medi-Cal» եք ստացել, քանի որ U.S. քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց չեք ներկայացրել: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Full-Scope to Restricted-Scope	Կարևոր փոփոխություն Ձեր նպաստների մեջ: <month dd, yyyy>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը փոխվել է սահմանափակի: Ձեր «Medi-Cal»-ը լիարժեքից սահմանափակի է փոխվում, քանի որ Դուք 26-ից 49 տարեկան եք և մեզ ապացույց չեք ներկայացրել, որ Դուք U.S. քաղաքացի եք կամ «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունեք: Դուք մեզ հետ կապ չեք հաստատել և տեղեկացրել, որ փորձում եք ներկայացնել այդ ապացույցը: Կալիֆոռնիայի օրենքը լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրում միայն այն անձանց, որոնք 26 տարեկան չկան կամ 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են, և որոնք չունեն կամ չեն կարող ԱՄՆ քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց ներկայացնել: Այժմ, երբ Դուք անցել եք տվյալ տարիքային սահմանը, Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակի կփոխվի: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության ու հետծննդյան բուժօգնության և երկարատև խնամքի ծառայությունների համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, զանգահարեք Ձեր բուժաշխատողին: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանի սոցիալական աշխատողին՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Փաստաթղթերը մեզ ուղարկելու դեպքում Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: Եթե Դուք մեկ տարվա ընթացքում մեզ որևէ ընդունելի ապացույց ներկայացնեք, ապա հնարավոր է, որ Ձեր «Medi-Cal»-ը կրկին փոխվի լիարժեք «Medi-Cal»-ի՝ սկսած այն ամսից, երբ սահմանափակում է մտցվել Ձեր նպաստների մեջ:

	Մինչ այդ սահմանափակ «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրությունը կշարունակվի մինչև այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Restricted Scope to Full Scope Under 26	Լավ լուր ունենք:<month dd, yyyy>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը փոխվել է լիարժեքի: Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակից լիարժեքի է փոխվում, քանի որ Դուք U.S. քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու գրավոր ապացույց եք ներկայացրել կամ չի լրացել Ձեր 26 տարեկանը: «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրությունը կշարունակվի մինչև այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի: «Medi-Cal»-ի լիարժեք նպաստներ ստանալու Ձեր իրավասությունը կարող է տարածվել անցած ամիսների վրա: Եթե «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստներից օգտվելու ընթացքում Դուք վճարել եք այնպիսի բուժօգնության համար, որը շտապ բուժօգնության, հղիության հետ կապված բուժօգնության կամ երկարատև խնամքի ծառայություն չի եղել, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք ետ ստանալ Ձեր գումարը: Փոխհատուցման վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխան ստանալու համար զանգահարեք «Department of Health Care Services»-ի նպաստառուների սպասարկման բաժին (Beneficiary Services) 1-916-403-2007 հեռախոսահամարով: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:

Restricted Scope to Full Scope	Լավ լուր: <month dd, yyyy>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը փոխվել է և դարձել լիարժեք:
50 and Older	Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակից լիարժեքի է փոխվել, քանի որ Դուք կարողացել եք ապացուցել Ձեր U.S. քաղաքացի լինելու կամ ծրագրի պահանջները բավարարող՝ ներգաղթողի կարգավիճակ ունենալու փաստը, կամ Դուք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ եք: 2022 թ. մայիսի 1-ից լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրվելու բոլոր այն իրավունակ անձանց, որոնք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են: «Medi-Cal»-ի Ձեր լիարժեք ապահովագրությունը կշարունակվի մինչ այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի:
NEW for implementation	«Medi-Cal»-ի լիարժեք նպաստներ ստանալու Ձեր իրավունակությունը կարող է տարածվել անցած ամիսների վրա: Եթե «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստներից օգտվելու ընթացքում Դուք վճարել եք այնպիսի բուժօգնության համար, որը շտապ բուժօգնության, հղիության հետ կապված բուժօգնության կամ երկարատև խնամքի ծառայություն չի եղել, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք հետ ստանալ Ձեր գումարը: Փոխհատուցման վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխան ստանալու համար զանգահարեք «Department of Health Care Services»-ի նպաստառուների սպասարկման բաժին 1-916-403-2007 հեռախոսահամարով: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Notice Type	Armenian Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/ C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Դուք մեզ խնդրել էիք ստուգել, թե արդյոք Դուք կարող եք «Medi-Cal» ստանալ՝ Ձեր դիմելուն նախորդած երեք ամիսներից որևէ մեկի համար Ձեզ ներկայացված հաշիվը վճարելու նպատակով: Դուք համապատասխանել եք սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին՝ <eligibility month year>-ում, քանի որ Դուք 26-ից 49 տարեկան եք և U.S. քաղաքացի լինելու կամ «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց չեք ուղարկել մեզ: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության ու հետծննդյան բուժօգնության համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր բուժաշխատողին: Հնարավոր է, որ Դուք այլ ծանուցումներ ստանաք կամ արդեն ստացել եք այլ ժամանակահատվածների համար Ձեր իրավասության

	վերաբերյալ: Սույն ծանուցումը Ձեզ տեղեկացնում է միայն այն մասին, որ <eligibility month year>-ում Ձեզ «Medi-Cal»-ի ապահովագրություն է շնորհվել: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանի աշխատողին՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Փաստաթղթերը տրամադրելու դեպքում Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	Դուք մեզ խնդրել էիք ստուգել, թե արդյոք Դուք կարող եք «Medi-Cal» ստանալ՝ Ձեր դիմելուն նախորդած երեք ամիսներից որևէ մեկի համար Ձեզ ներկայացված հաշիվը վճարելու նպատակով: <month year>-ում Դուք բավարարել եք սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու պահանջները, քանի որ Դուք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ եք և Ձեր U.S. քաղաքացիության կամ «Medi-Cal»-ի պահանջները բավարարող՝ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց չեք ներկայացրել մեզ: 2022 թ. մայիսի 1-ից Կալիֆոռնիայի օրենքը լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրում այն անձանց, որոնք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են և քաղաքացիության կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակի ապացույց չունեն կամ չեն կարող ներկայացնել: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների և հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության և հետծննդյան բուժօգնության ծառայությունների համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր բուժսպասարկողին: Հնարավոր է, որ Դուք այլ ծանուցումներ ստանաք կամ արդեն ստացել եք, այլ ժամանակահատվածների համար Ձեր իրավունակության վերաբերյալ: Սույն ծանուցումը Ձեզ տեղեկացնում է միայն այն մասին, որ <month year>-ում Ձեզ «Medi-Cal»-ի ապահովագրություն է շնորհվել: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել «Medi-Cal»-ի Ձեր շրջանի գրասենյակ՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Երբ Դուք տրամադրեք մեզ

	փաստաթղթերը, Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/ C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Դուք արտոնություն եք ստացել միայն սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու համար, քանի որ Դուք 26-ից 49 տարեկան և U.S. քաղաքացի լինելու կամ «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց չեք ուղարկել: Կալիֆոռնիայի օրենքը լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրում միայն այն անձանց, որոնք 26 տարեկան չկան կամ 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են, և որոնք չունեն կամ չեն կարող քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց ներկայացնել: Քանի որ Դուք անցել եք տվյալ տարիքային սահմանը, Դուք իրավունակ եք միայն սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու համար: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության, հետծննդյան բուժօգնության համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, հարցրեք Ձեր բուժաշխատողին: Սահմանափակ «Medi-Cal» ստանալու Ձեր իրավունքը սկսվում է <effective date- Month Day, Year>-ից: «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրությունը կշարունակվի մինչ այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանի աշխատողին՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Փաստաթղթերը տրամադրելու դեպքում Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր

	իրավունքները՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Կարևոր փոփոխություն Ձեր նպաստների մեջ: <month dd, yyyy>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը փոխվել է սահմանափակի: Ձեր «Medi-Cal»-ը լիարժեքից սահմանափակի է փոխվում, քանի որ Դուք 26-ից 49 տարեկան եք և մեզ ապացույց չեք ներկայացրել, որ Դուք U.S. քաղաքացի եք կամ «Medi-Cal»-ի նպատակներով՝ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունեք: Դուք մեզ հետ կապ չեք հաստատել և տեղեկացրել, որ փորձում եք ներկայացնել այդ ապացույցը: Կալիֆոռնիայի օրենքը լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրում միայն այն անձանց, որոնք 26 տարեկան չկան կամ 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են, և որոնք չունեն կամ չեն կարող քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու ապացույց ներկայացնել: Քանի որ այժմ Դուք գտնվում եք 26-ից մինչև 49 տարեկան տարիքային խմբում, Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակի կփոխվի: Սահմանափակ «Medi-Cal»-ը վճարում է միայն շտապ բուժօգնության ծառայությունների, հղիության հետ կապված ծառայությունների, օրինակ՝ նախածննդյան բուժօգնության, երկունքի, ծննդաբերության ու հետծննդյան բուժօգնության համար: Եթե կասկածում եք, որ որևէ ծառայություն վճարվում է սահմանափակ «Medi-Cal»-ի կողմից, զանգահարեք Ձեր բուժաշխատողին: Եթե Դուք ունեք Ձեր քաղաքացիության կամ ներգաղթողի կարգավիճակի ապացույց, որը կարող եք տրամադրել մեզ, կամ ցանկանում եք մեզ տեղյակ պահել, որ դժվարություններ ունեք Ձեր փաստաթուղթը ստանալու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր շրջանի սոցիալական աշխատողին՝ այս ծանուցման մեջ նշված համարով: Փաստաթղթերը մեզ ուղարկելու դեպքում Ձեր նպաստները կարող են փոխվել սահմանափակից լիարժեքի: Լիարժեք նպաստները Ձեզ թույլ են տալիս բժշկի դիմել ցանկացած առողջական խնդրի դեպքում: Եթե Դուք մեկ տարվա ընթացքում մեզ որևէ ընդունելի ապացույց ներկայացնեք, ապա հնարավոր է, որ Ձեր «Medi-Cal»-ը կրկին փոխվի լիարժեք «Medi-Cal»-ի՝ սկսած այն ամսից, երբ սահմանափակում է մտցվել Ձեր նպաստների մեջ: Մինչ այդ սահմանափակ «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրությունը կշարունակվի մինչև այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի:

	<Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	Լավ լուր ունենք:<month dd, yyyy>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը փոխվել է լիարժեքի: Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակից լիարժեքի է փոխվում, քանի որ Դուք U.S. քաղաքացի լինելու կամ ներգաղթողի բավարար կարգավիճակ ունենալու գրավոր ապացույց եք ներկայացրել կամ չի լրացել Ձեր 26 տարեկանը: «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրությունը կշարունակվի մինչ այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի: «Medi-Cal»-ի լիարժեք նպաստներ ստանալու Ձեր իրավասությունը կարող է տարածվել անցած ամիսների վրա: Եթե «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստներից օգտվելու ընթացքում Դուք վճարել եք այնպիսի բուժօգնության համար, որը շտապ բուժօգնության կամ հղիության հետ կապված բուժօգնության ծառայություն չի եղել, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք ետ ստանալ Ձեր գումարը: Փոխհատուցման վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխան ստանալու համար զանգահարեք «Department of Health Care Services»-ի նպաստառուների սպասարկման բաժին (Beneficiary Services) 1-916-403-2007 հեռախոսահամարով: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for	Լավ լուր: <month dd, yyyy>-ին Ձեր «Medi-Cal»-ը փոխվել է և դարձել լիարժեք: Ձեր «Medi-Cal»-ը սահմանափակից լիարժեքի է փոխվել, քանի որ Դուք կարողացել եք ապացուցել U.S. քաղաքացի լինելու կամ ծրագրի պահանջները բավարարող՝ ներգաղթողի կարգավիճակ ունենալու փաստը, կամ Դուք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ եք: 2022 թ. մայիսի 1-ից լիարժեք «Medi-Cal» է տրամադրվելու բոլոր այն իրավունակ անձանց, որոնք 50 տարեկան կամ ավելի մեծ են: «Medi-Cal»-ի Ձեր լիարժեք ապահովագրությունը կշարունակվի մինչ այն պահը, երբ Դուք այլևս չեք բավարարի

implementation	այն ստանալու պահանջները: Դա կարող է տեղի ունենալ այն ժամանակ, երբ երկարաձգվի Ձեր ապահովագրությունը, կամ երբ Ձեր վիճակի մեջ փոփոխություն կատարվի:
(Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	«Medi-Cal»-ի լիարժեք նպաստներ ստանալու Ձեր իրավունակությունը կարող է տարածվել անցած ամիսների վրա: Եթե «Medi-Cal»-ի սահմանափակ նպաստներից օգտվելու ընթացքում Դուք վճարել եք այնպիսի բուժօգնության համար, որը շտապ բուժօգնության կամ հղիության հետ առնչություն ունեցող ծառայություն չի եղել, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք հետ ստանալ Ձեր գումարը: Փոխհատուցման վերաբերյալ Ձեր հարցերին պատասխան ստանալու համար զանգահարեք «Department of Health Care Services»-ի նպաստառուների սպասարկման բաժին 1-916-403-2007 հեռախոսահամարով: <Regulation>-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք ընդունել ենք սույն որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ այս ծանուցման վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այս ծանուցման վրա նշված ամսաթվին հաջորդող օրվանից:

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Cambodian Text MAGI Snippets
Restricted-Scope Retro Approval	អ្នកបានស្នើសុំឲ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដើម្បីបង់ថ្លៃវិក្កយបត្ររបស់អ្នកសម្រាប់ខែណាមួយនៃខែទាំងបី មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែរឬទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ នៅក្នុង <eligibility month year> ដោយសារអ្នកមានអាយុ 26 ដល់ 49ឆ្នាំ ហើយ អ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើងខ្ញុំនូវភស្តុតាងបញ្ជាក់សញ្ញាតិ U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ រ៉ាប់រងតែទៅលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះសម្រាលកូន ការសម្រាលកូន និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែងតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា សេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ សូមសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបាន ឬអាចធ្លាប់ទទួលបានរួចហើយនូវការជូនដំណឹងផ្សេងទៀតអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលដទៃផ្សេងទៀតណាមួយ។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែជាការជម្រាបជូនដល់អ្នកថា អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal សម្រាប់ <eligibility month year> តែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាតិ និងស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅបុគ្គលិកប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” បាន នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ នូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃវិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។ យើងរាប់បញ្ចូលចំនួនទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ សម្រាប់ Medi-Cal ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក គឺ <household size> ហើយប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក គឺ <modified adjusted gross income>។ កម្រិតប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់ Medi-Cal សម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក គឺ <MAGI limit>។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកស្ថិតក្រោមការកំណត់នេះ ដូចនេះអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal។ អ្នកបានទទួល Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ ដោយសារអ្នកមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាតិ U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់តាមការចង់បាន។

	<Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរំពឹងថាផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេលក្រីម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	អ្នកបានស្នើសុំឲ្យយើងពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដើម្បីបង់ថ្លៃវិក្កយបត្ររបស់អ្នកសម្រាប់ខែណាមួយក្នុងចំណោមខែទាំងបី មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែរឬទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ នៅក្នុង <month yyyy> ដោយសារអ្នកមានអាយុ 50 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើងខ្ញុំនូវភស្តុតាងបញ្ជាក់សញ្ញាភូមិភាគ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែឧសភា ឆ្នាំ 2022 ច្បាប់រដ្ឋ California គ្រប់ដណ្តប់លើ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុ 50 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ និងអ្នកដែលមិនបានផ្តល់ជូន ឬមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភូមិភាគ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ រ៉ាប់រងតែទៅលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះសម្រាលកូន ការសម្រាលកូន និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែងតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា សេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ សូមសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបាន ឬអាចធ្លាប់ទទួលបានរួចហើយនូវការជូនដំណឹងផ្សេងទៀតអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលដទៃផ្សេងទៀត។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែជម្រាបជូនដល់អ្នកថា អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់សម្រាប់ <month yyyy> តែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភូមិភាគ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Medi-Cal ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទ ដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” បាន នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងនូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃវិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។

	យើងរាប់បញ្ចូលចំនួនទំហំគ្រួសារនិងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ សម្រាប់ Medi-Cal ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក គឺ <household size> ហើយប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក គឺ <modified adjusted gross income>។ កម្រិតប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់ Medi-Cal សម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក គឺ <MAGI limit>។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកស្ថិតក្រោមការកំណត់នេះ ដូចនេះអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal។ អ្នកបានទទួល Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ ដោយសារអ្នកមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភាពអាមេរិក ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់តាមការចង់បាន។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរំពឹងផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេលត្រឹម 90ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Restricted-Scope Approval	អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានតែ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ប៉ុណ្ណោះ ដោយសារអ្នកមានអាយុ 26 ដល់ 49ឆ្នាំ ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើងខ្ញុំនូវភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភាព U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ ច្បាប់រដ្ឋ California គ្រប់ដណ្តប់លើ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 26 ឬ 50ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ និងអ្នកដែលមិនបានផ្តល់ជូន ឬមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភាព ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់។ ដោយសារអ្នកមានអាយុលើសពីកម្រិតអាយុកំណត់ចន្លោះពី 26 ដល់ 49ឆ្នាំ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានត្រឹមតែ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់តែប៉ុណ្ណោះ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ គ្រាន់តែរ៉ាប់រងលើតែសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះសម្រាលកូន ការសម្រាលកូន ការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែងតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា សេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ សូមសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

	សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបាន Medi-Cal ដែលវិសាលភាពកំណត់ ចាប់ផ្តើមនៅ <effective date - Month Day, Year>។ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នក នឹង អាចបន្តទៅបាន លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានសម្រេចថា លែងមានសិទ្ធិទទួលបានទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ ការនេះ អាចកើតឡើងទៅបាននៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភាព ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅបុគ្គលិកប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពីវិសាលភាពកំណត់ ទៅជាវិសាលភាពពេញលេញបាន នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ នូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃ វិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។ យើងរាប់បញ្ចូលចំនួនទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ សម្រាប់ Medi-Cal ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក គឺ <household size> ហើយប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នក គឺ <modified adjusted gross income>។ កម្រិតប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់ Medi-Cal សម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក គឺ <MAGI limit>។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកស្ថិតក្រោមការកំណត់នេះ ដូចនេះអ្នកមាន លក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal។ អ្នកបានទទួល Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ ដោយសារអ្នកមិនបានផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភាព ឬស្ថានភាព អន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកឲ្យបានគ្រប់គ្រាន់តាមការចង់បាន។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរៀបចំផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេល ត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Full-Scope to Restricted-Scope	ការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ ក្នុងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរទៅជា វិសាលភាពកំណត់ នៅ <month dd, yyyy>។

	Medi-Cal របស់អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពពេញលេញ” ទៅជា “វិសាលភាពកំណត់” ដោយសារអ្នកមានអាយុ 26 ដល់ 49ឆ្នាំ ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើង ខ្ញុំនូវភស្តុតាងបញ្ជាក់ថាអ្នកជាពលរដ្ឋ U.S. ឬមានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ អ្នកមិនបានទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីប្រាប់យើងឲ្យបានដឹងថា អ្នកកំពុងតែព្យាយាមផ្តល់ភស្តុតាងនោះទេ។ ច្បាប់រដ្ឋ California គ្រប់ដណ្តប់លើ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ សម្រាប់ បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 26 ឬ 50ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ និងអ្នកដែលមិនបានផ្តល់ជូន ឬមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់។ បច្ចុប្បន្ននេះ ដោយសារអ្នកមានអាយុលើសកម្រិតអាយុកំណត់ នោះ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរទៅជា “វិសាលភាពកំណត់” វិញ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ រ៉ាប់រងតែទៅលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះសម្រាលកូន ការសម្រាលកូន និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែងតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា សេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ សេវាដែល “វិសាលភាពកំណត់” សូមទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ជាតិ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅបុគ្គលិកប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” បាន នៅពេលដែលអ្នកផ្ញើមកឲ្យយើងខ្ញុំនូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃវិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងល្អគ្រប់គ្រាន់ដល់យើងនៅក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ Medi-Cal របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញបាន ដោយចាប់ផ្តើមរាប់ពីខែដែលអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានដែនកំណត់របស់អ្នក បានចាប់ផ្តើម។ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានោះដែរ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal ដែលមានដែនកំណត់របស់អ្នក នឹងអាចបន្តទៅបាន លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានសម្រេចថា លែងមានសិទ្ធិទទួលបាន ទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ ការនេះ អាចកើតឡើងទៅបាននៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។
--	--

	<Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរំពឹងថាផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេល ត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Restricted-Scope to Full-Scope Under 26	ដំណឹងល្អ! Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” នៅ <month dd, yyyy>។ Medi-Cal របស់អ្នក កំពុងផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” ដោយសារអ្នកអាចផ្តល់ភស្តុតាងពីសញ្ជាតិ U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ របស់អ្នកបានត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់ ឬដោយសារអ្នកមានអាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ។ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នក នឹងអាចបន្តទៅបាន លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានគេសម្រេចថា លែងមានសិទ្ធិទទួលបានទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ ការនេះ អាចកើតឡើងទៅបាននៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ ប្តូរ។ សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញរបស់អ្នក អាចរ៉ាប់រងដល់ខែនានាពីមុនមកដែរ។ បើអ្នកបានបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ មិនពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ និងមិនមែនជាសេវាថែទាំរយៈពេលវែង ខណៈ ដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានដែនកំណត់ នោះអ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកទទួល ជំនួយ (Beneficiary Services) នៅ Department of Health Care Services (នាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាព) សម្រាប់ចម្លើយទៅនឹងសំណួររបស់អ្នកស្តីពីការទូទាត់ សងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ តាមលេខទូរសព្ទ 1-916-403-2007។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរំពឹងថាផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេល ត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	ដំណឹងល្អ! Medi-Cal របស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” នៅ <month dd, yyyy>។ Medi-Cal របស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” ដោយសារអ្នកអាចផ្តល់ភស្តុតាងពីសញ្ជាតិអាមេរិក ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នកបានត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់ ឬដោយសារអ្នកមានអាយុ 50ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ គឺមានសម្រាប់ផ្តល់ជូនដល់បុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលមានអាយុចាប់ពី 50ឆ្នាំឡើងទៅ ចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី១ ខែឧសភា ឆ្នាំ២០២២។ ការរ៉ាប់រង Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញរបស់អ្នកនឹងបន្ត លើកលែងតែអ្នកត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានតទៅទៀត។ ការនេះអាចកើតឡើងទៅបាន នៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញរបស់អ្នក អាចរ៉ាប់រងទៅលើខែនានាពីមុនមក។ បើអ្នកបានបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ មិនពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ និងមិនមែនជាសេវាថែទាំរយៈពេលវែង ខណៈដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានដែនកំណត់ នោះអ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកទទួលបានជល នៅ Department of Health Care Services សម្រាប់ចម្លើយទៅនឹងសំណួររបស់អ្នកស្តីពីការទូទាត់សងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ តាមលេខទូរសព្ទ 1-916-403-2007។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងពឹងផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេលត្រឹម 90ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV)	អ្នកបានស្នើសុំឲ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដើម្បីបង់ថ្លៃវិក្កយបត្ររបស់អ្នកសម្រាប់ខែណាមួយនៃខែទាំងបី មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែរ ឬទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ នៅក្នុង <eligibility month year> ដោយសារអ្នកមានអាយុ 26 ដល់ 49ឆ្នាំ ហើយ អ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើងខ្ញុំនូវភស្តុតាងបញ្ជាក់សញ្ជាតិ U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ រ៉ាប់រងតែទៅលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះ សម្រាលកូន ការសម្រាលកូន និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន តែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា សេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal

(Specific to Non-MAGI Programs)	ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ សូមសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបាន ឬអាចធ្លាប់ទទួលបានរួចហើយនូវការជូនដំណឹងផ្សេងទៀតអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលដទៃផ្សេងទៀតណាមួយ។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែជាការជម្រាបជូនដល់អ្នកថា អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal សម្រាប់ <eligibility month year> តែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញា ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅបុគ្គលិកប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” បាន នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ នូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃវិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងពឹងផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេលត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Notice Type	Cambodian Text Non-MAGI Snippets
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានតែ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ប៉ុណ្ណោះ ដោយសារអ្នកមានអាយុ 26 ដល់ 49 ឆ្នាំ ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើងខ្ញុំនូវភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញា U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ ច្បាប់រដ្ឋ California គ្រប់ដណ្តប់លើ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 26 ឬ 50 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ និងអ្នកដែលមិនបានផ្តល់ជូន ឬមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញា ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់។ ដោយសារអ្នកមានអាយុលើសពីកម្រិតអាយុកំណត់ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានត្រឹមតែ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់តែប៉ុណ្ណោះ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ គ្រាន់តែរ៉ាប់រងលើតែសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជាការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះសម្រាលកូន ការសម្រាលកូន ការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូនតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា សេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ សូមសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

	សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបាន Medi-Cal ដែលវិសាលភាពកំណត់ ចាប់ផ្តើមនៅ <effective date - Month Day, Year>។ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នក នឹង អាចបន្តទៅបាន លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានសម្រេចថា លែងមានសិទ្ធិទទួលបានទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ ការនេះ អាចកើតឡើងទៅបាននៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភាព ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅបុគ្គលិកប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពីវិសាលភាពកំណត់ ទៅជាវិសាលភាពពេញលេញបាន នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំ នូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃ វិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងពឹងផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេល ត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	អ្នកបានស្នើសុំឲ្យយើងពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចទទួលបាន Medi-Cal ដើម្បីបង់ថ្លៃវិក្កយបត្ររបស់អ្នកសម្រាប់ខែណាមួយក្នុងចំណោមខែទាំងបី មុនពេលអ្នក ដាក់ពាក្យសុំដែរឬទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ នៅក្នុង <month year> ដោយសារអ្នកមានអាយុ 50ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើងខ្ញុំនូវភស្តុតាងបញ្ជាក់សញ្ញាភាពអាមេរិក ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ ចាប់ពីថ្ងៃទី1 ខែឧសភា ឆ្នាំ2022 ច្បាប់រដ្ឋ California គ្រប់ដណ្តប់លើ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុ 50ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ និងអ្នកដែលមិនបានផ្តល់ជូន ឬមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភាព ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់។ Medi-Cal ដែលមាន វិសាលភាពកំណត់ រ៉ាប់រងតែទៅលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះសម្រាលកូន ការសម្រាល កូន និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាសេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ សូមសាក សួរអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបាន ឬអាចធ្លាប់ទទួលបានរួចហើយនូវការជូនដំណឹងផ្សេងទៀតអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល ដទៃផ្សេងទៀត។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែជាការជម្រាបជូនដល់អ្នកថា អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal សម្រាប់ <month year> តែប៉ុណ្ណោះ។

	ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភូមិ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Medi-Cal ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទ ដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” បាន នៅពេលដែលអ្នក ផ្តល់ឲ្យយើងនូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃវិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់ អ្នក។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរៀបចំផ្នែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេល ត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	ការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ ក្នុងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរទៅជា វិសាលភាពកំណត់ នៅ <month dd, yyyy>។ Medi-Cal របស់អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពពេញលេញ” ទៅជា “វិសាលភាពកំណត់” ដោយសារអ្នកមានអាយុ 26 ដល់ 49 ឆ្នាំ ហើយអ្នកមិនបានផ្តល់ជូនមកយើងខ្ញុំ នូវភស្តុតាងបញ្ជាក់ថាអ្នកជាពលរដ្ឋ U.S. ឬមានស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គោលបំណង Medi-Cal នោះទេ។ អ្នកមិនបានទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីប្រាប់យើងឲ្យបានដឹងថា អ្នកកំពុងតែព្យាយាមផ្តល់ភស្តុតាងនោះទេ។ ច្បាប់រដ្ឋ California គ្រប់ដណ្តប់លើ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ សម្រាប់ បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 26 ឬ 50 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ និងអ្នកដែលមិនមាន ឬមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភូមិ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់។ បច្ចុប្បន្ននេះ ដោយសារអ្នកមានអាយុលើសកម្រិតអាយុកំណត់ចន្លោះពី 26 ដល់ 49 ឆ្នាំ នោះ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរទៅជា “វិសាលភាពកំណត់” វិញ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ រ៉ាប់រងតែទៅលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ដូចជា ការថែទាំមុនសម្រាលកូន ការឈឺពោះសម្រាលកូន ការសម្រាលកូន និងការថែទាំក្រោយពេលសម្រាលកូន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា សេវាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយសេវាដែល “វិសាលភាពកំណត់” សូមទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

	ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីសញ្ញាភូមិ ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់អ្នក ដែលអ្នកអាចផ្តល់ឲ្យយើងខ្ញុំបានក្នុងពេលឥឡូវនេះ ឬបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងឲ្យដឹងថា អ្នកកំពុងមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានឯកសាររបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅបុគ្គលិកប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” បាន នៅពេលដែលអ្នកផ្ញើមកឲ្យយើងខ្ញុំនូវឯកសាររបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នៃវិសាលភាពពេញលេញ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជួបគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ទៅតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ភស្តុតាងល្អគ្រប់គ្រាន់ដល់យើងនៅក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ Medi-Cal របស់អ្នក អាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញបាន ដោយចាប់ផ្តើមរាប់ពីខែដែលអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានដែនកំណត់របស់អ្នក បានចាប់ផ្តើម។ ក្នុងពេលជាមួយគ្នានោះដែរ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal ដែលមានដែនកំណត់របស់អ្នក នឹងអាចបន្តទៅបាន លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានសម្រេចថា លែងមានសិទ្ធិទទួលបាន ទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ ការនេះ អាចកើតឡើងទៅបាននៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងពឹងផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តិកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេល ត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	ដំណឹងល្អ! Medi-Cal របស់អ្នក បានផ្លាស់ប្តូរទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” នៅ <month dd, yyyy>។ Medi-Cal របស់អ្នក កំពុងផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” ដោយសារអ្នកអាចផ្តល់ភស្តុតាងពីសញ្ញាភូមិ U.S. ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ របស់អ្នកបានត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់ ឬដោយសារអ្នកមានអាយុក្រោម 26 ឆ្នាំ។ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នក នឹងអាចបន្តទៅបាន លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានគេសម្រេចថា លែងមានសិទ្ធិទទួលបានទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ ការនេះ អាចកើតឡើងទៅបាននៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញរបស់អ្នក អាចរ៉ាប់រងដល់ខែនានាពីមុនមកដែរ។ បើអ្នកបានបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាការសង់គ្រោះបន្ទាន់ ឬមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ ខណៈដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal

	ដែលមានដែនកំណត់ នោះអ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកទទួលបាន (Beneficiary Services) នៅ Department of Health Care Services (នាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាព) សម្រាប់ចម្លើយទៅនឹងសំណួររបស់អ្នកស្តីពីការទូទាត់សងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ តាមលេខទូរសព្ទ 1-916-403-2007។ <Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរៀបចំឡើងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេល ត្រឹម 90 ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
Restricted Scope to Full Scope 50 and older NEW for implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	ដំណឹងល្អ! Medi-Cal របស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” នៅ <month dd, yyyy>។ Medi-Cal របស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរពី “វិសាលភាពកំណត់” ទៅជា “វិសាលភាពពេញលេញ” ដោយសារអ្នកអាចផ្តល់ភស្តុតាងពីសញ្ញាគិអាមេរិក ឬស្ថានភាពអន្តរប្រវេសន៍របស់អ្នកបានត្រឹមត្រូវគ្រប់គ្រាន់ ឬដោយសារអ្នកមានអាយុ 50ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ។ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញ គឺមានសម្រាប់ផ្តល់ជូនដល់បុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលមានអាយុចាប់ពី 50ឆ្នាំឡើងទៅ ចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី1 ខែឧសភា ឆ្នាំ2022។ ការរ៉ាប់រង Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញរបស់អ្នកនឹងបន្ត លើកលែងតែអ្នកត្រូវបានរកឃើញថាមានសិទ្ធិទទួលបានតទៅទៀត។ ការនេះអាចកើតឡើងទៅបាន នៅពេលដែលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកត្រូវបន្តជាថ្មី ឬនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពពេញលេញរបស់អ្នក អាចរ៉ាប់រងទៅលើខែនានាពីមុនមក។ បើអ្នកបានបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនមែនជាសេវាពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការមានផ្ទៃពោះ ខណៈដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានវិសាលភាពកំណត់ នោះអ្នកប្រហែលជា អាចទទួលបានការសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកទទួលបាន នៅ Department of Health Care Services សម្រាប់ចម្លើយទៅនឹងសំណួរ របស់អ្នកស្តីពីការទូទាត់សងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ តាមលេខទូរសព្ទ 1-916-403-2007។

	<Regulation> គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងរំពឹងថាផ្អែកលើ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តកំហុសណាមួយ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល "សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក" នៅទំព័រចុងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អ្នកមានពេលក្រឹម 90ថ្ងៃតែប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90ថ្ងៃ ចាប់ផ្តើមរាប់មួយថ្ងៃក្រោយពីកាលបរិច្ឆេទដែលមាននៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
--	--

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Chinese Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	您請求我們檢查看您是否可以讓 Medi-Cal 替您支付您在申請前任何三個月的賬單。您有資格在<eligibility month year>獲得範圍有限的 Medi-Cal 是因為您的年齡在 26 歲至 49 歲之間且尚未向我們寄送出於 Medi-Cal 目的您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份證明。範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、妊娠相關的服務，像產前護理、陣痛、生產、產後護理以及長期照護服務。如果您不確定某項服務是否在有限的 Medi-Cal 承保範圍內，請詢問您的醫療提供者。您可能會收到或已經收到其他有關您在其他時段的合格性的通知。本通知只是告訴您在<eligibility month year>您可享受 Medi-Cal 的承保福利。 如果您現在可以提供給我們您的公民以及移民身份文件，或想告訴我們您在得到這些證明方面有困難，請撥打本通知上列出的您縣工作人員的電話號碼。在您提供給我們這些文件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以出於所有醫療需要去看醫生。 我們是依據您的家庭人口和收入做出的決定。 對 Medi-Cal，您的家庭人口是<household size>，並且您家庭月收入是<modified adjusted gross income>。Medi-Cal 對您的家庭人口的月收入限是<MAGI limit>。您的收入低於該上限，所以您有資格獲得 Medi-Cal。您收到範圍有限的 Medi-Cal 是因為您尚未提供您的 U.S. 公民身份或令人滿意的移民身份的證明。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	您要求我們檢查您是否可以獲得 Medi-Cal 來支付在申請前任何三個月的賬單。您有資格在 <month yyyy> 獲得範圍有限的 Medi-Cal 是因為您年滿 50 歲或以上但沒有向我們寄送出用於 Medi-Cal 目的您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份證明。自 2022 年 5 月 1 日起，加州法律規定全面 Medi-Cal 適用年滿 50 歲且沒有或無法提供公民身份或令人滿意的移民身份證明的人士。範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、與懷孕相關的服務，例如產前護理、分娩、生產、產後護理以及長期照護服務等。如果您不確定某項服務是否在有限的 Medi-Cal 承保範圍內，請詢問您的醫療服務提供者。您可能會收到或已經收到其他有關您在其他時段的資格的通知。本通知僅告知您在 <month yyyy> 可獲得範圍有限的 Medi-Cal 承保利。

	如果您現在可以提供給我們您的公民身份或移民身份證明，或想告訴我們您在取得這些證件方面有困難，請撥打本通知上所列的您所在郡 Medi-Cal 辦事處的電話號碼。在您提供給我們這些證件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以根據所有醫療需要去看醫生。 我們是依據您的家庭人口和收入做出的決定。 就 Medi-Cal 而言，您的家庭人口是 <household size>，您的家庭月收入是 <modified adjusted gross income>。對於您的家庭人口來說，Medi-Cal 規定的月收入限制是 <MAGI limit>。您的收入低於該限制，所以您有資格加入 Medi-Cal。您收到範圍有限的 Medi-Cal 是因為您尚未提供您的 U.S. 公民身份或令人滿意的移民身份證明。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們有誤，您可以上訴。請參閱最後一頁的「您的聽證權利」，了解如何上訴。您只有 90 天的期限申請聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted Scope Approval	您被批准只可獲得範圍有限的 Medi-Cal 是因為您的年齡在 26 歲至 49 歲之間且尚未向我們寄送出於 Medi-Cal 目的而須提供的您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份的書面證明。加州法律適用的全面 Medi-Cal 僅針對未滿 26 歲或年滿 50 歲或以上且沒有或無法提供公民身份或令人滿意的移民身份的人士。由於您在 26 歲至 49 歲年齡限制範圍內，因此只有資格獲得範圍有限的 Medi-Cal。範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、與妊娠相關的服務，像產前護理、陣痛、生產、產後護理以及長期照護服務等。如果您不確定某項服務是否在有限的 Medi-Cal 承保範圍內，請詢問您的醫療提供者。 您合格範圍有限的 Medi-Cal 福利日期從<effective date - Month Day, Year>開始。除非您被發現不再有資格，否則您的 Medi-Cal 的承保福利將繼續。這樣的情況可能會發生在您重續您的合格性或你的情況有變時。 如果您現在可以提供給我們您的公民或移民身份證明，或想告訴我們您在得到這些證明方面有困難，請撥打本通知上列出的您縣工作人員的電話號

	碼。在您提供給我們這些文件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以出於所有醫療需要去看醫生。 我們是依據您的家庭人口和收入做出的決定。 對 Medi-Cal，您的家庭人口是<household size>，並且您家庭月收入是<modified adjusted gross income>。Medi-Cal 對您的家庭人口的月收入限是<MAGI limit>。您的收入低於該上限，所以您有資格獲得 Medi-Cal。您收到範圍有限的 Medi-Cal 是因為您未提供您的公民身份或令人滿意的移民身份的證明。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定 或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Full Scope to Restricted Scope	您福利的重要變化。您的 Medi-Cal 在<month dd, yyyy>將換到範圍有限福利。 您的 Medi-Cal 從全面福利換到有限福利是因為您的年齡在 26 歲至 49 歲之間且未向我們寄送出於 Medi-Cal 目的而須提供的您是 U.S.公民或有令人滿意的移民身份的證明。您並沒有跟我們聯繫告訴我們您正在想辦法提供有關證明。加州法律適用的全面 Medi-Cal 僅針對未滿 26 歲或年滿 50 歲且沒有或無法提供公民身份或令人滿意的移民身份的人士。由於您已超過年齡限制，因此您的 Medi-Cal 將轉換為有限範圍。 範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、與妊娠相關的服務，像產前護理、陣痛、生產、產後護理以及長期照護服務等。如果您不確定某項服務是否在承保範圍內，請致電聯絡您的醫療提供者。 如果您現在可以提供給我們證明您的公民或移民身份證明，或想告訴我們您在得到這些證明方面有困難，請撥打本通知上列出的您縣工作人員的電話號碼。在您提供給我們這些文件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以出於所有醫療需要去看醫生。 如果您在一年之內給我們認可的證明，您的 Medi-Cal 將從您的有限福利開始的那個月換回到全面福利的 Medi-Cal 。 同時，除非您被發現不再有資格，否則您範圍有限的 Medi-Cal 的承保福利將繼續。這樣的情況可能會發生在您重續您的合格性或你的情況有變時。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上

	訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted-Scope to Full-Scope Under 26	好消息！您的 Medi-Cal 在<month dd, yyyy>將換成全面福利計畫。 您的 Medi-Cal 從有限福利換到全面福利是因為您能夠證明您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份或年滿 26 歲。除非您被發現不再有資格，否則您的 Medi-Cal 的承保福利將繼續。這樣的情況可能會發生在您重續您的合格性或你的情況有變時。 您合格全面 Medi-Cal 福利的資格性可以承保上個月。如果您在享受範圍有限 Medi-Cal 福利期間支付了除急診、與妊娠相關的或長期照護服務以外的醫療護理服務，您可能可以得到還款。撥打 1-916-403-2007，與 Department of Health Care Services 的「受益人服務」(Beneficiary Services) 聯繫，詢問有關還款的問題。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	好消息！您的 Medi-Cal 在 <month dd, yyyy> 將換成全面福利計劃。 您的 Medi-Cal 從有限福利換到全面福利是因為您能夠證明您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份或年滿 50 歲。自 2022 年 5 月 1 日起，所有符合條件的 50 歲及以上人士均可使用全面的 Medi-Cal。除非您被認為不再合資格，否則您的全面 Medi-Cal 承保福利將繼續。這可能會發生在您重續您的資格或您的狀況有變時。 您的全面 Medi-Cal 福利資格可承保以往月份的費用。如果您在享受範圍有限 Medi-Cal 福利期間支付除急診、與懷孕相關的或長期照護服務以外的醫療費用，您或可得到退款。請撥打 1-916-403-2007，與 Department of Health Care Services 的「受益人服務」聯繫，詢問有關退款的問題。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們有誤，您可以上訴。請參閱最後一頁的「您的聽證權利」，了解如何上訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。

Notice Type	Chinese Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	您請求我們檢查看您是否可以讓 Medi-Cal 替您支付您在申請前任何三個月的賬單。您有資格在<eligibility month year>獲得範圍有限的 Medi-Cal 是因為您的年齡在 26 歲至 49 歲之間且尚未向我們寄送出於 Medi-Cal 目的您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份證明。範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、妊娠相關的服務，像產前護理、陣痛、生產、產後護理。如果您不確定某項服務是否在有限的 Medi-Cal 承保範圍內，請詢問您的醫療提供者。您可能會收到或已經收到其他有關您在其他時段的合格性的通知。本通知只是告訴您在<eligibility month year>您可享受 Medi-Cal 的承保福利。 如果您現在可以提供給我們您的公民以及移民身份文件，或想告訴我們您在得到這些證明方面有困難，請撥打本通知上列出的您縣工作人員的電話號碼。在您提供給我們這些文件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以出於所有醫療需要去看醫生。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上訴。您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	您請求我們確認您是否可以讓 Medi-Cal 替您支付您在申請前任何三個月的賬單。您有資格在 <month year> 獲得範圍有限的 Medi-Cal 是因為您年滿 50 歲且尚未向我們寄送出於 Medi-Cal 目的您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份證明。自 2022 年 5 月 1 日起，加州法律適用的全面 Medi-Cal 僅針對年滿 50 歲且沒有或無法提供公民身份或令人滿意的移民身份證明的人士。範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、與妊娠相關的服務，像產前護理、分娩、生產、產後護理以及長期照護服務等。如果您不確定某項服務是否在有限的 Medi-Cal 承保範圍內，請詢問您的醫療服務提供者。您可能會收到或已經收到其他有關您在其他時段的資格的通知。本通知僅告知您在 <month year> 您可獲得 Medi-Cal 承保福利。 如果您現在可以提供給我們您的公民身份或移民身份證明，或想告訴我們您在取得這些證件方面有困難，請撥打本通知上所列的您所在郡 Medi-Cal 辦事處的電話號碼。在您提供給我們這些證件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以出於所有醫療需要去看醫生。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們有誤，您可以上訴。請參閱最後一頁的「您的聽證權利」，了解如何上訴。您

	只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	您被批准只可獲得範圍有限的 Medi-Cal 是因為您的年齡在 26 歲至 49 歲之間且尚未向我們寄送出於 Medi-Cal 目的而須提供的您是 U.S.公民或有令人滿意的移民身份的書面證明。加州法律適用的全面 Medi-Cal 僅針對未滿 26 歲或年滿 50 歲或以上且沒有或無法提供公民身份或令人滿意的移民身份的人士。由於您已超過年齡限制，因此只有資格獲得範圍有限的 Medi-Cal。範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、與妊娠相關的服務，像產前護理、陣痛、生產、產後護理。如果您不確定某項服務是否在有限的 Medi-Cal 承保範圍內，請詢問您的醫療提供者。 您合格範圍有限的 Medi-Cal 福利日期從<effective date - Month Day, Year>開始。除非您被發現不再有資格，否則您的 Medi-Cal 的承保福利將繼續。這樣的情況可能會發生在您重續您的合格性或你的情況有變時。 如果您現在可以提供給我們您的公民或移民身份證明，或想告訴我們您在得到這些證明方面有困難，請撥打本通知上列出的您縣工作人員的電話號碼。在您提供給我們這些文件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以出於所有醫療需要去看醫生。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定 或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	您福利的重要變化。您的 Medi-Cal 在<month dd, yyyy>將換到範圍有限福利。 您的 Medi-Cal 從全面福利換到有限福利是因為您年齡在 26 歲至 49 歲之間且未向我們寄送出於 Medi-Cal 目的而須提供的您是 U.S.公民或有令人滿意的移民身份的證明。您並沒有跟我們聯繫告訴我們您正在想辦法提供有關證明。加州法律適用的全面 Medi-Cal 僅針對未滿 26 歲或年滿 50 歲且沒有或無法提供公民身份或令人滿意的移民身份的人士。由於您在 26 歲至 49 歲年齡限制範圍內，因此您的 Medi-Cal 將轉換為有限範圍。 範圍有限的 Medi-Cal 只承保急診服務、與妊娠相關的服務，像產前護理、陣痛、生產、產後護理。如果您不確定某項服務是否在承保範圍內，請致電聯絡您的醫療提供者。 如果您現在可以提供給我們證明您的公民或移民身份證明，或想告訴我們您在得到這些證明方面有困難，請撥打本通知上列出的您縣工作人員的電話

	號碼。在您提供給我們這些文件後，您的福利可能從有限的福利變成全面的福利。全面的福利讓您可以出於所有醫療需要去看醫生。 如果您在一年之內給我們認可的證明，您的 Medi-Cal 將從您的有限福利開始的那個月換回到全面福利的 Medi-Cal 。 同時，除非您被發現不再有資格，否則您範圍有限的 Medi-Cal 的承保福利將繼續。這樣的情況可能會發生在您重續您的合格性或你的情況有變時。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	好消息！您的 Medi-Cal 在<month dd, yyyy>將換成全面福利計畫。 您的 Medi-Cal 從有限福利換到全面福利是因為您能夠證明您是 U.S.公民或有令人滿意的移民身份或年滿 26 歲。除非您被發現不再有資格，否則您的 Medi-Cal 的承保福利將繼續。這樣的情況可能會發生在您重續您的合格性或你的情況有變時。 您合格全面 Medi-Cal 福利的資格性可以承保上個月。如果您在享受範圍有限 Medi-Cal 福利期間支付了除急診或與妊娠相關的或長期照護服務以外的醫療護理服務，您可能可以得到還款。撥打 1-916-403-2007，與 Department of Health Care Services 的「受益人服務」(Beneficiary Services) 聯繫，詢問有關還款的問題。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們弄錯了，您可以上訴。參閱最後一頁的「您的聽證權利」內容，瞭解如何上訴。 您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for	好消息！您的 Medi-Cal 在 <month dd, yyyy> 將換成全面福利計劃。 您的 Medi-Cal 從有限福利換到全面福利是因為您能夠證明您是 U.S. 公民或有令人滿意的移民身份或年滿 50 歲或以上。自 2022 年 5 月 1 日起，所有全面 Medi-Cal 可向所有年滿 50 歲的合資格人士提供。除非您被認為不再合資格，否則您的全面 Medi-Cal 承保福利將繼續。這可能會發生在您重續您的資格或您的狀況有變時。

implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	您的全面 Medi-Cal 福利資格可承保以往月份的費用。如果您在享受範圍有限 Medi-Cal 福利期間為除急診、與懷孕相關服務以外的醫療護理服務付費，您或可得到退款。請撥打 1-916-403-2007，與 Department of Health Care Services 的「受益人服務」聯繫，詢問有關退款的問題。 <Regulation> 是我們據以做出該決定的規定或法律。如果您認為我們有誤，您可以上訴。請參閱最後一頁的「您的聽證權利」，了解如何上訴。您只有 90 天的期限請求聽證。90 天的期限以本通知上日期的第二天算起。
---	--

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	English Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	You asked us to check if you could get Medi-Cal to cover your bills for any of the three months before you applied. You qualified for restricted scope Medi-Cal in <month yyyy> because you are 26 through 49 years of age and you did not send us proof of U.S. citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services, pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery, and postpartum care, and long-term care services. If you are not sure if a service is covered by restricted scope Medi-Cal, ask your medical provider. You may get, or may have already received, other notices about your eligibility for other time periods. This notice is only telling you that you got restricted scope Medi-Cal coverage for <month yyyy>. If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you provide us with your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. We counted your household size and income to make our decision. For Medi-Cal, your household size is <household size> and your monthly household income is <modified adjusted gross income>. The monthly Medi-Cal income limit for your household size is <MAGI limit>. Your income is below this limit, so you qualify for Medi-Cal. You received restricted scope Medi-Cal because you did not provide proof of your U.S. citizenship or satisfactory immigration status. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.

Restricted Scope Retro Approval *New for implementation	You asked us to check if you could get Medi-Cal to cover your bills for any of the three months before you applied. You qualified for restricted scope Medi-Cal in <month yyyy> because you are 50 years of age or older and you did not send us proof of U.S. citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. Starting on May 1, 2022, California law covers full scope Medi-Cal for individuals who are 50 years of age or older and who do not have or cannot provide proof of citizenship or satisfactory immigration status. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services, pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery, and postpartum care, and long-term care services. If you are not sure if a service is covered by restricted scope Medi-Cal, ask your medical provider. You may get, or may have already received, other notices about your eligibility for other time periods. This notice is only telling you that you got restricted scope Medi-Cal coverage for <month yyyy>. If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you provide us with your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. We counted your household size and income to make our decision. For Medi-Cal, your household size is <household size> and your monthly household income is <modified adjusted gross income>. The monthly Medi-Cal income limit for your household size is <MAGI limit>. Your income is below this limit, so you qualify for Medi-Cal. You received restricted scope Medi-Cal because you did not provide proof of your U.S. citizenship or satisfactory immigration status. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Restricted Scope Approval	You have been approved for only restricted scope Medi-Cal because you are 26 through 49 years of age and you did not send us proof of U.S. citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. California law covers full scope Medi-Cal only for individuals who are under the age of 26 or 50 years of age or older and who do not have or cannot provide proof of citizenship or satisfactory immigration status. Because you are within the age limit of 26 through 49 years of age, you only qualify for restricted scope Medi-Cal. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services, pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery, and postpartum care, and long-term care services. If you are not sure if a service is covered by restricted scope Medi-Cal, ask your medical provider. Your eligibility for restricted scope Medi-Cal begins <month dd, yyyy>. Your restricted scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes.

	If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you provide us with your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. We counted your household size and income to make our decision. For Medi-Cal, your household size is <household size> and your monthly household income is <modified adjusted gross income>. The monthly Medi-Cal income limit for your household size is <MAGI limit>. Your income is below this limit, so you qualify for Medi-Cal. You received restricted scope Medi-Cal because you did not provide proof of your citizenship or satisfactory immigration status. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Full Scope to Restricted Scope	Important change to your benefits. Your Medi-Cal is changing to restricted scope on <month dd, yyyy>. Your Medi-Cal is changing from full scope to restricted scope because you are 26 through 49 years of age and you did not send us proof that you are a U.S. citizen or have satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. You have not contacted us to let us know that you are trying to provide this proof. California law covers full scope Medi-Cal only for individuals who are under the age of 26 or 50 years of age or older and who do not have or cannot provide proof of citizenship or satisfactory immigration status. Now that you are within this age limit, your Medi-Cal is changing to restricted scope. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services, pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery, and postpartum care, and long-term care services. If you are not sure if a service is covered by restricted scope, call your medical provider. If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you send us your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. If you give us acceptable proof within one year, your Medi-Cal may change back to full scope Medi-Cal starting the month your restricted benefits began. In the meantime, your restricted scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes.

	<Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	Good news! Your Medi-Cal changed to full scope on <month dd, yyyy>. Your Medi-Cal changed from restricted scope to full scope because you were able to prove your U.S. citizenship or satisfactory immigration status or you are under 26 years old. Your full scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found to be no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes. Your eligibility for full scope Medi-Cal benefits may cover past months. If you paid for medical care that was not an emergency, pregnancy related, or long-term care service while you had restricted Medi-Cal benefits, you may be able to get your money back. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions at 1-916-403-2007. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older *NEW	Good news! Your Medi-Cal changed to full scope on <month dd, yyyy>. Your Medi-Cal changed from restricted scope to full scope because you were able to prove your U.S. citizenship or satisfactory immigration status or you are 50 years of age or older. Full scope Medi-Cal is available to all eligible people age 50 and older starting May 1, 2022. Your full scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found to be no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes. Your eligibility for full scope Medi-Cal benefits may cover past months. If you paid for medical care that was not an emergency, pregnancy related, or long-term care service while you had restricted Medi-Cal benefits, you may be able to get your money back. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions at 1-916-403-2007. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.

Notice Type	English Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	You asked us to check if you could get Medi-Cal to cover your bills for any of the three months before you applied. You qualified for restricted scope Medi-Cal in <month year> because you are 26 through 49 years of age and you did not send us proof of your U.S. citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services and pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery, and postpartum care. If you are not sure if a service is covered by restricted scope Medi-Cal, ask your medical provider. You may get, or may have already received, other notices about your eligibility for other time periods. This notice is only telling you that you got Medi-Cal coverage for <month year>. If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you provide us with your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Restricted Retro Approval *New for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	You asked us to check if you could get Medi-Cal to cover your bills for any of the three months before you applied. You qualified for restricted scope Medi-Cal in <month year> because you are 50 years of age or older and you did not send us proof of your U.S. citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. Starting on May 1, 2022, California law covers full scope Medi-Cal only for individuals who are 50 years of age or older and who do not have or cannot provide proof of citizenship or satisfactory immigration status. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services and pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery, and postpartum care. If you are not sure if a service is covered by restricted scope Medi-Cal, ask your medical provider. You may get, or may have already received, other notices about your eligibility for other time periods. This notice is only telling you that you got Medi-Cal coverage for <month year>. If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you provide us with your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to	You have been approved for only restricted scope Medi-Cal because you are 26 through 49 years of age and you did not send us proof of your U.S. citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. California law covers full scope Medi-Cal only for individuals who are under the age of 26 or 50 years of age or older and who do not have or cannot provide proof of citizenship or satisfactory immigration status. Because you are within this age limit, you only qualify for restricted scope Medi-Cal. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services and pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery and postpartum care. If you are not sure if a service is covered by restricted scope Medi-Cal, ask your medical provider.

Non-MAGI Programs)	Your eligibility for restricted scope Medi-Cal begins <month dd, yyyy>. Your restricted scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes. If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you provide us with your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Important change to your benefits. Your Medi-Cal is changing to restricted scope on <month dd, yyyy>. Your Medi-Cal is changing from full scope to restricted scope because you are 26 through 49 years of age and you did not send us proof that you are a U.S citizen or have satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. You have not contacted us to let us know that you are trying to provide proof. California law covers full scope Medi-Cal only for individuals who are under the age of 26 or 50 years of age or older and who do not have or cannot provide proof of citizenship or satisfactory immigration status. Now that you are within the age limit of 26 through 49 years of age, your Medi-Cal is changing to restricted scope. Restricted scope Medi-Cal only covers emergency services, pregnancy related services such as prenatal care, labor, delivery, and postpartum care services. If you are not sure if a service is covered by restricted scope, call your medical provider. If you have proof of your citizenship or immigration status that you can give us now, or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county Medi-Cal office at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted scope to full scope when you send us your documents. Full scope benefits allow you to see a doctor for all of your medical needs. If you give us acceptable proof within one year, your Medi-Cal may change back to full scope Medi-Cal starting the month your restricted benefits began. In the meantime, your restricted scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on

	the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	Good news! Your Medi-Cal changed to full scope on <month dd, yyyy>. Your Medi-Cal changed from restricted scope to full scope because you were able to prove your U.S. citizenship or satisfactory immigration status or you are under 26 years old. Your full scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found to be no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes. Your eligibility for full scope Medi-Cal benefits may cover past months. If you paid for medical care that was not an emergency or pregnancy related service while you had restricted Medi-Cal benefits, you may be able to get your money back. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions at 1-916-403-2007. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older *NEW (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	Good news! Your Medi-Cal changed to full scope on <month dd, yyyy>. Your Medi-Cal changed from restricted scope to full scope because you were able to prove your U.S. citizenship or satisfactory immigration status or you are 50 years of age or older. Full scope Medi-Cal is available to all eligible people age 50 and older starting May 1, 2022. Your full scope Medi-Cal coverage will continue unless you are found to be no longer eligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes. Your eligibility for full scope Medi-Cal benefits may cover past months. If you paid for medical care that was not an emergency or pregnancy related service while you had restricted Medi-Cal benefits, you may be able to get your money back. Call Beneficiary Services at the Department of Health Care Services for answers to your reimbursement questions at 1-916-403-2007. <Regulation> is the Regulation or law we relied on for this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page of this notice to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the date on this notice.

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Farsi Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	شما از ما سؤال کرده بودید که آیا می توانید برای پوشش صورتحساب های خود برای هر یک از سه ماه قبل از ارسال تقاضا، از Medi-Cal برخوردار شوید. شما در <eligibility month year> برای Medi-Cal با پوشش محدود واجد شرایط شناخته شدید زیرا شما 26 تا 49 ساله هستید و مدارک اثبات کننده تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت برای Medi-Cal را ارسال نکرده بودید. Medi-Cal با پوشش محدود، فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، وضع حمل، زایمان، و مراقبت بعد از زایمان، و خدمات مراقبت دراز مدت را تحت پوشش قرار می دهد. اگر مطمئن نیستید که خدمات مورد نظر شما تحت Medi-Cal با پوشش محدود است، از تأمین کننده پزشکی تان سؤال کنید. ممکن است در ارتباط با صلاحیت برای سایر دوره های زمانی، اعلامیه های دیگری را دریافت کرده باشید، یا بعداً دریافت نمایید. این اعلامیه صرفاً به شما اطلاع می دهد که برای <eligibility month year> Medi-Cal برخوردار هستید. اگر مدارک اثبات کننده ای در خصوص تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که می توانید آنرا ارائه کنید، یا می خواهید به ما اطلاع دهید که برای دسترسی به این مدارک دچار مشکل هستید، لطفاً با مددکار کانتی به شماره ای که در این اعلامیه درج شده است تماس بگیرید. با ارائه مدارک مورد نظر، ممکن است مزایای شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده شود. مزایای پوشش کامل به شما امکان مراجعه به پزشک برای تمامی نیازهای پزشکی تان را ارائه خواهد داد. برای تصمیم گیری در این مورد، اندازه خانواده ودرآمد شما در نظر گرفته شده بود. برای Medi-Cal، اندازه خانواده شما <household size> است، و درآمد ماهانه خانواده شما <modified adjusted gross income> است. محدوده تعیین شده Medi-Cal برای درآمد ماهانه اندازه خانواده شما <MAGI limit> است شما Medi-Cal با پوشش محدود دریافت کردید زیرا مدارک اثبات کننده تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت خود را ارائه ندادید. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به " حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	شما از ما خواسته بودید که چک کنیم آیا Medi-Cal می تواند صورتحساب های شما را برای هر یک از سه ماه قبل از ارسال تقاضای تان پوشش دهد. شما در <month yyyy> برای Medi-Cal با دامنه محدود واجد شرایط بودید، زیرا شما 50 ساله یا بیشتر هستید و مدرک اثبات کننده ای برای تابعیت U.S. یا وضعیت مهاجرت رضایت بخشی برای اهداف Medi-Cal برای ما ارسال نکردید. از 1 مه 2022، قانون کالیفرنیا Medi-Cal با دامنه کامل را برای افرادی که 50 سال یا بیشتر دارند و فاقد مدارک تابعیت هستند یا قادر نیستند مدارک رضایت بخش وضعیت مهاجرت ارائه دهند پوشش می دهد. Medi-Cal با دامنه محدود فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری مانند مراقبت های دوران بارداری، دوره درد زایمان، زایمان و مراقبت های پس از زایمان و خدمات مراقبت طولانی مدت را شامل می شود. اگر مطمئن نیستید که سرویسی تحت پوشش Medi-Cal با دامنه محدود است، از ارائه دهنده پزشکی خود در باره آن سؤال کنید. ممکن است اطلاعیه های دیگری درباره واجد شرایط بودن خود برای دوره های زمانی دیگر دریافت کنید، یا قبلاً آنها را دریافت کرده باشید. این اطلاعیه فقط به شما می گوید که پوشش Medi-Cal با دامنه محدود را برای <month yyyy> دارید. اگر مدرک اثبات کننده برای تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که اکنون می توانید به ما بدهید، یا می خواهید به ما بگویید که در گرفتن سند خود با مشکل روبرو هستید، لطفاً با دفتر Medi-Cal شهرستان خود با شماره مندرج در این اطلاعیه تماس بگیرید. هنگامی که اسناد خود را در اختیار ما قرار می دهید، مزایای شما ممکن است از دامنه محدود به دامنه کامل تغییر داده شود. مزایای کامل این امکان را برای شما فراهم می کند که برای تمام نیازهای پزشکی خود به پزشک مراجعه کنید.

	ما برای این تصمیم گیری اندازه و درآمد خانوار شما را در نظر گرفتیم. برای Medi-Cal، اندازه خانوار شما <household size> است و درآمد ماهانه خانوار شما <modified adjusted gross income> است. محدودیت درآمد ماهانه Medi-Cal برای خانوار شما <MAGI limit> است. درآمد شما زیر این حد است، بنابراین واجد شرایط Medi-Cal می شوید. شما Medi-Cal با دامنه محدود دریافت کردید زیرا مدرکی برای اثبات تابعیت آمریکایی تان یا وضعیت مهاجرت رضایت بخش خود ارائه ندادید. <Regulation>، مقررات یا قانونی است که ما برای اتخاذ این تصمیم به آن اتکا کردیم. اگر فکر می کنید ما دچار اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، به "حقوق استماع خود" در صفحه آخر این اطلاعیه مراجعه کنید. شما فقط 90 روز فرصت دارید که درخواست استماع کنید. این 90 روز، از روز بعد از تاریخ مندرج در این اطلاعیه آغاز می شود.
Restricted Scope Approval	شما فقط برای برخورداری از Medi-Cal با پوشش محدود به تأیید رسیدید زیرا 26 تا 49 ساله هستید و مدارک اثبات کننده تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت برای Medi-Cal را ارسال نکرده بودید. قانون کالیفرنیا، Medi-Cal با پوشش کامل را فقط برای افرادی که زیر 26، یا 50 ساله یا بیشتر هستند و تابعیت ندارند یا نمی توانند مدارک اثبات کننده تابعیت، یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت را ارائه دهند در نظر گرفته است. از آنجا که سن شما در حد تعیین شده 26 تا 49 ساله است، فقط برای Medi-Cal با پوشش محدود واجد شرایط شناخته شدید. Medi-Cal با پوشش محدود، فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، وضع حمل، زایمان، مراقبت بعد از زایمان، و خدمات مراقبت دراز مدت را تحت پوشش قرار می دهد. اگر مطمئن نیستید که خدمات مورد نظر شما تحت پوشش Medi-Cal با پوشش محدود است، از تأمین کننده پزشکی تان سؤال کنید. صلاحیت برخورداری شما از Medi-Cal با پوشش محدود از <effective date- Month Day, Year> شروع می شود. پوشش شما برای Medi-Cal ادامه خواهد داشت، مگر اینکه دیگر صلاحیت برخورداری از آنرا نداشته باشید. این امر ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا در صورت بروز تغییرات در شرایط شما بوقوع بپیوندد. اگر مدارک اثبات کننده ای در خصوص تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که می توانید آنرا ارائه کنید، یا می خواهید به ما اطلاع دهید که برای دسترسی به این مدارک دچار مشکل هستید، لطفاً با مددکار کانتی به شماره ای که در این اعلامیه درج شده است تماس بگیرید. با ارائه مدارک مورد نظر، ممکن است مزایای شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده شود. مزایای پوشش کامل به شما امکان مراجعه به پزشک برای تمامی نیازهای پزشکی تان را فراهم خواهد کرد. برای تصمیم گیری در این مورد، اندازه خانواده ودرآمد شما در نظر گرفته شده بود. برای Medi-Cal، اندازه خانواده شما <household size> است، و درآمد ماهانه خانواده شما <modified adjusted gross income> است. محدوده تعیین شده Medi-Cal برای درآمد ماهانه اندازه خانواده شما <MAGI limit> است شما Medi-Cal با پوشش محدود دریافت کردید زیرا مدارک اثبات کننده تابعیت یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت خود را ارائه ندادید. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به " حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.
Full Scope to Restricted	تغییرات مهم در خصوص مزایای شما. Medi-Cal شما در <month dd, yyyy> به پوشش محدود تغییر داده شد.

Scope	Medi-Cal شما از پوشش کامل به پوشش محدود تغییر داده می شود زیرا شما 26 تا 49 ساله هستید و مدارک اثبات کننده برای تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت تان برای Medi-Cal را ارسال نکرده بودید . با ما تماس نگرفته بودید تا به ما اطلاع دهید که در صدد هستید تا مدارک اثبات کننده را به ما ارسال کنید. قانون کالیفرنیا، Medi-Cal با پوشش کامل را فقط برای افرادی که زیر 26، یا 50 ساله یا بیشتر هستند و تابعیت ندارند یا نمی توانند مدارک اثبات کننده تابعیت، یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت را ارائه دهند، در نظر گرفته است. از آنجا که سن شما اکنون بالای حد تعیین شده است، Medi-Cal شما به پوشش محدود تغییر داده می شود. Medi-Cal با پوشش محدود، فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، وضع حمل، زایمان، و مراقبت بعد از زایمان، و خدمات مراقبت دراز مدت را تحت پوشش قرار می دهد. اگر مطمئن نیستید که خدمات مورد نظر شما تحت پوشش Medi-Cal با پوشش محدود است، از تأمین کننده پزشکی تان سؤال کنید. اگر مدارک اثبات کننده ای در خصوص تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که می توانید آنرا ارائه کنید، یا می خواهید به ما اطلاع دهید که برای دسترسی به این مدارک دچار مشکل هستید، لطفاً با مددکار کانتی به شماره ای که در این اعلامیه درج شده است تماس بگیرید. با ارائه مدارک مورد نظر، ممکن است مزایای شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده شود. مزایای پوشش کامل به شما امکان مراجعه به پزشک برای تمامی نیازهای پزشکی تان را فراهم خواهد کرد. اگر طی یک سال مدارک اثبات کننده قابل قبولی به ما ارائه دهید، Medi-Cal شما ممکن است از ماهی که مزایای محدود شما شروع شده بود، به Medi-Cal با پوشش کامل تغییر داده شود. در این فاصله، پوشش شما برای Medi-Cal با پوشش محدود ادامه خواهد داشت، مگر اینکه دیگر صلاحیت برخورداری از آنرا نداشته باشید. این امر ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا در صورت بروز تغییرات در شرایط شما بوقوع بپیوندد. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به " حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	خبر خوب! Medi-Cal شما از <month dd, yyyy> به پوشش کامل تغییر داده شد. Medi-Cal شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده می شود زیرا شما مدارک اثبات کننده برای تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت را ارسال کرده بودید یا زیر 26 ساله هستید. پوشش Medi-Cal شما ادامه خواهد داشت، مگر اینکه دیگر صلاحیت برخورداری از آنرا نداشته باشید. این امر ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا در صورت بروز تغییرات در شرایط شما بوقوع بپیوندد. صلاحیت شما برای برخورداری از مزایای کامل Medi-Cal ممکن است شامل ماههای گذشته شود. اگر طی مدت زمانی که از مزایای محدود Medi-Cal برخوردار بودید، برای مراقبت پزشکی غیر اورژانسی، مراقبت مربوط به بارداری، یا مراقبت دراز مدت پرداخت کردید، ممکن است بتوانید پول خود را پس بگیرید. برای دریافت پاسخ به سؤالات مربوط به بازپرداخت از طریق شماره 1-916-403-2007 با بخش خدمات ذینفع Department of Health Care Services (Beneficiary Services) تماس بگیرید. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به " حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.

Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	خبر خوب! در<month dd, yyyy>، Medi-Cal با دامنه محدود شما به دامنه کامل تغییر یافت. Medi-Cal با دامنه محدود شما به دامنه کامل تغییر یافت، زیرا شما قادر به اثبات تابعیت U.S. یا وضعیت مهاجرت رضایت بخش بودید، یا اینکه 50 سال یا بیشتر دارید. Medi-Cal با دامنه کامل از 1 مه 2022 برای همه افراد واجد شرایط 50 سال به بالا در دسترس است. پوشش Medi-Cal با دامنه کامل شما ادامه خواهد یافت مگر اینکه مشخص شود دیگر واجد شرایط نیستید. این ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا تغییر وضعیت شما اتفاق بیفتد. صلاحیت شما برای مزایای Medi-Cal با دامنه کامل ممکن است ماههای گذشته را پوشش دهد. اگر در حالی که مزایای محدود Medi-Cal را داشتید، هزینه های مراقبت پزشکی پرداخت کردید که خدمات اورژانسی، مربوط به حاملگی یا مراقبت طولانی مدت نبودند، ممکن است بتوانید پول خود را پس بگیرید. برای پاسخ به سوالات مربوط به بازپرداخت خود با Department of Health Care Services به شماره 1-916-403-2007 تماس بگیرید. <Regulation>، مقررات یا قانونی است که ما برای اتخاذ این تصمیم به آن اتکا کردیم. اگر فکر می کنید ما دچار اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، به "حقوق استماع خود" در صفحه آخر این اطلاعیه مراجعه کنید. شما فقط 90 روز فرصت دارید که درخواست استماع کنید. این 90 روز، از روز بعد از تاریخ مندرج در این اطلاعیه آغاز می شود.
Notice Type	Farsi Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	شما از ما سؤال کرده بودید که آیا می توانید برای پوشش صورتحساب های خود برای هر یک از سه ماه قبل از ارسال تقاضا، از Medi-Cal برخوردار شوید. شما در <eligibility month year> برای Medi-Cal با پوشش محدود واجد شرایط شناخته شدید زیرا شما 26 تا 49 ساله هستید و مدارک اثبات کننده تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت برای Medi-Cal را ارسال نکرده بودید. Medi-Cal با پوشش محدود، فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، وضع حمل، زایمان، و مراقبت بعد از زایمان را تحت پوشش قرار می دهد. اگر مطمئن نیستید که خدمات مورد نظر شما تحت Medi-Cal با پوشش محدود است، از تأمین کننده پزشکی تان سؤال کنید. ممکن است در ارتباط با صلاحیت برای سایر دوره های زمانی اعلامیه های دیگری را دریافت کرده باشید، یا بعداً دریافت نمایید. این اعلامیه صرفاً به شما اطلاع می دهد که برای <eligibility month year> Medi-Cal برخوردار هستید. اگر مدارک اثبات کننده ای در خصوص تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که می توانید آنرا ارائه کنید، یا می خواهید به ما اطلاع دهید که برای دسترسی به این مدارک دچار مشکل هستید، لطفاً با مددکار کانتی به شماره ای که در این اعلامیه درج شده است تماس بگیرید. با ارائه مدارک مورد نظر، ممکن است مزایای شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده شود. مزایای پوشش کامل به شما امکان مراجعه به پزشک برای تمامی نیازهای پزشکی تان را ارائه خواهد داد. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به "حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.
Restricted Retro Approval *New for	شما از ما خواسته بودید که چک کنیم آیا Medi-Cal می تواند صورتحساب های شما را برای هر یک از سه ماه قبل از ارسال تقاضای تان پوشش دهد. شما در <month year> برای Medi-Cal با دامنه محدود واجد شرایط بودید، زیرا شما 50 ساله یا بیشتر هستید و مدرک اثبات کننده ای برای تابعیت U.S. یا وضعیت مهاجرت رضایت بخشی برای اهداف Medi-Cal برای ما ارسال نکردید. از 1 مه 2022، قانون کالیفرنیا Medi-Cal با دامنه کامل را برای افرادی که 50 سال یا بیشتر دارند و فاقد مدارک تابعیت هستند یا قادر نیستند مدارک رضایت بخش وضعیت مهاجرت ارائه دهند پوشش می دهد. Medi-Cal با دامنه محدود فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری مانند مراقبت های دوران بارداری، دوره درد زایمان، زایمان و مراقبت های پس از زایمان و خدمات مراقبت طولانی مدت را

implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	شامل می شود. اگر مطمئن نیستید که سرویسی تحت پوشش Medi-Cal با دامنه محدود است، از ارائه دهنده پزشکی خود در باره آن سؤال کنید. ممکن است اطلاعاتی های دیگری درباره واجد شرایط بودن خود برای دوره های زمانی دیگر دریافت کنید، یا قبلاً آنها را دریافت کرده باشید. این اطلاعات فقط به شما می گوید که پوشش Medi-Cal با دامنه محدود را برای <month year> دارید. اگر مدرک اثبات کننده برای تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که اکنون می توانید به ما بدهید، یا می خواهید به ما بگویید که در گرفتن سند خود با مشکل روبرو هستید، لطفاً با دفتر Medi-Cal شهرستان خود با شماره مندرج در این اطلاعات تماس بگیرید. هنگامی که اسناد خود را در اختیار ما قرار می دهید، مزایای شما ممکن است از دامنه محدود به دامنه کامل تغییر داده شود. مزایای کامل این امکان را برای شما فراهم می کند که برای تمام نیازهای پزشکی خود به پزشک مراجعه کنید. <Regulation>، مقررات یا قانونی است که ما برای اتخاذ این تصمیم به آن اتکا کردیم. اگر فکر می کنید ما دچار اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، به "حقوق استماع خود" در صفحه آخر این اطلاعات مراجعه کنید. شما فقط 90 روز فرصت دارید که درخواست استماع کنید. این 90 روز، از روز بعد از تاریخ مندرج در این اطلاعات آغاز می شود.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV)	شما فقط برای برخورداری از Medi-Cal با پوشش محدود به تأیید رسیدن زیر 26 تا 49 ساله هستید و مدارک اثبات کننده تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت برای Medi-Cal را ارسال نکرده بودید. قانون کالیفرنیا، Medi-Cal با پوشش کامل را فقط برای افرادی که زیر 26 یا 50 ساله یا بیشتر هستند و تابعیت ندارند یا نمی توانند مدارک اثبات کننده تابعیت، یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت را ارائه دهند در نظر گرفته است. از آنجا که سن شما بالای حد تعیین شده است، فقط برای Medi-Cal با پوشش محدود واجد شرایط شناخته شدید. Medi-Cal با پوشش محدود، فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، وضع حمل، زایمان و مراقبت بعد از زایمان را تحت پوشش قرار می دهد. اگر مطمئن نیستید که خدمات مورد نظر شما تحت پوشش Medi-Cal با پوشش محدود است، از تأمین کننده پزشکی تان سؤال کنید. صلاحیت برخورداری شما از Medi-Cal با پوشش محدود از <effective date- Month Day, Year> شروع می شود. پوشش شما برای Medi-Cal ادامه خواهد داشت، مگر اینکه دیگر صلاحیت برخورداری از آنرا نداشته باشید. این امر ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا در صورت بروز تغییرات در شرایط شما بوقوع بپیوندد.
(Specific to Non-MAGI Programs)	اگر مدارک اثبات کننده ای در خصوص تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که می توانید آنرا ارائه کنید، یا می خواهید به ما اطلاع دهید که برای دسترسی به این مدارک دچار مشکل هستید، لطفاً با مددکار کانتی به شماره ای که در این اعلامیه درج شده است تماس بگیرید. با ارائه مدارک مورد نظر، ممکن است مزایای شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده شود. مزایای پوشش کامل به شما امکان مراجعه به پزشک برای تمامی نیازهای پزشکی تان را فراهم خواهد کرد. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به "حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN)	تغییرات مهم در خصوص مزایای شما. Medi-Cal شما در <month dd, yyyy> به پوشش محدود تغییر داده شد. Medi-Cal شما از پوشش کامل به پوشش محدود تغییر داده می شود زیرا شما 26 تا 49 ساله هستید و مدارک اثبات کننده برای تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت تان برای Medi-Cal را ارسال نکرده بودید. با ما تماس نگرفته بودید تا به ما اطلاع دهید که در صدد هستید تا مدارک اثبات کننده را به ما ارسال کنید. قانون کالیفرنیا، Medi-Cal با پوشش کامل را فقط برای افرادی که زیر 26، یا 50 ساله یا بیشتر هستند و تابعیت ندارند یا نمی توانند مدارک اثبات کننده تابعیت، یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت را ارائه دهند، در نظر گرفته است. از آنجا که سن شما اکنون در حد تعیین شده 26 تا 49 ساله است، Medi-Cal شما به پوشش محدود تغییر داده می شود.

(Specific to Non-MAGI Programs)	Medi-Cal با پوشش محدود، فقط خدمات اورژانسی، خدمات مربوط به بارداری، مانند مراقبت های دوران بارداری، وضع حمل، زایمان، و مراقبت بعد از زایمان را تحت پوشش قرار می دهد. اگر مطمئن نیستید که خدمات مورد نظر شما تحت پوشش Medi-Cal با پوشش محدود است، از تأمین کننده پزشکی تان سؤال کنید. اگر مدارک اثبات کننده ای در خصوص تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود دارید که می توانید آنرا ارائه کنید، یا می خواهید به ما اطلاع دهید که برای دسترسی به این مدارک دچار مشکل هستید، لطفاً با مددکار کانتی به شماره ای که در این اعلامیه درج شده است تماس بگیرید. با ارائه مدارک مورد نظر، ممکن است مزایای شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده شود. مزایای پوشش کامل به شما امکان مراجعه به پزشک برای تمامی نیازهای پزشکی تان را فراهم خواهد کرد. اگر طی یک سال مدارک اثبات کننده قابل قبولی به ما ارائه دهید، Medi-Cal شما ممکن است از ماهی که مزایای محدود شما شروع شده بود، به Medi-Cal با پوشش کامل تغییر داده شود. در این فاصله، پوشش شما برای Medi-Cal با پوشش محدود ادامه خواهد داشت، مگر اینکه دیگر صلاحیت برخورداری از آنرا نداشته باشید. این امر ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا در صورت بروز تغییرات در شرایط شما بوقوع بپیوندد. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به " حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	خبر خوب! Medi-Cal شما از <month dd, yyyy> به پوشش کامل تغییر داده شد. Medi-Cal شما از پوشش محدود به پوشش کامل تغییر داده می شود زیرا شما مدارک اثبات کننده برای تابعیت U.S. (آمریکا) یا مدارک قابل قبول مربوط به وضعیت مهاجرت را ارسال کرده بودید یا زیر 26 ساله هستید. پوشش Medi-Cal شما ادامه خواهد داشت، مگر اینکه دیگر صلاحیت برخورداری از آنرا نداشته باشید. این امر ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا در صورت بروز تغییرات در شرایط شما بوقوع بپیوندد. صلاحیت شما برای برخورداری از مزایای کامل Medi-Cal ممکن است شامل ماههای گذشته شود. اگر طی مدت زمانی که از مزایای محدود Medi-Cal برخوردار بودید، برای مراقبت پزشکی غیر اورژانسی یا مراقبت مربوط به بارداری پرداخت کردید، ممکن است بتوانید پول خود را پس بگیرید. برای دریافت پاسخ به سؤالات مربوط به بازپرداخت از طریق شماره 1-916-403-2007 با بخش خدمات ذینفع (Department of Health Care Services (Beneficiary Services) تماس بگیرید. <Regulation> قانونی است که ما برای تصمیم گیری بر مبنای آن عمل کردیم. اگر فکر می کنید اشتباهی رخ داده است، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تقاضای تجدید نظر، به " حقوق شما برای جلسه دادرسی" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما مدت 90 روز فرصت دارید تا این جلسه دادرسی را تقاضا کنید. مدت زمان 90 روزه یک روز بعد از اینکه کانتی این اعلامیه را به شما ارسال کرد شروع می شود.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older	خبر خوب! در<month dd, yyyy>، Medi-Cal شما به با دامنه کامل تغییر یافت. Medi-Cal با دامنه محدود شما به با دامنه کامل تغییر یافت، زیرا شما قادر به اثبات تابعیت U.S. یا وضعیت مهاجرت رضایت بخش بودید، یا اینکه 50 سال یا بیشتر دارید. Medi-Cal با دامنه کامل از 1 مه 2022 برای همه افراد واجد شرایط 50 سال به بالا در دسترس است. پوشش Medi-Cal با دامنه کامل شما ادامه خواهد یافت مگر اینکه مشخص شود دیگر واجد شرایط نیستید. این ممکن است در زمان تمدید صلاحیت شما یا تغییر وضعیت شما اتفاق بیفتد.

NEW for implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	صلاحیت شما برای مزایای Medi-Cal با دامنه کامل ممکن است ماههای گذشته را پوشش دهد. اگر در حالی که مزایای محدود Medi-Cal را داشتید، هزینه های مراقبت پزشکی پر داخت کردید که خدمات اورژانسی، مربوط به حاملگی یا مراقبت طولانی مدت نبودند، ممکن است بتوانید پول خود را پس بگیرید. برای پاسخ به سوالات مربوط به بازپرداخت خود با Department of Health Care Services به شماره 1-916-403-2007 تماس بگیرید. <Regulation>، مقررات یا قانونی است که ما برای اتخاذ این تصمیم به آن اتکا کردیم. اگر فکر می کنید ما دچار اشتباه شدیم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، به "حقوق استماع خود" در صفحه آخر این اطلاعیه مراجعه کنید. شما فقط 90 روز فرصت دارید که درخواست استماع کنید. این 90 روز، از روز بعد از تاریخ مندرج در این اطلاعیه آغاز می شود.
---	---

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Hindi Text MAGI Snippet
Restricted Scope Retro Approval	आपने हमसे यह देखने के लिए कहा था कि क्या आवेदन करने से तीन महीने पहले के बिलों का भुगतान करने के लिए आपको Medi-Cal मिल सकता है या नहीं। आप <eligibility month year> में सीमित सीमा Medi-Cal के लिए योग्य हैं क्योंकि आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं भेजा है। सीमित सीमा Medi-Cal केवल आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसव-पूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी और प्रसव के बाद की देखभाल, एवं दीर्घावधि देखभाल सेवा को शामिल करता है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई विशिष्ट सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सा प्रदाता से पूछें। आपको अन्य अवधियों के लिए अपनी योग्यता के बारे में नोटिस मिल सकते हैं या हो सकता है कि वे आपको पहले ही मिल चुके हैं। यह नोटिस आपको केवल यह बता रहा है कि आपके पास <eligibility month year> के लिए Medi-Cal व्याप्ति है। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें दे सकते हैं, या हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस नोटिस पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी कर्मियों को कॉल करें। जब आप अपने दस्तावेज़ हमें प्रदान करेंगे, तो आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा के लाभ आपको अपनी सभी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर से सलाह लेने देते हैं। हमने अपना निर्णय लेने के लिए आपके परिवार का आकार और उसकी आय की गणना की। Medi-Cal के लिए आपके परिवार का आकार <household size> है और आपकी मासिक पारिवारिक आय <modified adjusted gross income> है। आपके परिवार के आकार के लिए मासिक Medi-Cal आय सीमा <MAGI limit> है। आपकी आय इस सीमा से नीचे है, इसलिए आप Medi-Cal के लिए योग्य हैं। आपने सीमित सीमा Medi-Cal प्राप्त किया क्योंकि आपने अपनी U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण प्रदान नहीं किया। <Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया है। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर 'आपके सुनवाई के अधिकार' देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।
Restricted Scope Retro Approval	आपने हमसे यह देखने के लिए कहा था कि क्या आपके आवेदन करने से तीन महीने पहले के बिल का भुगतान करने के लिए आपको Medi-Cal का लाभ मिल सकता है या नहीं। आप <month yyyy> में सीमित सीमा Medi-Cal के लिए योग्य हैं क्योंकि आपकी आयु 50 वर्ष या उससे ज़्यादा है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं भेजा। मई 1, 2022 से, कैलिफ़ोर्निया क़ानून उन सभी व्यक्तियों को पूर्ण सीमा Medi-Cal में शामिल करता है जिनकी आयु 50 वर्ष या उससे ज़्यादा है और जिनके पास नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं है या वे इसे प्रदान करने में असमर्थ हैं। सीमित सीमा Medi-Cal सिर्फ़ आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसव काल, डिलीवरी, प्रसव के बाद की देखभाल, आदि और दीर्घकालिक देखभाल सेवाओं को शामिल करता है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई ख़ास सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सीय प्रदाता से पूछें। आपको

NEW for implementation	अन्य अवधियों के लिए अपनी योग्यता के बारे में अन्य सूचनाएं प्राप्त हो सकती हैं या शायद पहले ही प्राप्त हो चुकी हैं। यह सूचना आपको सिर्फ यह बता रही है कि आपके पास <month yyyy> के लिए सीमित सीमा Medi-Cal व्याप्ति है। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें अभी दे सकते हैं, या आप हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस सूचना पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी Medi-Cal कार्यालय को कॉल करें। हमें अपने दस्तावेज़ प्रदान करने पर आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा लाभ आपको आपकी सारी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर की सलाह लेने देते हैं। हमने हमारा निर्णय लेने के लिए आपके परिवार के आकार और आय की गणना की। Medi-Cal के लिए, आपके परिवार का आकार <household size> है और आपकी मासिक पारिवारिक आय <modified adjusted gross income> है। आपके परिवार के आकार के लिए मासिक Medi-Cal आय सीमा <MAGI limit> है। आपकी आय इस सीमा से नीचे है, इसलिए आप Medi-Cal के लिए योग्य हैं। आपको सीमित सीमा Medi-Cal इसलिए प्राप्त हुआ क्योंकि आपने अपनी नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण प्रदान नहीं किया था। <Regulation> ऐसा नियमन या क़ानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका जानने के लिए इस सूचना के अंतिम पृष्ठ पर "आपकी सुनवाई के अधिकार" देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास सिर्फ 90 दिन हैं। यह 90 दिन की अवधि इस सूचना पर दी गई तारीख के अगले दिन से शुरू हो गई है।
Restricted Scope Approval	आपको केवल सीमित सीमा Medi-Cal के लिए अनुमोदित किया गया है क्योंकि आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं भेजा। कैलिफ़ोर्निया का कानून पूर्ण सीमा Medi-Cal को केवल उन्हीं व्यक्तियों के लिए शामिल करता है, जिनकी आयु 26 वर्ष से कम है या 50 वर्ष है या उससे ज़्यादा है और जिनके पास नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण या तो नहीं है या वे प्रदान करने में असमर्थ हैं। क्योंकि आप 26 से 49 वर्ष की आयु सीमा में आते हैं, इसलिए आप केवल सीमित सीमा Medi-Cal के लिए योग्य हैं। सीमित सीमा Medi-Cal केवल आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसव-पूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी, प्रसव के बाद की देखभाल, एवं दीर्घावधि देखभाल सेवा को शामिल करता है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई विशिष्ट सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सा प्रदाता से पूछें। सीमित सीमा Medi-Cal के लिए आपकी योग्यता <effective date-Month Day, Year> से शुरू होती है। आपकी Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते। ऐसा आपकी योग्यता के नवीनीकरण के समय या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय हो सकता है। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें दे सकते हैं, या हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस नोटिस पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी कर्मियों को कॉल करें। जब आप अपने दस्तावेज़ हमें प्रदान करेंगे, तो आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा के लाभ आपको अपनी सभी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर से सलाह लेने देते हैं।

	हमने अपना निर्णय लेने के लिए आपके परिवार का आकार और उसकी आय की गणना की है। Medi-Cal के लिए आपके परिवार का आकार <household size> है और आपकी मासिक पारिवारिक आय <modified adjusted gross income> है। आपके परिवार के आकार के लिए मासिक Medi-Cal आय सीमा <MAG limit> है। आपकी आय इस सीमा से नीचे है, इसलिए आप Medi-Cal के लिए योग्य हैं। आपने सीमित सीमा Medi-Cal प्राप्त किया क्योंकि आपने अपनी U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण प्रदान नहीं किया है। <Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर 'आपके सुनवाई के अधिकार' देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।
Full Scope to Restricted Scope	आपके लाभों में महत्वपूर्ण बदलाव। आपका Medi-Cal <month dd, yyyy> को सीमित सीमा में बदल गया है। आपका Medi-Cal पूर्ण सीमा से सीमित सीमा में बदल रहा है क्योंकि आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए इस बात का प्रमाण नहीं भेजा कि आप एक U.S. नागरिक हैं और आपके पास संतोषजनक अप्रवासन स्थिति है। आपने हमें यह बताने के लिए संपर्क नहीं किया कि आप प्रमाण प्रदान करने का प्रयास कर रहे हैं। कैलिफ़ोर्निया का कानून पूर्ण सीमा Medi-Cal को केवल उन्हीं व्यक्तियों के लिए शामिल करता है, जिनकी आयु 26 वर्ष से कम है या 50 वर्ष है या उससे ज़्यादा है और जिनके पास नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण या तो नहीं है या वे प्रदान करने में असमर्थ हैं। अब जब आप उस आयु सीमा से ऊपर हैं, तो आपका Medi-Cal सीमित सीमा में बदल जाएगा। सीमित सीमा Medi-Cal केवल आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसव-पूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी और प्रसव के बाद की देखभाल, एवं दीर्घावधि देखभाल सेवा को शामिल करता है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई विशिष्ट सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सा प्रदाता को कॉल करें। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता और अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें दे सकते हैं, या हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस नोटिस पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी कर्मियों को कॉल करें। जब आप अपने दस्तावेज़ हमें प्रदान करेंगे, तो आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा के लाभ आपको अपनी सभी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर से सलाह लेने देते हैं। यदि आप एक वर्ष के भीतर स्वीकार्य प्रमाण प्रदान कर दें, तो आपका Medi-Cal वापस पूर्ण सीमा Medi-Cal में बदल सकता है, जिसकी शुरुआत उसी महीने से होगी जिस महीने से आपके सीमित लाभ शुरू हुए। इस बीच आपकी सीमित सीमा Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते। ऐसा आपकी योग्यता के नवीनीकरण के समय या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय हो सकता है।

	<Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया है। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर 'आपके सुनवाई के अधिकार' देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।
Restricted Scope to Full Scope Under 26	खुशखबरी! आपका Medi-Cal <month dd, yyyy> को पूर्ण सीमा में बदल गया है। आपका Medi-Cal सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में इसलिए बदल रहा है क्योंकि आप अपनी U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति या यह कि आपकी आयु 26 वर्ष से कम है, को प्रमाणित करने में समर्थ हो गए। आपकी Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते हैं। ऐसा आपकी योग्यता के नवीनीकरण के समय या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय हो सकता है। आपकी योग्यता पूर्ण सीमा Medi-Cal लाभों के लिए पिछले महीनों को शामिल कर सकती है। आपके पास सीमित Medi-Cal लाभ रहते समय यदि आपने ऐसी चिकित्सीय देखभाल के लिए भुगतान किया जो कि कोई आपातक स्थिति, गर्भावस्था-संबंधी, या दीर्घावधि देखभाल सेवा नहीं थी, तो आपको अपना पैसा वापस मिल सकता है। अपने प्रतिपूर्ति-संबंधी (Beneficiary Services) प्रश्नों के उत्तरों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवा विभाग (Department of Health Care Services) में लाभार्थी सेवा को 1-916-403-2007 पर कॉल करें। <Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया है। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर 'आपके सुनवाई के अधिकार' देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।
Restricted Scope to Full Scope 50 and older NEW for implementation	खुशखबरी! आपका Medi-Cal <month dd, yyyy> को पूर्ण सीमा में बदल गया है। आपका Medi-Cal सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में इसलिए बदल गया है क्योंकि आप अपनी U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण प्रदान करने में समर्थ हुए या आपकी आयु 50 वर्ष या उससे ज़्यादा है। मई 1, 2022 से, पूर्ण सीमा Medi-Cal 50 वर्ष और उससे ज़्यादा की आयु के सभी योग्य व्यक्तियों के लिए उपलब्ध है। आपकी पूर्ण सीमा Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते। ऐसी स्थिति आपकी योग्यता के नवीनीकरण या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय उत्पन्न हो सकती है। पूर्ण सीमा Medi-Cal लाभों के लिए आपकी योग्यता बीते महीनों को शामिल कर सकती है। यदि सीमित Medi-Cal लाभ रहते समय आपने ऐसी किसी चिकित्सीय देखभाल के लिए भुगतान किया था जो आपातकाल, गर्भावस्था-संबंधी या दीर्घकालिक देखभाल सेवा नहीं थी, तो आपको अपना पैसा वापस मिल सकता है। अपने प्रतिपूर्ति-संबंधी सभी प्रश्नों के उत्तरों के लिए Department of Health Care Services में लाभार्थी सेवा को 1-916-403-2007 पर कॉल करें। <Regulation> ऐसा नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील

	करने का तरीका जानने के लिए इस सूचना के अंतिम पृष्ठ पर "आपकी सुनवाई के अधिकार" देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास सिर्फ 90 दिन हैं। यह 90 दिन की अवधि इस सूचना पर दी गई तारीख के अगले दिन से शुरू हो गई है।
Notice Type	Hindi Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	आपने हमसे यह देखने के लिए कहा था कि क्या आवेदन करने से तीन महीने पहले के बिलों का भुगतान करने के लिए आपको Medi-Cal मिल सकता है या नहीं। आप <eligibility month year> में सीमित सीमा Medi-Cal के लिए योग्य हैं क्योंकि आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं भेजा है। सीमित सीमा Medi-Cal केवल आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसव-पूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी और प्रसव के बाद की देखभाल, को शामिल करता है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई विशिष्ट सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सा प्रदाता से पूछें। आपको अन्य अवधियों के लिए अपनी योग्यता के बारे में नोटिस मिल सकते हैं या हो सकता है कि वे आपको पहले ही मिल चुके हैं। यह नोटिस आपको केवल यह बता रहा है कि आपके पास <eligibility month year> के लिए Medi-Cal व्याप्ति है। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें दे सकते हैं, या हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस नोटिस पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी कर्मियों को कॉल करें। जब आप अपने दस्तावेज़ हमें प्रदान करेंगे, तो आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा के लाभ आपको अपनी सभी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर से सलाह लेने देते हैं। <Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया है। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर "आपके सुनने के अधिकार।" देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।
Restricted Retro Approval NEW for Implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	आपने हमसे यह देखने के लिए कहा था कि क्या आपके आवेदन करने से तीन महीने पहले के बिल का भुगतान करने के लिए आपको Medi-Cal का लाभ मिल सकता है या नहीं। आप <month yyyy> में सीमित सीमा Medi-Cal के लिए योग्य हैं क्योंकि आपकी आयु 50 वर्ष या उससे ज़्यादा है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए अपनी U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं भेजा। मई 1, 2022 से, कैलिफ़ोर्निया क़ानून सिर्फ़ उन व्यक्तियों के लिए पूर्ण सीमा Medi-Cal शामिल करता है जिनकी आयु 50 वर्ष या उससे ज़्यादा है और जिनके पास नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं है या वे इसे प्रदान करने में असमर्थ हैं। सीमित सीमा Medi-Cal सिर्फ़ आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसवपूर्व देखभाल, प्रसव काल, डिलीवरी, प्रसव के बाद की देखभाल, आदि को कवर करता है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई ख़ास सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सीय प्रदाता से पूछें। आपको अन्य अवधियों के लिए अपनी योग्यता के बारे में अन्य सूचनाएं प्राप्त हो सकती हैं या शायद पहले ही प्राप्त हो चुकी हैं। यह सूचना आपको सिर्फ़ यह बता रही है कि आपके पास <month yyyy> के लिए Medi-Cal व्याप्ति है। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें अभी दे सकते हैं, या हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस सूचना पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी Medi-Cal कार्यालय को कॉल करें। हमें अपने दस्तावेज़ प्रदान करने पर आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा लाभ आपको आपकी सारी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर की सलाह लेने देते हैं।

	<Regulation> ऐसा नियमन या क़ानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका जानने के लिए इस सूचना के अंतिम पृष्ठ पर "आपकी सुनवाई के अधिकार" देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास सिर्फ 90 दिन हैं। यह 90 दिन की अवधि इस सूचना पर दी गई तारीख के अगले दिन से शुरू हो गई है।
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	आपको केवल सीमित सीमा Medi-Cal के लिए अनुमोदित किया गया है क्योंकि आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण नहीं भेजा। कैलिफ़ोर्निया का कानून पूर्ण सीमा Medi-Cal को केवल उन्हीं व्यक्तियों के लिए शामिल करता है, जिनकी आयु 26 वर्ष से कम है या 50 वर्ष है या उससे ज़्यादा है और जिनके पास नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण या तो नहीं है या वे प्रदान करने में असमर्थ हैं। क्योंकि आप आयु सीमा से ऊपर हैं, इसलिए आप केवल सीमित सीमा Medi-Cal के लिए योग्य हैं। सीमित सीमा Medi-Cal केवल आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसव-पूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी, प्रसव के बाद की देखभाल, को शामिल करता है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई विशिष्ट सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सा प्रदाता से पूछें। सीमित सीमा Medi-Cal के लिए आपकी योग्यता <effective date-Month Day, Year> से शुरू होती है। आपकी Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते। ऐसा आपकी योग्यता के नवीनीकरण के समय या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय हो सकता है। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता या अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें दे सकते हैं, या हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस नोटिस पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी कर्मियों को कॉल करें। जब आप अपने दस्तावेज़ हमें प्रदान करेंगे, तो आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा के लाभ आपको अपनी सभी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर से सलाह लेने देते हैं। <Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर "आपके सुनने के अधिकार।" देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CALWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	आपके लाभों में महत्वपूर्ण बदलाव। आपका Medi-Cal <month dd, yyyy> को सीमित सीमा में बदल गया है। आपका Medi-Cal पूर्ण सीमा से सीमित सीमा में बदल रहा है क्योंकि आपकी आयु 26 से 49 वर्ष के बीच है और आपने हमें Medi-Cal प्रयोजनों के लिए इस बात का प्रमाण नहीं भेजा कि आप एक U.S. नागरिक हैं और आपके पास संतोषजनक अप्रवासन स्थिति है। आपने हमें यह बताने के लिए संपर्क नहीं किया कि आप प्रमाण प्रदान करने का प्रयास कर रहे हैं। कैलिफ़ोर्निया का कानून पूर्ण सीमा Medi-Cal को केवल उन्हीं व्यक्तियों के लिए शामिल करता है, जिनकी आयु 26 वर्ष से कम है या 50 वर्ष है या उससे ज़्यादा है और जिनके पास नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण या तो नहीं है या वे प्रदान करने में असमर्थ हैं। अब जब आप 26 से 49 वर्ष की आयु सीमा में आते हैं, तो आपका Medi-Cal सीमित सीमा में बदल जाएगा। सीमित सीमा Medi-Cal केवल आपातकालीन सेवाओं, गर्भावस्था-संबंधी सेवाओं, जैसे कि प्रसव-पूर्व देखभाल, प्रसव, डिलीवरी और प्रसव के बाद की देखभाल, को शामिल करता

	है। यदि आप निश्चित नहीं हैं कि कोई विशिष्ट सेवा सीमित सीमा Medi-Cal में शामिल है या नहीं, तो अपने चिकित्सा प्रदाता को कॉल करें। यदि इस समय आपके पास अपनी नागरिकता और अप्रवासन स्थिति का प्रमाण है जिसे आप हमें दे सकते हैं, या हमें बताना चाहते हैं कि आपको अपने दस्तावेज़ पाने में परेशानी हो रही है, तो कृपया इस नोटिस पर दिए गए नंबर पर अपने काउंटी कर्मियों को कॉल करें। जब आप अपने दस्तावेज़ हमें प्रदान करेंगे, तो आपके लाभ सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में बदल सकते हैं। पूर्ण सीमा के लाभ आपको अपनी सभी चिकित्सीय ज़रूरतों के लिए डॉक्टर से सलाह लेने देते हैं। यदि आप एक वर्ष के भीतर स्वीकार्य प्रमाण प्रदान कर दें, तो आपका Medi-Cal वापस पूर्ण सीमा Medi-Cal में बदल सकता है, जिसकी शुरुआत उसी महीने से होगी जिस महीने से आपके सीमित लाभ शुरू हुए। इस बीच आपकी सीमित सीमा Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते। ऐसा आपकी योग्यता के नवीनीकरण के समय या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय हो सकता है। <Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया है। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर “आपके सुनने के अधिकार।” देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CALWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	खुशखबरी! आपका Medi-Cal <month dd, yyyy> को पूर्ण सीमा में बदल गया है। आपका Medi-Cal सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में इसलिए बदल रहा है क्योंकि आप अपनी U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति या यह कि आपकी आयु 26 वर्ष से कम है, को प्रमाणित करने में समर्थ हो गए। आपकी Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते हैं। ऐसा आपकी योग्यता के नवीनीकरण के समय या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय हो सकता है। आपकी योग्यता पूर्ण सीमा Medi-Cal लाभों के लिए पिछले महीनों को शामिल कर सकती है। आपके पास सीमित Medi-Cal लाभ रहते समय यदि आपने ऐसी चिकित्सीय देखभाल के लिए भुगतान किया जो कि कोई आपातक स्थिति, गर्भावस्था-संबंधी या, सेवा नहीं थी, तो आपको अपना पैसा वापस मिल सकता है। अपने प्रतिपूर्ति-संबंधी (Beneficiary Services) प्रश्नों के उत्तरों के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवा विभाग (Department of Health Care Services) में लाभार्थी सेवा को 1-916-403-2007 पर कॉल करें। <Regulation> वह नियमन या कानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया है। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए इस नोटिस के अंतिम पृष्ठ पर “आपके सुनने के अधिकार।” देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। 90 दिनों की अवधि इस नोटिस पर दी गई तिथि के अगले दिन से प्रारंभ हो चुकी है।

Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	खुशखबरी! आपका Medi-Cal <month dd, yyyy> को पूर्ण सीमा में बदल गया है। आपका Medi-Cal सीमित सीमा से पूर्ण सीमा में इसलिए बदल गया है क्योंकि आप अपनी U.S. नागरिकता या संतोषजनक अप्रवासन स्थिति का प्रमाण प्रदान करने में समर्थ हुए या आपकी आयु 50 वर्ष या उससे ज़्यादा है। मई 1, 2022 से, पूर्ण सीमा Medi-Cal 50 वर्ष और उससे ज़्यादा की आयु के सभी योग्य व्यक्तियों के लिए उपलब्ध है। आपका पूर्ण सीमा Medi-Cal व्याप्ति तब तक जारी रहेगी जब तक आप इसके लिए अयोग्य नहीं पाए जाते। ऐसी स्थिति आपकी योग्यता के नवीनीकरण या आपकी परिस्थिति में बदलाव के समय उत्पन्न हो सकती है। पूर्ण सीमा Medi-Cal लाभों के लिए आपकी योग्यता बीते महीनों को शामिल कर सकती है। यदि सीमित Medi-Cal लाभ रहते समय आपने ऐसी किसी चिकित्सीय देखभाल के लिए भुगतान किया था जो आपातकाल या गर्भावस्था-संबंधी देखभाल सेवा नहीं थी, तो आपको अपना पैसा वापस मिल सकता है। अपने प्रतिपूर्ति-संबंधी सभी प्रश्नों के उत्तरों के लिए Department of Health Care Services में लाभार्थी सेवा" को 1-916-403-2007 पर कॉल करें। <Regulation> ऐसा नियमन या क़ानून है जिस पर हमने यह निर्णय लेते समय विश्वास किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका जानने के लिए इस सूचना के अंतिम पृष्ठ पर "आपकी सुनवाई के अधिकार" देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास सिर्फ 90 दिन हैं। यह 90 दिन की अवधि इस सूचना पर दी गई तारीख के अगले दिन से शुरू हो गई है।
---	---

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Hmong Text MAGI Snippets
Restricted-Scope Retro Approval	Koj tau hais kom peb xyuas seb Medi-Cal puas kam them cov nqi kho mob uas koj muaj peb lub hlis ua ntej koj thov kev pab. Koj tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv thaum lub <month yyyy> vim tias koj muaj 26 xyoo mus txog 49 xyoo los sis tshaj saud thiab koj tsis tau xa cov ntaub ntawv pov thawj hais txog ntawm ua neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. tuaj rau peb los sis tsis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau Medi-Cal. Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, thiab kev pab tom qab yug me nyuam tas, thiab kev pab rau tej yam mob mus ntev. Yog tias koj tsis paub tseeb seb qhov kev pab cuam puas kam them rau ib txoj kev pab uas tau tiv thaiv los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, nug koj tus kws kho mob. Tej zaum koj yuav tau txais, los sis twb tau txais, lwm cov ntawv qhia txog koj txoj kev tsim nyog rau lwm lub sij hawm. Tsab ntawv no tsuas yog qhia rau koj tias koj tau kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal rau thaum lub <month yyyy> xwb. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj thiab ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj cov kev mob nkeeg. Peb suav seb muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg thiab cov nyiaj tau rau hauv peb txoj kev txiav txim. Rau Medi-Cal, qhov muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg yog <household size> thiab koj tsev neeg cov nyiaj tau txhua hli yog <modified adjusted gross income>. Qhov nyiaj tau txhua hli uas Medi-Cal pub txog rau qhov seb koj muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg yog <MAGI limit>. Koj qhov nyiaj tau nws qis dua qhov pub txog no, li no koj tsim nyog rau Medi-Cal. Koj tau txais Medi-Cal uas muaj kev txwv vim tias koj tsis tau muab cov ntaub ntawv pov thawj ntawm koj qhov kev ua Neeg Xam Xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis ntawv tuaj nyob teb chaws uas tau txais kev pom zoo. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.

Restricted Scope Retro Approval *New for implementation	Koj tau hais kom peb xyuas seb Medi-Cal puas kam them cov nqi kho mob uas koj muaj peb lub hlis ua ntej koj thov kev pab. Koj tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv rau hauv <month yyyy> vim tias koj muaj hnuv nyoog 50 xyoo los sis laus dua thiab koj tsis tau xa cov ntaub ntawv pov thawj hais txog ntawm ua neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. tuaj rau peb los sis tsis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau Medi-Cal. Pib txij lub Tsib Hlis 1, 2022, California txoj cai lij choj pab rau tag nrho Medi-Cal rau cov neeg uas muaj hnuv nyoog 50 xyoo los sis laus dua thiab uas tsis muaj los sis tsis muab cov ntaub ntawv ua pov thawj tias yog neeg xam xaj los sis yog neeg tuaj txawv teb chaws. Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, thiab kev pab tom qab yug me nyuam tas, thiab kev pab rau tej yam mob mus ntev. Yog tias koj tsis paub tseeb seb qhov kev pab cuam puas kam them rau ib txoj kev pab uas tau tiv thaiv los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, nug koj tus kws kho mob. Tej zaum koj yuav tau txais, los sis twb tau txais, lwm cov ntawv qhia txog koj txoj kev tsim nyog rau lwm lub sij hawm. Tsab ntawv no tsuas yog qhia rau koj tias koj tau kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal rau <month yyyy>. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj thiab ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm Medi-Cal hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj cov kev mob nkeeg. Peb suav seb muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg thiab cov nyiaj tau rau hauv peb txoj kev txiav txim. Rau Medi-Cal, qhov muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg yog <household size> thiab koj tsev neeg cov nyiaj tau txhua hli yog <modified adjusted gross income>. Qhov nyiaj tau txhua hli uas Medi-Cal pub txog rau qhov seb koj muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg yog <MAGI limit>. Koj qhov nyiaj tau nws qis dua qhov pub txog no, li no koj tsim nyog rau Medi-Cal. Koj tau txais Medi-Cal uas muaj kev txwv vim tias koj tsis tau muab cov ntaub ntawv pov thawj ntawm koj qhov kev ua Neeg Xam Xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis ntawv tuaj nyob teb chaws uas tau txais kev pom zoo. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib rau hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.

Restricted-Scope Approval	Koj tau txais kev pom zoo rau Medi-Cal uas muaj kev txwv nkaus xwb vim tias koj muaj 26 xyoo mus txog 49 xyoo los yog tshaj saud thiab koj tsis xa pov thawj tias koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis tsis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau Medi-Cal. California txoj cai lij choj tuav tswj tag nrho cov Medi-Cal nkaus xwb rau cov tib neeg uas muaj hnuv nyoog qis dua 26 xyoo los sis 50 xyoo los sis laus dua thiab tsis muaj los sis muab tsis ntaub tau ntawv pov thawj ntawm kev ua xam xaj los yog ntawv tuaj nyob teb chaws uas tau txais kev pom zoo. Vim tias koj nyob rau hauv qhov muaj hnuv nyoog txwv ntawm 26 xyoo mus txog 49 xyoo, koj tsuas tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv nkaus xwb. Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev nkaus xwb, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, kev pab tom qab yug me nyuam tas, thiab kev pab rau tej yam mob mus ntev. Yog tias koj tsis paub tseeb seb puas kam them rau qhov kev pab los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, nug koj tus kws kho mob. Koj txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv pib rau thaum lub <effective date-Month Day, Year>. Koj txoj kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal yuav muaj txuas mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj thiab ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj cov kev mob nkeeg. Peb suav seb muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg thiab cov nyiaj tau rau hauv peb txoj kev txiav txim. Rau Medi-Cal, qhov muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg yog <household size> thiab koj tsev neeg cov nyiaj tau txhua hli yog <modified adjusted gross income>. Qhov nyiaj tau txhua hli uas Medi-Cal pub txog rau qhov seb koj muaj pes tsawg tus neeg hauv koj tsev neeg yog <MAGI limit>. Koj qhov nyiaj tau nws qis dua qhov pub txog no, li no koj tsim nyog rau Medi-Cal. Koj tau txais Medi-Cal uas muaj kev txwv vim tias koj tsis tau muab cov ntaub ntawv pov thawj ntawm koj qhov kev ua Neeg Xam Xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis ntawv tuaj nyob teb chaws uas tau txais kev pom zoo. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.
---------------------------	---

Full-Scope to Restricted-Scope	Kev hloov tseem ceeb txog koj cov kev pab. Koj txoj kev pab los ntawm Medi-Cal tau hloov mus rau Medi-Cal uas muaj kev txwv rau thaum <month dd, yyyy>. Koj qhov Medi-Cal tab tom hloov los ntawm tag nrho cov ciaj ciam mus rau ciaj ciam uas muaj kev txwv vim tias koj muaj hnuv nyoog 26 xyoo mus txog 49 xyoo thiab koj tsis tau xa peb cov ntawv pov thawj tias koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau cov hom phiaj ntawm Medi-Cal. Koj tsis tau hu rau peb es qhia rau peb paub tias koj sim muab pov thawj. California txoj cai lij choj tuav tswj tag nrho cov Medi-Cal nkaus xwb rau cov tib neeg uas muaj hnuv nyoog qis dua 26 xyoo los sis 50 xyoo los sis laus dua thiab tsis muaj los sis muab tsis ntaub tau ntawv pov thawj ntawm kev ua xam xaj los yog ntawv tuaj nyob teb chaws uas tau txais kev pom zoo. Tam sim no koj tau siab tshaj qhov hnuv nyoog uas tsis pub tshaj, koj qhov Medi-Cal yuav hloov mus rau qhov ciaj ciam uas muaj kev txwv. Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, kev pab tom qab yug me nyuam tas, thiab kev pab rau tej yam mob mus ntev. Yog tias koj tsis paub tseeb seb puas kam them rau ib txoj kev pab twg, nug koj tus kws kho mob. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj thiab ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj cov kev mob nkeeg. Yog tias koj muab pov thawj tsim nyog rau peb li ntawm ib xyoos, koj txoj kev pab los ntawm Medi-Cal tej zaum yuav hloov rov qab mus rau Medi-Cal kev pab tag nrho pib lub hlis uas pib txwv koj cov kev pab. Lub sij hawm no, koj qhov Medi-Cal uas muaj kev txwv them nqi yuav muaj txuas mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntxiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.
--------------------------------	--

Restricted Scope to Full Scope Under 26	Muaj xov xwm zoo! Koj qhov Medi-Cal tau hloov mus rau kev pab tag nrho rau thaum lub <month dd, yyyy>. Koj qhov Medi-Cal sam sim hloov ntawm qhov muab kev pab uas muaj kev txwv mus rau qhov muab kev pab tag nrho vim tias koj muab tau pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis muab tau pov thawj txog muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog los sis koj muaj hnuv nyoog qis dua 26 xyoos. Koj txoj kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal yuav muaj txuas ntxiv mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntxiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. Koj txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal cov kev pab tag nrho tej zaum yuav them rau cov hli yav dhau los. Yog tias koj tau them rau cov kev pab kho mob uas tsis yog xwm ceev los sis muaj feem rau cev xeeb tub, thaum uas koj tau kev pab los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, tej zaum koj yuav tau koj cov nyiaj rov qab. Hu rau Cov Kev Pab Tus Tswv Cuab (Beneficiary Services) ntawm Department of Health Care Services rau cov lus teb rau koj cov lus nug txog qhov rov nyiaj rov qab ntawm 1-916-403-2007. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older *NEW	Muaj xov xwm zoo! Koj qhov Medi-Cal tau hloov mus rau kev pab tag nrho rau thaum lub <month dd, yyyy>. Koj qhov Medi-Cal tam sim no hloov ntawm qhov muab kev pab uas muaj kev txwv mus rau qhov muab kev pab tag nrho vim tias koj muab tau pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis muab tau pov thawj txog muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog los sis koj muaj hnuv nyoog 50 xyoo los sis laus dua. Tag nrho cov Medi-Cal yuav siv tau rau txhua tus neeg tsim nyog muaj hnuv nyoog 50 xyoo thiab laus dua pib lub Tsib Hlis 1, 2022. Koj txoj kev pab tag nrho los ntawm Medi-Cal yuav muaj txuas ntxiv mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntxiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. Koj txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal cov kev pab tag nrho tej zaum yuav them rau cov hli yav dhau los. Yog tias koj tau them rau cov kev pab kho mob uas tsis yog xwm ceev los sis muaj feem rau cev xeeb tub, thaum uas koj tau kev pab los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, tej zaum koj yuav tau koj cov nyiaj rov qab. Hu rau Cov Kev Pab Tus Tswv Cuab ntawm Department of Health Care Services rau cov lus teb rau koj cov lus nug txog qhov rov nyiaj rov qab ntawm 1-916-403-2007. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib rau hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.

Notice Type	Hmong Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Koj tau hais kom peb xyuas seb Medi-Cal puas kam them cov nqi kho mob uas koj muaj peb lub hlis ua ntej koj thov kev pab. Koj tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv thaum lub <eligibility month year> vim tias koj muaj 26 xyoo mus txog 49 xyoo thiab koj tsis tau xa cov ntaub ntawv pov thawj hais txog ntawm ua neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. tuaj rau peb los sis tsis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau Medi-Cal. Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, thiab kev pab tom qab yug me nyuam tas. Yog tias koj tsis paub tseeb seb qhov kev pab cuam puas kam them rau ib txoj kev pab uas tau tiv thaiv los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, nug koj tus kws kho mob. Tej zaum koj yuav tau txais, los sis twb tau txais, lwm cov ntawv qhia txog koj txoj kev tsim nyog rau lwm lub sij hawm. Tsab ntawv no tsuas yog qhia rau koj tias koj tau kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal rau thaum lub <eligibility month year> xwb. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj cov kev mob nkeeg. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.
Restricted Retro Approval *New for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	Koj tau hais kom peb xyuas seb Medi-Cal puas kam them cov nqi kho mob uas koj muaj peb lub hlis ua ntej koj thov kev pab. Koj tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv rau hauv <month year> vim tias koj muaj hnuv nyoog 50 xyoo los sis laus dua thiab koj tsis tau xa cov ntaub ntawv pov thawj hais txog ntawm ua neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. tuaj rau peb los sis tsis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau Medi-Cal. Pib txij lub Tsib Hlis 1, 2022, California txoj cai lij choj pab rau tag nrho Medi-Cal rau cov neeg uas muaj hnuv nyoog 50 xyoo los sis laus dua thiab uas tsis muaj los sis tsis muab cov ntaub ntawv ua pov thawj tias yog neeg xam xaj los sis yog neeg tuaj txawv teb chaws. Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, thiab kev pab tom qab yug me nyuam tas. Yog tias koj tsis paub tseeb seb qhov kev pab cuam puas kam them rau ib txoj kev pab uas tau tiv thaiv los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, nug koj tus kws kho mob. Tej zaum koj yuav tau txais, los sis twb tau txais, lwm cov ntawv qhia txog koj txoj kev tsim nyog rau lwm lub sij hawm. Tsab ntawv no tsuas yog qhia rau koj tias koj tau kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal rau <month year>. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj thiab ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm Medi-Cal hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj

	cov kev mob nkeeg. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib rau hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Koj tau txais kev pom zoo rau Medi-Cal uas muaj kev txwv nkaus xwb vim tias koj muaj 26 xyoo mus txog 49 xyoo thiab koj tsis xa pov thawj tias koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis tsis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau Medi-Cal. California txoj cai lij choj tuav tswj tag nrho cov Medi-Cal nkaus xwb rau cov tib neeg uas muaj hnuv nyoog qis dua 26 xyoo los sis 50 xyoo los sis laus dua thiab tsis muaj los sis muab tsis ntaub tau ntawv pov thawj ntawm kev ua xam xaj los yog ntawv tuaj nyob teb chaws uas tau txais kev pom zoo. Vim tias koj siab tshaj qhov muaj hnuv nyoog txwv, koj tsuas tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv nkaus xwb. Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev nkaus xwb, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, kev pab tom qab yug me nyuam tas. Yog tias koj tsis paub tseeb seb puas kam them rau qhov kev pab los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, nug koj tus kws kho mob. Koj txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal uas muaj kev txwv pib rau thaum lub <effective date-Month Day, Year>. Koj txoj kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal yuav muaj txuas mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntxiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj thiab ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj cov kev mob nkeeg. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.

Full Scope to Restricted Scope	Kev hloov tseem ceeb txog koj cov kev pab. Koj txoj kev pab los ntawm Medi-Cal tau hloov mus rau Medi-Cal uas muaj kev txwv rau thaum <month dd, yyyy>.
(Provided by CalWIN)	Koj qhov Medi-Cal tab tom hloov los ntawm tag nrho cov ciaj ciam mus rau ciaj ciam uas muaj kev txwv vim tias koj muaj hnuv nyoog 26 xyoo mus txog 49 xyoo thiab koj tsis tau xa peb cov ntawv pov thawj tias koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog rau cov hom phiaj ntawm Medi-Cal. Koj tsis tau hu rau peb es qhia rau peb paub tias koj sim muab pov thawj. California txoj cai lij choj tuav tswj tag nrho cov Medi-Cal nkaus xwb rau cov tib neeg uas muaj hnuv nyoog qis dua 26 xyoo los sis 50 xyoo los sis laus dua thiab tsis muaj los sis muab tsis tau ntaub ntawv pov thawj ntawm kev ua xam xaj los yog ntawv tuaj nyob teb chaws uas tau txais kev pom zoo. Tam sim no koj tau nyob rau hauv qhov hnuv nyoog uas tsis pub tshaj ntawm 26 xyoo mus txog 49 xyoo, koj qhov Medi-Cal yuav hloov mus rau qhov ciaj ciam uas muaj kev txwv.
(Specific to Non-MAGI Programs)	Medi-Cal uas muaj kev txwv tsuas them rau cov kev pab them muaj xwm ceev, cov kev pab uas muaj feem rau cev xeeb tub xws li kev pab thaum muaj me nyuam hauv plab, kev yug me nyuam, kev pab tom qab yug me nyuam tas. Yog tias koj tsis paub tseeb seb puas kam them rau ib txoj kev pab twg, nug koj tus kws kho mob. Yog tias koj muaj pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj thiab ntawv tuaj nyob teb chaws uas koj muab tau rau peb tam sim no, los sis xav qhia rau peb tias koj muaj teeb meem txog kev mus muab koj cov ntaub ntawv, thov hu rau koj tus neeg hauv hauj lwm hauv nroog ntawm tus xov tooj uas muaj nyob hauv daim ntawv qhia no. Koj cov kev pab tej zaum yuav hloov ntawm kev pab uas muaj kev txwv mus rau kev pab tag nrho thaum uas koj muab koj cov ntaub ntawv rau peb. Cov kev pab tag nrho yuav cia koj mus cuag ib tug kws kho mob rau tag nrho koj cov kev mob nkeeg. Yog tias koj muab pov thawj tsim nyog rau peb li ntawm ib xyoos, koj txoj kev pab los ntawm Medi-Cal tej zaum yuav hloov rov qab mus rau Medi-Cal kev pab tag nrho pib lub hlis uas pib txwv koj cov kev pab. Lub sij hawm no, koj qhov Medi-Cal uas muaj kev txwv them nqi yuav muaj txuas mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntxiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.

Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	Muaj xov xwm zoo! Koj qhov Medi-Cal tau hloov mus rau kev pab tag nrho rau thaum lub <month dd, yyyy>. Koj qhov Medi-Cal sam sim hloov ntawm qhov muab kev pab uas muaj kev txwv mus rau qhov muab kev pab tag nrho vim tias koj muab tau pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis muab tau pov thawj txog muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog los sis koj muaj hnuv nyoog qis dua 26 xyoos. Koj txoj kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal yuav muaj txuas ntxiv mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntxiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. Koj txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal cov kev pab tag nrho tej zaum yuav them rau cov hli yav dhau los. Yog tias koj tau them rau cov kev pab kho mob uas tsis yog xwm ceev los sis muaj feem rau cev xeeb tub, thaum uas koj tau kev pab los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, tej zaum koj yuav tau koj cov nyiaj rov qab. Hu rau Cov Kev Pab Tus Tswv Cuab (Beneficiary Services) ntawm Department of Health Care Services rau cov lus teb rau koj cov lus nug txog qhov rov nyiaj rov qab ntawm 1-916-403-2007. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older *NEW (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	Muaj xov xwm zoo! Koj qhov Medi-Cal tau hloov mus rau kev pab tag nrho rau thaum lub <month dd, yyyy>. Koj qhov Medi-Cal sam sim hloov ntawm qhov muab kev pab uas muaj kev txwv mus rau qhov muab kev pab tag nrho vim tias koj muab tau pov thawj txog qhov koj yog neeg xam xaj hauv Teb Chaws U.S. los sis muab tau pov thawj txog muaj ntawv nyob teb chaws uas tsim nyog los sis koj muaj hnuv nyoog 50 xyoo los sis laus dua. Tag nrho cov Medi-Cal yuav siv tau rau txhua tus neeg tsim nyog muaj hnuv nyoog 50 xyoo thiab laus dua pib lub Tsib Hlis 1, 2022. Koj txoj kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal yuav muaj txuas ntxiv mus tshwj tsis yog pom tias koj tsis tsim nyog ntxiv lawm. Qhov no yuav tshwm sim thaum uas rov tauj dua koj txoj kev tsim nyog los sis thaum uas koj muaj dab tsi hloov lawm. Koj txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal cov kev pab tag nrho tej zaum yuav them rau cov hli yav dhau los. Yog tias koj tau them rau cov kev pab kho mob uas tsis yog xwm ceev los sis muaj feem rau cev xeeb tub, thaum uas koj tau kev pab los ntawm Medi-Cal uas muaj kev txwv, tej zaum koj yuav tau koj cov nyiaj rov qab. Hu rau Cov Kev Pab Tus Tswv Cuab ntawm Department of Health Care Services rau cov lus teb rau koj cov lus nug txog qhov rov nyiaj rov qab ntawm 1-916-403-2007. <Regulation> yog txoj cai Tswj Kav los sis txoj cai uas peb siv los ua qhov kev txiav txim no. Yog tias koj xav tias peb tau ua yuam kev lawm, koj yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Xyuas hauv "Koj Cov Cai Hais Plaub" nyob rau nplooj kawg kom paub seb yuav thov tau kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kom rov qab xyuas qhov kev txiav txim ntawd dua. Lub sij hawm 90 hnuv ntawd pib rau hnuv tom qab xa tsab ntawv qhia no tuaj rau koj.

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Japanese Text
Restricted-Scope Retro Approval	お客様は、お客様の Medi-Cal 申込以前の 3 か月間の請求書のどれが保険対象であるかを確認することを当社に要請しました。お客様は、26 歳以上 49 歳以下であり、お客様が当社に U.S.市民権の証明書類か、もしくは Medi-Cal 保険用途に関する十分な移民資格か、を送付していなかったため、給付項目年月 <month yyyy> 内で限定範囲 Medi-Cal に関する資格が認定されました。限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、妊婦管理、妊娠、出産、及び出産後ケア、及び長期ケアサービスなどの救急サービス、妊娠関連検査サービスに対象が限定されています。お客様が、サービスの 1 項目が限定範囲 Medi-Cal の対象であるかどうかをご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。お客様は、その他の複数期間にわたるお客様の保険給付項目について、それらを取得しているか、またはそれについて他の通知を既に受領しているか、の場合があります。本通知は、お客様が対象年月 <month yyyy> にわたり Medi-Cal 対象を取得していることに限定してお知らせするものです。 お客様が当社に直ぐに提出できる、お客様の市民権及び移民資格の証明をお持ちの場合か、またはお客様がお客様のドキュメントを入手するのに問題があることを当社に通知したいか、である場合には、本通知に列挙された電話番号宛てにお客様の国・地域の担当者にご連絡ください。お客様が当社にお客様のドキュメントを提供する際、お客様の保険給付項目は、限定範囲から全範囲まで変化する場合があります。全範囲の給付項目では、お客様が、全てのお客様の医療ニーズに関して受診することを可能にします。 当社は、当社が決定を下すために、お客様の世帯サイズ及び収入を算定しました。 Medi-Cal に関して、お客様の世帯サイズは<household size>及び毎月の世帯収入は<modified adjusted gross income>です。お客様の世帯サイズに関する毎月の Medi-Cal 所得制限は<MAGI limit>です。お客様の所得は本制限未満であるため、お客様は Medi-Cal に関して資格が認定されることとなります。お客様は、U.S.市民権の証明もしくは十分な移民資格を提供しなかったため、お客様は限定範囲 Medi-Cal を受領しました。

	<Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違っただけを行なったとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	お客様は、申請前 3 ヶ月の期間における請求が Medi-Cal の保障対象となるかについて確認を依頼されました。お客様は、<month yyyy> の日付で限定範囲 Medi-Cal の資格が認定されました。これは、お客様が 50 歳以上であり、Medi-Cal 保険適用に関して U.S. 市民権の証明書類もしくは十分な移民資格を当社に送付していなかったためです。2022 年 5 月 1 日を開始日とするカリフォルニア州法では、市民権の証明書類もしくは十分な移民資格を持っていない、または提出できない 50 歳以上の個人であっても全範囲 Medi-Cal の対象となります。限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、労働、妊娠・出産、出産後ケアおよび長期ケアサービスなどの救急サービス、妊娠関連検査サービスに対象が限定されています。サービス項目が限定範囲 Medi-Cal の対象であるかどうかご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。お客様は、他の期間にお客様の資格に関するその他の通知を取得している、またはすでに取得した可能性があります。本通知は、<month yyyy> に限定範囲 Medi-Cal 適用の資格があることのみを通知するものです。 現在、当社に提供できる市民権もしくは移民状況の証明書がある、または書類に関して何らかの問題があり当社に問い合わせをしたい場合、本通知に記載されているお客様の国の Medi-Cal の番号までお電話ください。お客様が当社に証明書類を提供することにより、お客様の保険給付項目が限定範囲から全範囲に変更される可能性があります。全範囲では全項目が保障対象となり、必要となる全ての治療を受けることができます。 当社では、お客様の世帯規模および世帯収入に応じて、保険金額を決定しています。 Medi-Cal に関するお客様の世帯規模は <household size> で、毎月の世帯収入は <modified adjusted gross income> です。お客様の世帯規模に基づく、月の Medi-Cal 所得上限は <MAGI LIMIT> す。お客様の所得は本制限未満であるため、Medi-Cal への加入資格が認定されることになります。お客様は、U.S.市民権の証明もしくは十分な移民資格を提出しなかったため、限定範囲 Medi-Cal の認定を受けました。

	本決定は、<Regulation> の規制または法律に基づき行われています。本通知が間違いである場合、その旨をお申し出ください。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される「お客様の訴求の権利項目」でご確認ください。1 件の訴求案件に関して、猶予期間は 90 日間となっています。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Restricted-Scope Approval	お客様は、26 歳以上 49 歳以下であり、お客様が当社に U.S.市民権の証明書類か、もしくは Medi-Cal 保険用途に関する十分な移民資格か、を送付していなかったため、限定範囲の Medi-Cal に関して限定されて承認されています。カリフォルニア州法では、26 歳未満または 50 歳以上であり、かつ市民権の証明もしくは十分な移民資格をお持ちではないか、またはそれらを提供できないか、である個人に関して限定して全範囲 Medi-Cal が対象となります。お客様は 26 歳以上 49 歳以下の年齢制限内であるため、お客様は限定範囲 Medi-Cal に関して限定された資格が認定されます。限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、妊婦管理、妊娠、出産、出産後ケア、及び長期ケアサービスなどの救急サービス、妊娠関連検査サービスに対象が限定されています。お客様が、サービスの 1 項目が限定範囲 Medi-Cal の対象であるかどうかをご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。 限定範囲 Medi-Cal に関するお客様の保険給付項目は、発効年月日<month dd, yyyy>から開始されます。お客様の Medi-Cal の対象は、お客様がもはや保険給付項目の対象でないと判定されない限り、それが継続されることとなります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたか、またはお客様の状況項目が変化した場合か、の時点で発生する可能性があります。 お客様が当社に直ぐに提出できる、お客様の市民権もしくは移民資格の証明をお持ちの場合か、またはお客様がお客様のドキュメントを入手するのに問題があることを当社に通知したいか、である場合には、本通知に列挙された電話番号宛てにお客様の国・地域の担当者にご連絡ください。お客様が当社にお客様のドキュメントを提供する際、お客様の保険給付項目は、限定範囲から全範囲まで変化する場合があります。全範囲の給付項目では、お客様が、全てのお客様の医療ニーズに関して受診することを可能にします。 当社は、当社が決定を下すために、お客様の世帯サイズ及び収入を算定しました。 Medi-Cal に関して、お客様の世帯サイズは<household size>及び毎月の世帯収入は<modified adjusted gross income>です。お客様の世帯サイズに関する毎月の Medi-Cal 所得制限は<MAGI limit>です。お客様の所得は本制限未満であるため、お客様は Medi-Cal に関して資格が認定されることとなります。お客様は、市民権の証明もしくは十分な移民資格を提供しなかったため、お客様は限定範囲 Medi-Cal を受領しました。

	<Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違っただけを行なったとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Full-Scope to Restricted-Scope	お客様の保険給付項目に対する重要な変更お客様の Medi-Cal は、年月日<month dd, yyyy>で限定範囲に変更されました。 お客様は、26 歳以上 49 歳以下であり、お客様が当社に米国市民権の証明書類か、もしくは Medi-Cal 保険用途に関する十分な移民資格か、を送付していなかったため、お客様の Medi-Cal は、全範囲から限定範囲に変更中です。お客様は、お客様が証明を提出しようとしていることを当社に通知するために当社に連絡をしていません。カリフォルニア州法では、26 歳未満または 50 歳以上であり、かつ市民権の証明もしくは十分な移民資格をお持ちではないか、またはそれらを提供できないか、である個人に関して限定して全範囲 Medi-Cal が対象となります。現在、お客様は当該年齢制限を超過しているため、お客様の Medi-Cal は限定範囲に変更されることとなります。 限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、妊婦管理、妊娠、出産、及び出産後ケア、及び長期ケアサービスなどの救急サービス、妊娠関連検査サービス項目に対象が限定されています。お客様が、サービスの 1 項目が限定範囲の対象であるかどうかをご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。 お客様が当社に直ぐに提出できる、お客様の市民権もしくは移民資格の証明をお持ちの場合か、またはお客様がお客様のドキュメントを入手するのに問題があることを当社に通知したいか、である場合には、本通知に列挙された電話番号宛てにお客様の国・地域の担当者にご連絡ください。お客様が当社にお客様のドキュメントを送付する際、お客様の保険給付項目は、限定範囲から全範囲まで異なる場合があります。全範囲の給付項目では、お客様が、全てのお客様の医療ニーズに関して受診することを可能にします。 お客様が 1 年以内に当社が受諾可能な証拠書類を提出する場合、お客様の Medi-Cal は、お客様の保険給付項目が開始される月から起算される全範囲 Medi-Cal に復帰できる場合があります。 当該期間内で、お客様がもはや保険給付対象ではないと判定されない限り、限定範囲 Medi-Cal 対象が継続されることになります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたか、またはお客様の状況項目が変化した場合か、の時点で発生する可能性があります。

	<Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違っただけを行なったとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Restricted-Scope to Full-Scope Under 26	良いお知らせです！お客様の Medi-Cal は期日<month dd, yyyy>で全範囲に変更されました。 お客様が、お客様の U.S.市民権もしくは十分な移民資格を、またはお客様が 26 歳未満であるか、を証明することが可能であったため、お客様の Medi-Cal は、限定範囲から全範囲に変更中です。お客様の Medi-Cal の対象は、お客様がもはや保険給付の対象でないと判定されない限り、当該項目が継続されることとなります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたか、またはお客様の状況項目が変化した場合か、の時点で発生する可能性があります。 全範囲 Medi-Cal に関するお客様の保険給付項目は、過去数か月間が対象となる場合があります。お客様が限定 Medi-Cal の保険給付を持っていた間に、1 件の救急、妊娠関連医療、もしくは長期医療ケアサービスではなかった医療ケアに関して支払っている場合、お客様は支払った料金の払い戻しができる可能性があります。お客様の返金に関する質問については、1-916-403-2007（米国国際電話番号）の当社「保健医療サービス部門」、「受益者サービス」宛てにご連絡ください <Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違っただけを行なったとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	良いお知らせです！お客様の Medi-Cal は、<month dd, yyyy> の日付で全範囲に変更されました。 お客様の U.S. 市民権もしくは十分な移民資格、またはお客様が 50 歳以上であることが証明されたため、お客様の Medi-Cal は、限定範囲から全範囲に変更されました。全範囲 Medi-Cal は、2022 年 5 月 1 日を開始日として、50 歳以上の方全員が対象となります。お客様の全範囲 Medi-Cal は、お客様が保険給付の対象でないと判定されない限り、当該項目が継続されることとなります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたり、お客様の状況項目が変更された時点で変更される場合があります。

	全範囲 Medi-Cal に関するお客様の保険給付項目は、過去数か月間が対象となる場合があります。お客様が限定範囲 Medi-Cal の受給者であり、救急、妊娠関連医療または長期医療ケアサービス以外の医療サービスの治療費を支払った場合、支払った治療費の払い戻しができる可能性があります。支払った治療費の払い戻しに関する質問は、当社 Department of Health Care Services の受益者サービス：1-916-403-2007（米国国際電話番号）までご連絡ください。 本決定は、<Regulation> の規制または法律に基づき行われています。本通知が間違いである場合、その旨をお申し出ください。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される「お客様の訴求の権利項目」でご確認ください。1 件の訴求案件に関して、猶予期間は 90 日間となっています。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Notice Type	Japanese Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	お客様は、お客様の Medi-Cal 申込以前の 3 か月間の請求書のどれが保険対象であるかを確認することを当社に要請しました。お客様は、26 歳以上 49 歳以下であり、お客様が当社に U.S.市民権の証明書類か、もしくは Medi-Cal 保険用途に関する十分な移民資格か、を送付していなかったため、給付項目年月 <month year> 内で限定範囲 Medi-Cal に関する資格が認定されました。限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、妊婦管理、妊娠、出産、及び出産後ケアなどの救急サービス、妊娠関連検査サービスに対象が限定されています。お客様が、サービスの 1 項目が限定範囲 Medi-Cal の対象であるかどうかをご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。お客様は、その他の複数期間にわたるお客様の保険給付項目について、それらを取得しているか、またはそれについて他の通知を既に受領しているか、の場合があります。本通知は、お客様が対象年月 <month year> にわたり Medi-Cal 対象を取得していることに限定してお知らせするものです。 お客様が当社に直ぐに提出できる、お客様の市民権もしくは移民資格の証明をお持ちの場合か、またはお客様がお客様のドキュメントを入手するのに問題があることを当社に通知したいか、である場合には、本通知に列挙された電話番号宛てにお客様の国・地域の担当者にご連絡ください。お客様が当社にお客様のドキュメントを提供する際、お客様の保険給付項目は、限定範囲から全範囲まで変化する場合があります。全範囲の給付項目では、お客様が、全てのお客様の医療ニーズに関して受診することを可能にします。 <Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違っただけを行なったとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。

Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	お客様は、申請前 3 ヶ月の期間における請求が Medi-Cal の保障対象となるかについて確認を依頼されました。お客様は、<month year> の日付で限定範囲 Medi-Cal の資格が認定されました。これは、お客様が 50 歳以上であり、Medi-Cal 保険適用に関して U.S. 市民権の証明書類もしくは十分な移民資格を当社に送付していなかったためです。2022 年 5 月 1 日を開始日とするカリフォルニア州法では、市民権の証明書類もしくは十分な移民資格を持っていない、または提出できない 50 歳以上の個人であっても全範囲 Medi-Cal の対象となります。限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、労働、妊娠・出産、出産後ケアなどの救急サービス、妊娠関連検査サービスに対象が限定されています。サービスの項目が限定範囲 Medi-Cal の対象であるかどうかをご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。お客様は、他の期間にお客様の資格に関するその他の通知を取得している、またはすでに取得した可能性があります。本通知は、<month year> に、Medi-Cal 適用の資格があることのみを通知するものです。 現在、当社に提供できる市民権もしくは移民状況の証明書がある、または書類に関して何らかの問題があり当社に問い合わせをしたい場合、本通知に記載されているお客様の国の Medi-Cal の番号までお電話ください。お客様が当社に証明書類を提供することにより、お客様の保険給付項目が限定範囲から全範囲に変更される可能性があります。全範囲では全項目が保障対象となり、必要となる全ての治療を受けることができます。 本決定は、<Regulation> の規制または法律に基づき行われています。本通知が間違いである場合、その旨をお申し出ください。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される「お客様の訴求の権利項目」でご確認ください。1 件の訴求案件に関して、猶予期間は 90 日間となっています。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	お客様は、26 歳以上 49 歳以下であり、お客様が当社に U.S.市民権の証明書類か、もしくは Medi-Cal 保険用途に関する十分な移民資格か、を送付していなかったため、限定範囲の Medi-Cal に関して限定されて承認されています。カリフォルニア州法では、26 歳未満または 50 歳以上であり、かつ市民権の証明もしくは十分な移民資格をお持ちではないか、またはそれらを提供できないか、である個人に関して限定して全範囲 Medi-Cal が対象となります。お客様は年齢制限を超過しているため、お客様は限定範囲 Medi-Cal に関して限定された資格が認定されます。限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、妊婦管理、妊娠、出産、出産後ケアなどの救急サービス、妊娠関連検査サービスに対象が限定されています。お客様が、サービスの 1 項目が限定範囲 Medi-Cal の対象であるかどうかをご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。

	限定範囲 Medi-Cal に関するお客様の保険給付項目は、発効年月日<month dd, yyyy>から開始されます。お客様の Medi-Cal の対象は、お客様がもはや保険給付項目の対象でないと判定されない限り、それが継続されることとなります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたか、またはお客様の状況項目が変化した場合か、の時点で発生する可能性があります。 お客様が当社に直ぐに提出できる、お客様の市民権もしくは移民資格の証明をお持ちの場合か、またはお客様がお客様のドキュメントを入手するのに問題があることを当社に通知したいか、である場合には、本通知に列挙された電話番号宛てにお客様の国・地域の担当者にご連絡ください。お客様が当社にお客様のドキュメントを提供する際、お客様の保険給付項目は、限定範囲から全範囲まで変化する場合があります。全範囲の給付項目では、お客様が、全てのお客様の医療ニーズに関して受診することを可能にします。 <Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違っただけを行なったとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	お客様の保険給付項目に対する重要な変更お客様の Medi-Cal は、年月日<month dd, yyyy>で限定範囲に変更されました。 お客様は、26 歳以上 49 歳以下であり、お客様が当社に米国市民権の証明書類か、もしくは Medi-Cal 保険用途に関する十分な移民資格か、を送付していなかったため、お客様の Medi-Cal は、全範囲から限定範囲に変更中です。お客様は、お客様が証明を提出しようとしていることを当社に通知するために当社に連絡をしていません。カリフォルニア州法では、26 歳未満または 50 歳以上であり、かつ市民権の証明もしくは十分な移民資格をお持ちではないか、またはそれらを提供できないか、である個人に関して限定して全範囲 Medi-Cal が対象となります。現在、お客様は当該年齢制限である 26 歳以上 49 歳以下の制限内であるため、お客様の Medi-Cal は限定範囲に変更されることとなります。 限定範囲 Medi-Cal では、出産前ケア、妊婦管理、妊娠、出産、及び出産後ケアなどの救急サービス、妊娠関連検査サービス項目に対象が限定されています。お客様が、サービスの 1 項目が限定範囲の対象であるかどうかをご不明な場合は、お客様担当の医療提供者にお問い合わせください。 お客様が当社に直ぐに提出できる、お客様の市民権もしくは移民資格の証明をお持ちの場合か、またはお客様がお客様のドキュメントを入手するのに問題があることを当社に通知したいか、である場合には、本通知に列挙された電話番号宛てにお客様の国・地域の担当者にご連絡ください。

	お客様が当社にお客様のドキュメントを送付する際、お客様の保険給付項目は、限定範囲から全範囲まで異なる場合があります。全範囲の給付項目では、お客様が、全てのお客様の医療ニーズに関して受診することを可能にします。 お客様が 1 年以内に当社が受諾可能な証拠書類を提出する場合、お客様の Medi-Cal は、お客様の保険給付項目が開始される月から起算される全範囲 Medi-Cal に復帰できる場合があります。 当該期間内で、お客様がもはや保険給付対象ではないと判定されない限り、限定範囲 Medi-Cal 対象が継続されることになります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたか、またはお客様の状況項目が変化した場合か、の時点で発生する可能性があります。 <Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違ったことを行っただとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	良いお知らせです！お客様の Medi-Cal は期日<month dd, yyyy>で全範囲に変更されました。 お客様が、お客様の U.S.市民権もしくは十分な移民資格を、またはお客様が 26 歳未満であるか、を証明することが可能であったため、お客様の Medi-Cal は、限定範囲から全範囲に変更中です。お客様の Medi-Cal の対象は、お客様がもはや保険給付の対象でないと判定されない限り、当該項目が継続されることとなります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたか、またはお客様の状況項目が変化した場合か、の時点で発生する可能性があります。 全範囲 Medi-Cal に関するお客様の保険給付項目は、過去数か月間が対象となる場合があります。お客様が限定 Medi-Cal の保険給付を持っていた間に、1 件の救急、もしくは妊娠関連医療ではなかった医療ケアに関して支払っている場合、お客様は支払った料金の払い戻しができる可能性があります。お客様の返金に関する質問については、1-916-403-2007（米国国際電話番号）の当社「保健医療サービス部門」、「受益者サービス」宛てにご連絡ください

	<Regulation>は、本決定に関して当社が依拠する当該『規制』または法律です。当社が間違っただけを行なったとお考えの場合には、お客様は不服を申し立てることができます。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される『お客様の訴求の権利項目』にてご確認ください。お客様は、1 件の訴求案件に関して 90 日間だけの猶予しかありません。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます。
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	良いお知らせです！お客様の Medi-Cal は、<month dd, yyyy> の日付で全範囲に変更されました。 お客様の U.S.市民権もしくは十分な移民資格、またはお客様が 50 歳以上であることが証明されたため、お客様の Medi-Cal は、限定範囲から全範囲に変更されました。全範囲 Medi-Cal は、2022 年 5 月 1 日を開始日として、50 歳以上の方全員が対象となります。お客様の全範囲 Medi-Cal は、お客様が保険給付の対象でないと判定されない限り、当該項目が継続されることとなります。本事項は、お客様の保険給付項目が更新されたり、お客様の状況項目が変更された時点で変更される場合があります。 全範囲 Medi-Cal に関するお客様の保険給付項目は、過去数か月間が対象となる場合があります。お客様の Medi-Cal 保険給付が限定範囲であり、救急または妊娠関連サービス以外の医療サービスの治療費を支払っている場合、支払った治療費の払い戻しができる可能性があります。支払った治療費の払い戻しに関する質問は、当社 Department of Health Care Services の受益者サービス：1-916-403-2007（米国国際電話番号）までご連絡ください。 本決定は、<Regulation> の規制または法律に基づき行われています。本通知が間違いである場合、その旨をお申し出ください。不服を申し立てる方法については、本通知の最終ページに記載される「お客様の訴求の権利項目」でご確認ください。1 件の訴求案件に関して、猶予期間は 90 日間となっています。本 90 日間とは、本通知の日付の翌日から起算されます

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Korean Text MAGI Snippets
Restricted-Scope Retro Approval	귀하는, 귀하의 신청일에 앞서는 3 개월 동안 받은 고지서 납부와 관련하여, Medi-Cal 지원을 받을 수 있는지 확인해 줄 것을 우리에게 요청하신 바 있습니다. 귀하가 26 세~49 세이며 Medi-Cal 목적으로 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 출입국 증명서를 저희에게 보내지 않았기 때문에 <month yyyy>에 제한된 범위의 Medi-Cal 자격이 있으셨습니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 은 응급 서비스, 그리고 태아 건강관리, 진통, 및 분만, 산후 조리과 같은 임신 관련 서비스, 그리고 장기 건강관리만 보장해 드립니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 서비스가 보장되는지 여부에 대해 확실하지 않으실 경우, 귀하의 의료 제공자에게 문의하십시오. 귀하는 다른 기간에 대한 귀하의 자격에 대해, 다른 통지를 받으실 수 있거나, 이미 받으셨을 수 있습니다. 이 고지서는 귀하가 <month yyyy>.에 Medi-Cal 보장을 가지고 있었음을 알려드리는 서신입니다. 귀하가 현재 우리에게 제공할 수 있는 시민권 또는 이민법상의 지위에 대한 입증자료가 있는 경우, 서류를 입수하는 데 문제가 있음을 우리에게 알리고 싶으신 경우에는, 카운티 담당자에게 이 고지서에 기재되어 있는 번호로 연락을 하십시오. 귀하가 서류를 우리에게 제공하신 후, 귀하의 급부 혜택은 제한적 범위 내지 전 범위로 변경될 수 있습니다. 전 범위 혜택의 경우, 모든 의료적 필요를 위해 의사의 진료를 받을 수 있습니다. 저희는 결정을 내리는 데 있어서 귀하의 가구 크기와 소득을 고려하였습니다. Medi-Cal 의 경우, 귀하의 가구 크기는 <household size>이며, 귀하의 월 가구 소득은 <modified adjusted gross income>입니다. 귀하의 가구 크기에 대한 월 Medi-Cal 소득 한계는 <MAGI limit>입니다. 귀하의 소득은 이 한계 미만이므로 귀하는 Medi-Cal 의 자격이 있습니다. 귀하는 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 출입국 증명서를 제출하지 않았기 때문에 제한된 범위의 Medi-Cal 을 받았습니다. <Regulation>는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.

Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	귀하는 귀하의 신청일에 앞서는 3개월 동안 받은 고지서 납부와 관련하여Medi-Cal 지원을 받을 수 있는지 확인해 줄 것을 우리에게 요청하신 바 있습니다. 귀하가 50 세 이상이며 Medi-Cal 목적으로 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 출입국 증명서를 저희에게 보내지 않았기 때문에 <month yyyy> 에 제한된 범위의 Medi-Cal 자격이 있으셨습니다. 2022 년 5 월 1 일부터 캘리포니아 법은 50 세 이상이고 시민권 또는 만족스러운 이민 신분 증명이 없거나 제공할 수 없는 개인을 위해 전 범위의 Medi-Cal 를 적용합니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 은 응급 서비스, 그리고 태아 건강관리, 진통 및 분만, 산후 조리와 같은 임신 관련 서비스, 그리고 장기 건강관리만 보장해 드립니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 서비스가 보장되는지 여부에 대해 확실하지 않으실 경우에는 귀하의 의료 제공자에게 문의하십시오. 귀하는 다른 기간에 대한 귀하의 자격에 대해 다른 통지를 받으실 수 있거나 이미 받으셨을 수 있습니다. 이 고지서는 귀하가 <month yyyy> 에 Medi-Cal 보험을 가지고 있었음을 알려드리는 서신입니다. 귀하가 현재 우리에게 제공할 수 있는 시민권 또는 이민법상의 지위에 대한 입증자료가 있는 경우와 서류를 입수하는 데 문제가 있음을 우리에게 알리고 싶으신 경우에는이 고지서에 기재되어 있는카운티 Medi-Cal 사무실 번호로 연락을 하십시오. 귀하가 서류를 우리에게 제공하신 후 귀하의 급부 혜택은 제한적 범위 내지 전 범위로 변경될 수 있습니다. 전 범위 혜택의 경우, 모든 의료적 필요를 위해 의사의 진료를 받을 수 있습니다. 저희는 결정을 내리는 데 있어서 귀하의 가구 크기와 소득을 고려하였습니다. Medi-Cal 의 경우, 귀하의 가구 크기는 <household size> 이며 귀하의 월 가구 소득은 <modified adjusted gross income> 입니다. 귀하의 가구 크기에 대한 월 Medi-Cal 소득 한계는 <MAGI limit> 입니다. 귀하의 소득은 이 한계 미만이므로 귀하는 Medi-Cal 의 자격이 있습니다. 귀하는 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 출입국 증명서를 제출하지 않았기 때문에 제한된 범위의 Medi-Cal 을 받았습니다. <Regulation> 는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우에는 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 오직 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작됩니다.
---	---

Restricted-Scope Approval	귀하는 Medi-Cal 수혜를 위해 필요한, 귀하가 26 세~49 세이며 귀하의 U.S. 시민권이나 만족할 만한 이민법 상의 지위에 대해 증거자료를 보내지 않았기 때문에 제한된 범위의 Medi-Cal 에 대해서만 승인되었습니다. 캘리포니아 주 법은 만 26 세 미만 또는 50 세 이상이며 시민권 또는 만족할 만한 이민 신분을 증명할 수 없거나 제공할 수 없는 개인에 대해서만 Medi-Cal 전체 범위를 커버합니다. 귀하가 연령 제한인 26 세~49 세에 해당하기 때문에 제한된 범위의 Medi-Cal 에 대해 자격이 부여됩니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 은 응급 서비스, 그리고 태아 건강관리, 진통, 분만, 산후 조리와 같은 임신 관련 서비스, 그리고 장기 건강관리만 보장해 드립니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 서비스가 보장되는지 여부에 대해 확실하지 않으실 경우, 귀하의 의료제공자에게 문의하십시오. 귀하의 제한적 범위 Medi-Cal 자격은 <month dd, yyyy>부터 시작됩니다. 귀하가 더 이상 자격이 없다고 판정되지 않는 한 귀하의 Medi-Cal 보장은 계속됩니다. 이러한 상황은, 귀하의 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다. 귀하가 현재 우리에게 제공할 수 있는 시민권 또는 이민법 상의 지위에 대한 입증자료가 있는 경우, 서류를 입수하는 데 문제가 있음을 우리에게 알리고 싶으신 경우에는, 카운티 담당자에게 이 고지서에 기재되어 있는 번호로 연락을 하십시오. 귀하가 서류를 우리에게 제공하신 후, 귀하의 급부 혜택은 제한적 범위 내지 전 범위로 변경될 수 있습니다. 전 범위 혜택의 경우, 모든 의료적 필요를 위해 의사의 진료를 받을 수 있습니다. 우리는 결정을 내리는 데 있어서 귀하의 가구 크기와 소득을 고려하였습니다. Medi-Cal 의 경우, 귀하의 가구 크기는 <household size>이며, 귀하의 월 가구 소득은 <modified adjusted gross income>입니다. 귀하의 가구 크기에 대한 월 Medi-Cal 소득 한계는 <MAGI limit>입니다. 귀하의 소득은 이 한계 미만이므로 귀하는 Medi-Cal 의 자격이 있습니다. 귀하는 귀하의 시민권 또는 만족할 만한 이민 신분을 증명하지 못했기 때문에 제한된 범위의 Medi-Cal 을 받았습니다. <Regulation>는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.
----------------------------------	--

Full-Scope to Restricted-Scope	귀하의 급부 혜택에 대한 중요한 변경사항. 귀하의 Medi-Cal 은 <month dd, yyyy> 에 제한된 범위의 Medi-Cal 로 변경되게 됩니다. 귀하가 26 세~49 세이며 귀하가 U.S. 시민권 자이거나 Medi-Cal 목적을 위한 만족할 만한 입증자료를 저희에게 보내지 않았기 때문에 귀하의 Medi-Cal 이 전체 범위에서 제한된 범위로 변경됩니다. 귀하는 입증자료를 제공하려고 한다는 것을 저희에게 알려주도록 연락하지 않았습니다. 캘리포니아 주 법률은 만 26 세 미만 또는 50 세 이상이며 시민권 또는 만족할 만한 이민 신분을 증명할 수 없거나 제공할 수없는 개인에 대해서만 제한된 범위 Medi-Cal 을 적용합니다. 귀하가 그 연령 제한에 해당하기 때문에 Medi-Cal 이 제한된 범위로 변경됩니다. 제한된 범위 Medi-Cal 은 응급 서비스, 산전 관리, 노동, 출산 및 산후 관리, 장기 요양 보호 서비스와 같은 임신 관련 서비스만을 제공합니다. 서비스가 제한된 범위에 포함되는지 확실하지 않은 경우 의료 제공자에게 연락하십시오. 현재 저희에게 줄 수있는 시민권 또는 이민 신분에 대한 증거가있는 경우, 또는 문서를 가져 오는 데 문제가 있다는 것을 알려주고 싶다면 이 통지서에 기재된 번호로 카운티 직원에게 전화하십시오. 문서를 보낼 때 제한 범위에서 전체 범위로 혜택이 변경될 수 있습니다. 전체 범위 혜택을 통해 모든 의료 요구에 맞는 의사를 볼 수 있습니다. 귀하가 1 년 이내에 만족할만한 증거를 제공한다면 귀하의 제한된 혜택이 시작된 달부터 귀하의 Medi-Cal 이 전체 범위의 Medi-Cal 로 다시 변경될 수 있습니다. 한편, 귀하의 제한 범위 Medi-Cal 보험은 더 이상 자격이 없는 것으로 판명되지 않는 한 계속될 것입니다. 귀하의 수혜 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 이러한 일이 발생할 수 있습니다. <Regulation>는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.
Restricted-Scope to	좋은 소식이 있습니다! 귀하의 Medi-Cal 은 <month dd, yyyy>부터 전 범위로 변경되었습니다.

Full-Scope Under 26	귀하의 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 이민법 상의 지위를 입증할 수 있거나 26 세 미만인 귀하의 Medi-Cal 은 제한적 범위에서 전 범위로 변경됩니다. 귀하가 더 이상 자격이 없는 것으로 판정되지 않는 한 귀하의 Medi-Cal 보장은 계속됩니다. 이러한 상황은, 귀하의 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다. 귀하의 전 범위 Medi-Cal 혜택 자격으로 지난 달들에 대해서도 보장이 될 수 있습니다. 귀하가 제한적 Medi-Cal 혜택을 받는 동안, 응급, 임신 관련, 장기 건강관리 서비스 등이 아닌 의료관리 비용을 지불하셨다면, 귀하는 그 돈을 돌려받을 수도 있습니다. 환급을 받는 것과 관련하여 질문이 있으시면 Department of Health Care Services 수혜자 서비스(Beneficiary Services)에 1-916-403-2007 로 연락하여 알아보십시오. <Regulation>는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	좋은 소식이 있습니다! 귀하의 Medi-Cal 은 <month dd, yyyy> 부터 전 범위로 변경되었습니다. 귀하의 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 이민법 상의 지위를 입증할 수 있거나 50 세 이상인 귀하의 Medi-Cal 은 제한적 범위에서 전 범위로 변경됩니다. 전 범위 Medi-Cal 은 2022 년 5 월 1 일부터 50 세 이상의 적격한 모든 사람에게 제공됩니다. 귀하가 더 이상 자격이 없다고 판정되지 않는 한 귀하의 전 범위 Medi-Cal 보장은 계속됩니다. 이러한 상황은 귀하의 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다. 귀하의 전 범위 Medi-Cal 혜택 자격으로 지난 달들에 대해서도 보장이 될 수 있습니다. 귀하가 제한적 Medi-Cal 혜택을 받는 동안 응급, 임신 관련, 장기 건강관리 서비스 등이 아닌 의료관리 비용을 지불하셨다면 귀하는 그 돈을 돌려받을 수도 있습니다. 환급을 받는 것과 관련하여 질문이 있으시면 Department of Health Care Services 수혜자 서비스 (Beneficiary Services) 1-916-403-2007 로 연락하여 알아보십시오.

	<Regulation> 는(은) 우리가 결정을 내리는데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우에는이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는오직 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작됩니다.
Notice Type	Korean Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	귀하는, 귀하의 신청일에 앞서는 3 개월 동안 받은 고지서 납부와 관련하여, Medi-Cal 지원을 받을 수 있는지 확인해 줄 것을 우리에게 요청하신 바 있습니다. 귀하가 26 세~49 세이며 Medi-Cal 목적으로 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 출입국 증명서를 저희에게 보내지 않았기 때문에 <month year> 에 제한된 범위의 Medi-Cal 자격이 있으셨습니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 은 응급 서비스, 그리고 태아 건강관리, 진통, 및 분만, 산후 조리와 같은 임신 관련 서비스만 보장해 드립니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 서비스가 보장되는지 여부에 대해 확실하지 않으실 경우, 귀하의 의료 제공자에게 문의하십시오. 귀하는 다른 기간에 대한 귀하의 자격에 대해 다른 통지를 받으실 수 있거나 이미 받으셨을 수 있습니다. 이 고지서는 귀하가 <month year>에 Medi-Cal 보장을 가지고 있었음을 알려드리는 서신입니다. 귀하가 현재 우리에게 제공할 수 있는 시민권 또는 이민법상의 지위에 대한 입증자료가 있는 경우, 서류를 입수하는 데 문제가 있음을 우리에게 알리고 싶으신 경우에는, 카운티 담당자에게 이 고지서에 기재되어 있는 번호로 연락을 하십시오. 귀하가 서류를 우리에게 제공하신 후, 귀하의 급부 혜택은 제한적 범위 내지 전 범위로 변경될 수 있습니다. 전 범위 혜택의 경우, 모든 의료적 필요를 위해 의사의 진료를 받을 수 있습니다. <Regulation>는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.
Restricted Retro Approval NEW for	귀하는 귀하의 신청일에 앞서는 3 개월 동안 받은 고지서 납부와 관련하여, Medi-Cal 지원을 받을 수 있는지 확인해 줄 것을 우리에게 요청하신 바 있습니다. 귀하가 50 세 이상이며 Medi-Cal 목적으로 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 출입국 증명서를 저희에게 보내지 않았기 때문에 <month year> 에 제한된 범위의 Medi-Cal 자격이 있으셨습니다. 2022 년 5 월 1 일부터 캘리포니아 법은 50 세 이상이고 시민권 또는

implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	만족스러운 이민 신분 증명이 없거나 제공할 수 없는 개인을 위해 전 범위의 Medi-Cal 를 적용합니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 응급 서비스, 그리고 태아 건강관리, 진통 및 분만, 산후 조리와 같은 임신 관련 서비스만 보장해 드립니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 서비스가 보장되는지 여부에 대해 확실하지 않으실 경우에는 귀하의 의료 제공자에게 문의하십시오. 귀하는 다른 기간에 대한 귀하의 자격에 대해 다른 통지를 받으실 수 있거나, 이미 받으셨을 수 있습니다. 이 고지서는 귀하가 <month year> 에 Medi-Cal 보험을 가지고 있었음을 알려드리는 서신입니다. 귀하가 현재 우리에게 제공할 수 있는 시민권 또는 이민법상의 지위에 대한 입증자료가 있는 경우 서류를 입수하는데 문제가 있음을 우리에게 알리고 싶으신 경우에는 이 고지서에 기재되어 있는 카운티 Medi-Cal 사무실 번호로 연락을 하십시오. 귀하가 서류를 우리에게 제공하신 후 귀하의 급부 혜택은 제한적 범위 내지 전 범위로 변경될 수 있습니다. 전 범위 혜택의 경우 모든 의료적 필요를 위해 의사의 진료를 받을 수 있습니다. <Regulation> 는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우에는이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 오직 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작됩니다.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	귀하는 Medi-Cal 수혜를 위해 필요한, 귀하가 26 세~49 세이고 귀하의 U.S. 시민권이나 만족할 만한 이민법 상의 지위에 대해 증거자료를 보내지 않았기 때문에 제한된 범위의 Medi-Cal 에 대해서만 승인되었습니다. 캘리포니아 주 법은 만 26 세 또는 50 세 이상이며 시민권 또는 만족할 만한 이민 신분을 증명할 수 없거나 제공할 수없는 개인에 대해서만 Medi-Cal 전체 범위를 커버합니다. 귀하가 연령 제한을 초과하기 때문에 제한된 범위의 Medi-Cal 에 대해 자격이 부여됩니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 은 응급 서비스, 그리고 태아 건강관리, 진통, 분만, 산후 조리와 같은 임신 관련 서비스만 보장해 드립니다. 제한된 범위의 Medi-Cal 서비스가 보장되는지 여부에 대해 확실하지 않으실 경우, 귀하의 의료제공자에게 문의하십시오. 귀하의 제한적 범위 Medi-Cal 자격은 <month dd, yyyy>부터 시작됩니다. 귀하가 더 이상 자격이 없다고 판정되지 않는 한 귀하의 Medi-Cal 보장은 계속됩니다. 이러한 상황은, 귀하의 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다.

	귀하가 현재 우리에게 제공할 수 있는 시민권 또는 이민법 상의 지위에 대한 입증자료가 있는 경우, 서류를 입수하는 데 문제가 있음을 우리에게 알리고 싶으신 경우에는, 카운티 담당자에게 이 고지서에 기재되어 있는 번호로 연락을 하십시오. 귀하가 서류를 우리에게 제공하신 후, 귀하의 급부 혜택은 제한적 범위 내지 전 범위로 변경될 수 있습니다. 전 범위 혜택의 경우, 모든 의료적 필요를 위해 의사의 진료를 받을 수 있습니다. <Regulation>는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	귀하의 급부 혜택에 대한 중요한 변경사항. 귀하의 Medi-Cal 은 <month dd, yyyy>에 제한된 범위의 Medi-Cal 로 변경되게 됩니다. 귀하가 26 세~49 세이며 귀하가 U.S. 시민권자이거나 Medi-Cal 목적을 위한 만족할 만한 입증자료를 저희에게 보내지 않았기 때문에 귀하의 Medi-Cal 이 전체 범위에서 제한된 범위로 변경됩니다. 귀하는 입증자료를 제공하려고한다는 것을 저희에게 알려주도록 연락하지 않았습니다. 캘리포니아 주 법률은 만 26 세 미만 또는 50 세 이상이며 시민권 또는 만족할 만한 이민 신분이 없거나 증명을 제공할 수 없는 개인에 대해서만 제한된 범위 Medi-Cal 을 적용합니다. 귀하가 그 연령 제한인 26 세~49 세에 해당하기 때문에 Medi-Cal 이 제한된 범위로 변경됩니다. 제한된 범위 Medi-Cal 은 응급 서비스, 산전 관리, 노동, 출산 및 산후 관리같은 임신 관련 서비스만을 제공합니다. 서비스가 제한된 범위에 포함되는지 확실하지 않은 경우 의료 제공자에게 연락하십시오. 현재 저희에게 줄 수 있는 시민권 또는 이민 신분에 대한 증거가 있는 경우, 또는 문서를 가져오는 데 문제가 있다는 것을 알려주고 싶다면 이 통지서에 기재된 번호로 카운티 직원에게 전화하십시오. 문서를 보낼 때 제한 범위에서 전체 범위로 혜택이 변경될 수 있습니다. 전체 범위 혜택을 통해 모든 의료 요구에 맞는 의사를 볼 수 있습니다. 귀하가 1 년 이내에 만족할만한 증거를 제공한다면 귀하의 제한된 혜택이 시작된 달부터 귀하의 Medi-Cal 이 전체 범위의 Medi-Cal 로 다시 변경될 수 있습니다.

	한편, 귀하의 제한 범위 Medi-Cal 보험은 더 이상 자격이 없는 것으로 판명되지 않는 한 계속될 것입니다. 귀하의 수혜 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 이러한 일이 발생할 수 있습니다. <Regulation>는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	좋은 소식이 있습니다! 귀하의 Medi-Cal 은 <month dd, yyyy> 부터 전 범위로 변경되었습니다. 귀하의 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 이민법 상의 지위를 입증할 수 있거나 26 세 미만인 귀하의 Medi-Cal 은 제한적 범위에서 전 범위로 변경됩니다. 귀하가 더 이상 자격이 없는 것으로 판정되지 않는 한 귀하의 Medi-Cal 보장은 계속됩니다. 이러한 상황은, 귀하의 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다. 귀하의 전 범위 Medi-Cal 혜택 자격으로 지난 달들에 대해서도 보장이 될 수 있습니다. 귀하가 제한적 Medi-Cal 혜택을 받는동안 응급 및 임신 관련 등이 아닌 의료관리 비용을 지불하셨다면, 귀하는 그 돈을 돌려받을 수도 있습니다. 환급을 받는 것과 관련하여 질문이 있으시면 Department of Health Care Services 수혜자 서비스 (Beneficiary Services) 에 1-916-403-2007 로 연락하여 알아보십시오. <Regulation> 는 (은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작되었습니다.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older	좋은 소식이 있습니다! 귀하의 Medi-Cal 은 <month dd, yyyy> 부터 전 범위로 변경되었습니다. 귀하의 U.S. 시민권 또는 만족할 만한 이민법 상의 지위를 입증할 수 있거나 50 세 이상인 귀하의 Medi-Cal 은 제한적 범위에서 전 범위로 변경됩니다. 전 범위 Medi-Cal 은 2022 년 5 월 1 일부터 50 세 이상의 적격한 모든 사람에게 제공됩니다. 귀하가 더 이상 자격이 없다고

NEW for implementation	판정되지 않는 한 귀하의 전 범위 Medi-Cal 보장은 계속됩니다. 이러한 상황은 귀하의 자격이 갱신되거나 귀하의 상황이 변경될 때 발생할 수 있습니다.
(Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	귀하의 전 범위 Medi-Cal 혜택 자격으로 지난 달들에 대해서도 보장이 될 수 있습니다. 귀하가 제한적 Medi-Cal 혜택을 받는 동안 응급 또는 임신 관련 서비스가 아닌 의료관리 비용을 지불하셨다면 귀하는 그 돈을 돌려 받을 수도 있습니다. 환급을 받는 것과 관련하여 질문이 있으시면 Department of Health Care Services 수혜자 서비스 1-916-403-2007 로 연락하여 알아보십시오. <Regulation> 는(은) 우리가 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다. 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우에는 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하는 방법에 대해 알아보시려면 이 고지서 마지막 페이지의 '귀하의 청문권'을 참조하십시오. 청문 신청을 하는 데에는 단 90 일의 기간이 허용됩니다. 90 일의 기간은 이 고지서 발송일 다음 날부터 시작됩니다.

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Laotian Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	ທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ເພື່ອຄຸ້ມຄອງໃບບິນສໍາລັບສາມເດືອນໃດໜຶ່ງກ່ອນທ່ານໄດ້ຂໍສະໝັກຫຼືບໍ່. ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດໃນ <<month yyyy> > ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 26 ປີຂຶ້ນໄປຈົນເຖິງອາຍຸ 49 ປີ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈສໍາລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດລູກ, ແລະ ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ, ແລະ ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຫຼືບໍ່, ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຂໍຮັບ ຫຼື ອາດໄດ້ຮັບແຈ້ງການອື່ນກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບຊ່ວງໄລຍະເວລາອື່ນຢູ່ແລ້ວ. ແຈ້ງການນີ້ພຽງເປັນການບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medi-Cal ສໍາລັບ <<month yyyy> > ແລ້ວເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ແລະ ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼືຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານມີບັນຫາໃນການຮັບເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສໍາລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານທັງໝົດ. ພວກເຮົານັບຂະໜາດຄົວເຮືອນ ແລະ ລາຍຮັບຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດຄໍາຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ສໍາລັບ Medi-Cal, ຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <household size> ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນລາຍເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <modified adjusted gross income>. ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບຈາກMedi-Cal ລາຍເດືອນສໍາລັບຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <MAGI limit>. ລາຍຮັບຂອງທ່ານແມ່ນຕໍ່າກວ່າຂີດຈຳກັດນີ້, ດັ່ງນັ້ນທ່ານຈຶ່ງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal. ທ່ານໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດ ເນື່ອງຈາກທ່ານບໍ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານ. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Restricted Scope Retro Approval	ທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ເພື່ອຄຸ້ມຄອງໃບບິນສໍາລັບສາມເດືອນໃດໜຶ່ງກ່ອນທ່ານໄດ້ຂໍສະໝັກຫຼືບໍ່. ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດໃນ <month yyyy> ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈສໍາລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. ເລີ່ມຕົ້ນໃນ ວັນທີ 1 ເດືອນ ພຶດສະພາ, 2022, ກົດໝາຍຂອງແຄລິຟໍເນຍຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ສະເພາະບຸກຄົນທີ່ມີ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະໜອງ

NEW for implementation	ໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ຂອບເຂດຈຳກັດ Medi-Cal ເທົ່ານັ້ນ ຂອບເຂດຈຳກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດລູກ, ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ, ແລະ ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal, ຂອບເຂດຈຳກັດຫຼືບໍ່. ທ່ານອາດຂໍຮັບ ຫຼື ອາດໄດ້ຮັບແຈ້ງການອື່ນກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບຊ່ວງໄລຍະເວລາອື່ນຢູ່ແລ້ວ. ແຈ້ງການນີ້ພຽງເປັນການບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medi-Cal ສໍາລັບ <month yyyy> ແລ້ວເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼືຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານມີບັນຫາໃນການຮັບເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານ Medi-Cal ຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສໍາລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານທັງໝົດ. ພວກເຮົານັບຂະໜາດຄົວເຮືອນ ແລະ ລາຍຮັບຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດຄໍາຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ສໍາລັບ Medi-Cal, ຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <household size> ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນລາຍເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <modified adjusted gross income>. ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບຈາກ Medi-Cal ລາຍເດືອນສໍາລັບຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <MAGI limit>. ລາຍຮັບຂອງທ່ານແມ່ນຕໍ່າກວ່າຂີດຈຳກັດນີ້, ດັ່ງນັ້ນທ່ານຈຶ່ງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal. ທ່ານໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດ ເນື່ອງຈາກທ່ານບໍ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານ. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Restricted Scope Approval	ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດສໍາລັບສະເພາະ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດເທົ່ານັ້ນ ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 26 ປີຂຶ້ນໄປຈົນເຖິງອາຍຸ 49 ປີ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານສໍາລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. ກົດໝາຍຂອງແຄລິຟໍເນຍຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນໃຫ້ກັບສະເພາະບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 26 ປີ ຫຼື ອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸໃນຊ່ວງທີ່ເກີນກວ່າຂີດຈຳກັດຂອງອາຍຸ 26 ເຖິງ 49 ປີ, ທ່ານຈຶ່ງພຽງແຕ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດເທົ່ານັ້ນ. Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດລູກ, ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ, ແລະ ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຫຼືບໍ່, ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ. ການມີສິດທິໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ <effective date- Month Day, Year>. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສິບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍ

	ຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທິໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທິໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼື ຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານກຳລັງມີບັນຫາໃນການຮັບເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານທັງໝົດ. ພວກເຮົານັບຂະໜາດຄົວເຮືອນ ແລະ ລາຍຮັບຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ສຳລັບ Medi-Cal, ຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <household size> ແລະ ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນລາຍເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <modified adjusted gross income>. ຂີດຈຳກັດລາຍຮັບຈາກ Medi-Cal ລາຍເດືອນສຳລັບຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ <MAGI limit>. ລາຍຮັບຂອງທ່ານແມ່ນຕ່ຳກວ່າຂີດຈຳກັດນີ້, ດັ່ງນັ້ນທ່ານຈຶ່ງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal. ທ່ານໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດ ເນື່ອງຈາກທ່ານບໍ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານ. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສຳລັບຄຳຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ທີ່ຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Full Scope to Restricted Scope	ການປ່ຽນແປງທີ່ສຳຄັນຕໍ່ກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ. Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນເປັນຂອບເຂດຈຳກັດແລ້ວໃນວັນທີ <month dd, yyyy>. Medi-Cal ຂອງທ່ານກຳລັງປ່ຽນຈາກຂອບເຂດເຕັມສົມບູນເປັນຂອບເຂດຈຳກັດ ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 26 ປີຂຶ້ນໄປຈົນເຖິງອາຍຸ 49 ປີ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດວ່າທ່ານເປັນພົນລະເມືອງ U.S. ໃຫ້ພວກເຮົາ ຫຼື ມີສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈສຳລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. ທ່ານບໍ່ທັນໄດ້ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານກຳລັງພະຍາຍາມສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດ. ກົດໝາຍຂອງແຄລິຟໍເນຍຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນໃຫ້ກັບສະເພາະບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 26 ປີຫຼື ອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ຕອນນີ້ທ່ານມີອາຍຸເກີນກວ່າຂີດຈຳກັດແລ້ວ, Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະປ່ຽນເປັນຂອບເຂດຈຳກັດ. Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດລູກ, ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ, ແລະ ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍຂອບເຂດຈຳກັດຫຼືບໍ່, ໂທຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ.

	ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼື ຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານກຳລັງມີບັນຫາໃນການຮັບເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານທັງໝົດ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດທີ່ສາມາດຍອມຮັບໄດ້ແກ່ພວກເຮົາພາຍໃນໜຶ່ງປີ, Medi-Cal ຂອງທ່ານອາດປ່ຽນກັບໄປເປັນ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເຊິ່ງເລີ່ມໃນເດືອນທີ່ຜົນປະໂຫຍດທີ່ຈຳກັດຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ. ໃນລະຫວ່າງນັ້ນ, ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທິໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທິໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສຳລັບຄຳຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	ຂ່າວດີ! Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນແລ້ວໃນວັນທີ <month dd, yyyy>. Medi-Cal ຂອງທ່ານກຳລັງປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເນື່ອງຈາກທ່ານສາມາດພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານໄດ້ແລ້ວ ຫຼື ທ່ານມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 26 ປີ. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທິໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທິໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ການມີສິດທິໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນຂອງທ່ານອາດຄຸ້ມຄອງຫຼາຍເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າດູແລເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ທີ່ບໍ່ແມ່ນການບໍລິການສຸກເສີນ, ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ, ຫຼື ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ ໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ທີ່ຈຳກັດ, ທ່ານອາດສາມາດຂໍຮັບການຄືນເງິນຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາຝ່າຍໃຫ້ບໍລິການຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ພະແນກການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ເພື່ອຮັບຄຳຕອບສຳລັບຄຳຖາມກ່ຽວກັບການຂໍເງິນຄືນຂອງທ່ານທີ່ເບີ 1-916-403-2007. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສຳລັບຄຳຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.

Restricted Scope to Full Scope	າວດີ! Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນແລ້ວໃນວັນທີ <month dd, yyyy>.
50 and Older	Medi-Cal ຂອງທ່ານກຳລັງປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເນື່ອງຈາກທ່ານສາມາດພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານໄດ້ແລ້ວ ຫຼື ທ່ານມີອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ມີໃຫ້ກັບທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຄົບ 50 ແລະ ຫຼາຍກ່ວາ ເລີ່ມຕົ້ນວັນທີ 1 ເດືອນພຶດສະພາ, 2022. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທີ່ໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທີ່ໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ.
NEW for implementation	ການມີສິດທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນຂອງທ່ານອາດຄຸ້ມຄອງຫຼາຍເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າດູແລເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ທີ່ບໍ່ແມ່ນການບໍລິການສຸກເສີນ, ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ, ຫຼື ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ ໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ທີ່ຈຳກັດ, ທ່ານອາດສາມາດຂໍຮັບການຄືນເງິນຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາຝ່າຍໃຫ້ບໍລິການຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ Department of Health Care Services ເພື່ອຮັບຄໍາຕອບສຳລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຂໍເງິນຄືນຂອງທ່ານທີ່ເບີ 1-916-403-2007.
	<Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Notice Type	Laotian Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval	ທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ເພື່ອຄຸ້ມຄອງໃບບິນສໍາລັບສາມເດືອນໃດໜຶ່ງກ່ອນທ່ານໄດ້ຂໍສະໝັກຫຼືບໍ່. ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດໃນ <<month yyyy> > ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 26 ປີຂຶ້ນໄປຈົນເຖິງອາຍຸ 49 ປີ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈສໍາລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດລູກ, ແລະ ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຫຼືບໍ່, ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຂໍຮັບ ຫຼື ອາດໄດ້ຮັບແຈ້ງການອື່ນກ່ຽວກັບການມີສິດທີ່ໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບຊ່ວງໄລຍະເວລາອື່ນຢູ່ແລ້ວ. ແຈ້ງການນີ້ພຽງເປັນການບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medi-Cal ສໍາລັບ <<month yyyy> > ແລ້ວເທົ່ານັ້ນ.
(Provided by LRS/C-IV)	
(Specific to Non-MAGI Programs)	ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼືຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານມີບັນຫາໃນການຮັບເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສໍາລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານທັງໝົດ.

	<Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	ທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ເພື່ອຄຸ້ມຄອງໃບບິນສໍາລັບສາມເດືອນໃດໜຶ່ງກ່ອນທ່ານໄດ້ຂໍສະໝັກຫຼືບໍ່. ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈໍາກັດໃນ <month year> ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 50 ປີ ຫຼື ຫຼາຍກ່ວາ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈສໍາລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. ເລີ່ມຕົ້ນວັນທີ 1 ເດືອນພຶດສະພາ, 2022, ກົດໝາຍຂອງແຄລິຟໍເນຍຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນໃຫ້ກັບສະເພາະບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸເກີນກວ່າຂີດຈໍາກັດ, ທ່ານຈຶ່ງພຽງແຕ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈໍາກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດລູກ, ແລະ ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal, ຂອບເຂດຈໍາກັດຫຼືບໍ່, ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຂໍຮັບ ຫຼື ອາດໄດ້ຮັບແຈ້ງການອື່ນກ່ຽວກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານສໍາລັບຊ່ວງໄລຍະເວລາອື່ນຢູ່ແລ້ວ. ແຈ້ງການນີ້ພຽງເປັນການບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medi-Cal ສໍາລັບ <month year> ແລ້ວເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼືຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານມີບັນຫາໃນການຮັບເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານ Medi-Cal ຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈໍາກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສໍາລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານທັງໝົດ. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-	ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດສໍາລັບສະເພາະ Medi-Cal ຂອບເຂດຈໍາກັດເທົ່ານັ້ນ ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 26 ປີຂຶ້ນໄປຈົນເຖິງອາຍຸ 49 ປີ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານສໍາລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. ກົດໝາຍຂອງແຄລິຟໍເນຍຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນໃຫ້ກັບສະເພາະບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 26 ປີ ຫຼື ອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸເກີນກວ່າຂີດຈໍາກັດ, ທ່ານຈຶ່ງພຽງແຕ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈໍາກັດເທົ່ານັ້ນ. Medi-Cal ຂອບເຂດຈໍາກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດລູກ, ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medi-Cal ຂອບເຂດຈໍາກັດຫຼືບໍ່, ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ.

MAGI Programs)	ການມີສິດທີ່ໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ <effective date- Month Day, Year>. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍ ຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທີ່ໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທີ່ໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼື ຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານກຳລັງມີບັນຫາໃນການຮັບ ເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດ ເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານ ທັງໝົດ. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສຳລັບຄຳຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງ ທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການ ນີ້.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	ການປ່ຽນແປງທີ່ສຳຄັນຕໍ່ກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ. Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນເປັນຂອບເຂດຈຳກັດແລ້ວໃນວັນທີ <month 01, yyyy>. Medi-Cal ຂອງທ່ານກຳລັງປ່ຽນຈາກຂອບເຂດເຕັມສົມບູນເປັນຂອບເຂດຈຳກັດ ເນື່ອງຈາກທ່ານມີອາຍຸ 26 ປີຂຶ້ນໄປຈົນເຖິງອາຍຸ 49 ປີ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງຫຼັກຖານພິສູດວ່າທ່ານ ເປັນພົນລະເມືອງ U.S. ໃຫ້ພວກເຮົາ ຫຼື ມີສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈສຳລັບຈຸດປະສົງ Medi-Cal. ທ່ານບໍ່ທັນໄດ້ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານກຳ ລັງພະຍາຍາມສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດ. ກົດໝາຍຂອງແຄລິຟໍເນຍຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນໃຫ້ກັບສະເພາະບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 26 ປີຫຼື ອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີ ຫຼື ບໍ່ສາມາດສະໜອງໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ຕອນນີ້ທ່ານມີອາຍຸໃນຊ່ວງທີ່ເກີນກວ່າຂີດຈຳກັດອາຍຸ 26 ປີ ຂຶ້ນໄປຈົນເຖິງອາຍຸ 49 ປີ, Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະປ່ຽນເປັນຂອບເຂດຈຳກັດ. Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຄຸ້ມຄອງສະເພາະການບໍລິການສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ເຊັ່ນ: ການດູແລເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດ, ການເຈັບທ້ອງອອກລູກ, ການຄອດ ລູກ, ການດູແລເບິ່ງແຍງຫຼັງຄອດ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍຂອບເຂດຈຳກັດຫຼືບໍ່, ໂທຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານພິສູດສັນຊາດ ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ພວກເຮົາໄດ້ໃນຕອນນີ້, ຫຼື ຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ວ່າທ່ານກຳລັງມີບັນຫາໃນການຮັບ ເອກະສານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາພະນັກງານຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຕາມເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ໃນແຈ້ງການນີ້. ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານອາດປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດ ເຕັມສົມບູນ ເມື່ອທ່ານສະໜອງເອກະສານຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ. ຜົນປະໂຫຍດຂອບເຂດເຕັມສົມບູນອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄປພົບທ່ານໝໍສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານ ທັງໝົດ. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຫຼັກຖານພິສູດທີ່ສາມາດຍອມຮັບໄດ້ແກ່ພວກເຮົາພາຍໃນໜຶ່ງປີ, Medi-Cal ຂອງທ່ານອາດປ່ຽນກັບໄປເປັນ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເຊິ່ງເລີ່ມໃນເດືອນທີ່ຜົນປະ

	ໂຫຍດທີ່ຈຳກັດຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ. ໃນລະຫວ່າງນັ້ນ, ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອບເຂດຈຳກັດຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທິໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທິໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	ຂ່າວດີ! Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນແລ້ວໃນວັນທີ <month dd, yyyy>. Medi-Cal ຂອງທ່ານກໍາລັງປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເນື່ອງຈາກທ່ານສາມາດພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານໄດ້ແລ້ວ ຫຼື ທ່ານມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 26 ປີ. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທິໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທິໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ການມີສິດທິໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນຂອງທ່ານອາດຄຸ້ມຄອງຫຼາຍເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າດູແລເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ທີ່ບໍ່ແມ່ນການບໍລິການສຸກເສີນ ຫຼື ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ ໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ທີ່ຈຳກັດ, ທ່ານອາດສາມາດຂໍຮັບການຄືນເງິນຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາຝ່າຍໃຫ້ບໍລິການຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ພະແນກການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ເພື່ອຮັບຄໍາຕອບສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຂໍເງິນຄືນຂອງທ່ານທີ່ເບີ 1-916-403-2007. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	ຂ່າວດີ! Medi-Cal ຂອງທ່ານປ່ຽນເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນແລ້ວໃນວັນທີ <month dd, yyyy>. Medi-Cal ຂອງທ່ານກໍາລັງປ່ຽນຈາກຂອບເຂດຈຳກັດເປັນຂອບເຂດເຕັມສົມບູນ ເນື່ອງຈາກທ່ານສາມາດພິສູດສັນຊາດ U.S. ຫຼື ສະຖານະການເຂົ້າເມືອງທີ່ໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຂອງທ່ານໄດ້ແລ້ວ ຫຼື ທ່ານມີອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ມີໃຫ້ກັບທຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸຄົບ 50 ແລະ ຫຼາຍກ່ວາ ເລີ່ມຕົ້ນວັນທີ 1 ເດືອນພຶດສະພາ, 2022. ການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ ເວັ້ນເສຍຈາກວ່າຈະພົບວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດທິໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ. ສິ່ງນີ້ສາມາດເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນເວລາຕໍ່ອາຍຸການມີສິດທິໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ ຫຼື ເມື່ອສະຖານະພາບຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ. ການມີສິດທິໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ຂອບເຂດເຕັມສົມບູນຂອງທ່ານອາດຄຸ້ມຄອງຫຼາຍເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າດູແລເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ທີ່ບໍ່ແມ່ນການ

(specific to CalWIN Non-MAGI Programs)	ບໍລິການສຸກເສີນ, ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ, ຫຼື ການບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ ໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medi-Cal ທີ່ຈຳກັດ, ທ່ານອາດສາມາດຂໍຮັບການຄືນເງິນຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາຝ່າຍໃຫ້ບໍລິການຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢູ່ທີ່ Department of Health Care Services ເພື່ອຮັບຄໍາຕອບສຳລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຂໍເງິນຄືນຂອງທ່ານທີ່ເບີ 1-916-403-2007. <Regulation> ແມ່ນກົດລະບຽບ ຫຼື ກົດໝາຍ ທີ່ພວກເຮົາອີງໃສ່ສໍາລັບຄໍາຕັດສິນນີ້. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນ. ເບິ່ງ "ສິດທິໃນການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ" ໃນໜ້າສຸດທ້າຍຂອງແຈ້ງການນີ້ ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ. ທ່ານມີເວລາຂໍເອົາການໄຕ່ສວນພຽງແຕ່ 90 ມື້ເທົ່ານັ້ນ. 90 ມື້ເລີ່ມຕົ້ນແຕ່ມື້ຫຼັງຈາກວັນທີໃນແຈ້ງການນີ້.
--	--

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Mien Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	Meih duqv tov naaic yie mbuo gorngv taux yiem ga’ndiev deix waac: Naaiv norm Medi-Cal sou-gorn se haih tengx cuotv nyaanh bun liouh jaauv yie nyei ndie-daan jaaz dungh yie duqv zipv siou yiem njiec 3 hlaax nyieqc jiez daaih wuov yie duqv zoux sou mingh tov longc Medi-Cal beu sengh baengc zingh wuov. Ninh mbuo corngv liuz horpc hnyouv buatac longx bun longc ei longx naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn yiem naaiv <eligibility month year> wueic zuqc meih maaih hnyangx-jeiv buangv 26 mingh taux 49 hnyangx mi’aqc a’fai gauh goz aengx caux maiv buatac meih dorh haaix diuc sou-gorn fungx daaih bun yie mbuo duqv hiuv gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi’aqc, a’fai tong suiv biaux bieqc deic-bung dungh ninh mbuo Medi-Cal paaiv cuotv heuc longc nyei jauv-louc wuov. Naaiv zeiv gunv goux maiah jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn se kungx cuotv nyaanh liouh tengx goux zorc jiepv zeh benx huiang nyei baengc zingh, gunv goux mangc taux maaih gu’nguaaz yiem sin beiv taux zorc goux mangc baengc zingh bun ninh gu’nguaaz maa ndaangc maiv gaengv ndutv sin yungz gu’nguaaz, taux fatv ndutv sin yungz nyei ziangh hoc, tengx goux mangc yungz gu’nguaaz nyei ziangh hoc, aengx caux goux mangc ninh gu’nguaaz maa dungh ndutv sin yungz liuz wuov, aengx caux goux mangc lauh ndaaub nyei ziangh hoc. Beiv taux meih corc mv dingc torqv gorngv naaiv deix jauv-louc gorngv ninh mbuo gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn haih tengx cuotv nyaanh bun nyei fai nor, naaic ninh mbuo domh ndie-sai a’fai goux mangc baengc mienh nyei ndie-sai yaac duqv. Meih duqv zipv longc mi’aqc, a’fai duqv zipv, da’nyeic zeiv zunh sou-fienx daaih mbuox gorngv taux meih nyei puix-zipv gauz horpc longc yiem njiec da’nyeic norm bouc dauh ziangh hoc. Naaiv zeiv sou-fienx se kungx box tong waac mbuox bun meih duqv hiuv gorngv meih duqv zipv longc Medi-Cal beu sengh sou-daan gorn liouh yiem njiec <eligibility month year>. Beiv taux ih zanc meih mbenc duqv maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih duqv benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi’aqc a’fai tong leiz suiv biau z bieqc deic-bung, a’fai se gorngv meih maiv haih lorx naaiv deix sou-gorn daaih bun mangc nor, tov daaix luic douc waac mingh buangh taux meih nyei kaau div zoux gong mienh ei gan douc waac finz-hoc fiev yiem njiec naaiv zeiv fienx-dauh wuov. Meih nyei fu’loqc nyaanh se haih tiuv yienc yiem njiec naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv nyei beu sengh baengc zingh sou-gorn mingh benx gunv goux buangv junh nzengc nyei sou-gorn dungh haaix zanc meih duqv dorh tov heuc lorx nyei sou-gorn daaih bun nzoih liuz. Naaiv zeiv beu junh baengc zingh sou-gorn se zoux bun meih liouh mingh buangh domh ndie-sai tengx zorc yietc zungv baengc zingh jauv-louc. Yie mbuo duqv zaah mangc meih nyei huov jaa maaih mba’ziex dauh hmuangv-doic aengx caux meih zornc nyaanh duqv camv zoqc ndongc haaix liouh dorh daaih tengx yie mbuo ndaaub-ndorqc dunz bun-paaiv waac. Liouh longc tengx Medi-Cal beu sengh sou-gorn nor, yie mbuo lorx buatac gorngv meih nyei <household size> huov jaa ga’nyuoz hlo faix lomh haaix aengx caux buatac naaiv deix hmuangv doic zornc duqv nyaanh hlaax bieqc jaa-dingh funx benx <modified adjusted gross income>. Naaiv deix souz mouc nyaanh hlaax liouh zipv longc Medi-Cal beu sengh sou-gorn nor maiv camv jiez ndaangc funx ei jaa-dingh hlo faix zuqc ndaaub-ndorqc puix horpc <MAGI limit>. Meih zornc nyei nyaanh maiv zoqc jiez ndaangc naaiv deix souz mouc, liuz meih cingx maaih ze’buonc gauz bun zipv longc tengx Medi-Cal. Meih duqv zipv longc naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz’jamv sou-gorn bun longc tengx Medi-Cal se wueic zuqc

	meih maiv duqv dorh haaix diuc sou-gorn daaih bun yie mbuo mangc gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz suiv biau z bieqc deic-bung nyei sou-gorn. Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a'fai domh doh leiz dongh yie mbuo duqv longc dorh daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze'buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga'haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hhangv haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx tov heuc corng h jiez. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga'nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	Meih duqv tov heuc yie mbuo tengx zaah dimv mangc gaax meih se haih duqv zipv yiem Medi-Cal beu weih sou-gorn bun meih nyei zaeqv-daan yiem buo hlaax nyieqc jiex daaih bouc dauh dungh ndaangc meih zoux sou fungx daaih tov bouc dauh ziangh hoc nyei fai. Meih maaih ze'buonc gauz liouh bouc bun longc yiem maaih jaax jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn yiem naaiv <month yyyy> wueic meih maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a'fai gauh goz aengx caux maiv buate meih dorh sou-gorn benx U.S. baeqc fingz daaih beu sengh a'fai dorh nzoi biau z bieqc deic bung sou-gorn liouh bun Medi-Cal longx hnyouv ziux goux. Yiem naaiv hmz hlaax saengh 1, 2022 jiex gorn mingh, California doh leiz beu weih junh bouc dauh Medi-Cal sou-gorn liouh haaix deix mienh dungh maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a'fai gauh goz aengx caux maiv duqv dorh sou-gorn gorngv benx deic bung baeqc fingz a'fai biaux bieqc deic bung sou-gorn zaah mangc gauz. Yiem njiec bouc bun longc maaih jaax jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn se kungx beu weih tengx nzie taux jiev si huiang baengc zingh, nzie goux taux maaih gu'nguaaz yiem sin bouc dauh gong beiv taux goux mangc ndaangc taux ndutv sin yungz gu'nguaaz ziangh hoc, wuaaic gu'nguaaz, yungz gu'nguaaz, aengx caux goux mangc yiem-hlaax, aengx caux nzie weih goux yiem lauh ndaauv bouc dauh. Beiv taux meih maiv hiuv duqv longx dorng dauh gorngv naaiv diuc nzie weih jauv-louc gong dungh ninh mbuo bouc bun longc maaih jaax jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn tengx taux haaix nor, naaic caux meih nyei zorc goux baengc zingh ndie-sai duqv. Nzunc baav meih haih duqv zipv tengx, a'fai duqv zipv tengx jiev yiem gan naaiv zeiv tih meng h fienx mbuox hiuv gorngv maaih ganh diuc ze'buonc gauz tengx yiem da'nyeic norm bouc dauh ziangh hoc. Naaiv zeiv zunh tih meng h fienx se kungx zunh daaih bun meih duqv hiuv gorngv meih duqv zipv bouc bun longc jaax jamv souz mouc Medi-Cal beu weih sou-gorn yiem naaiv <month yyyy>. Beiv taux meih maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih benx deic dung baeqc fingz mi'aqc a'fai biaux bieqc deic bung sou-gorn dungh haih zorqv bun yie mbuo mangc ih zanc, a'fai oix mbuox tong fienx yie mbuo duqv hiuv gorngv meih buangh haaix diuc sic dauh nyaav zorqv sou-gorn wuov, daaix luic douc waac lorx taux meih myei nquenc zangc Medi-Cal ze'weic gorn ei douc waac finx-hoc gorn daan yiem naaiv zeiv tih meng h fienx sou wuov. Haaix zanc meih duqv dorh sou-gorn daaih bun nzoi yie mbuo liuz nor nzunc baav haih tengx tiuv yienc meih nyei fu'loqc nyaanh benx yiem maaih bouc bun longc jaax jamv nyei buonc sou-gorn mingh benx beu weih junh nyei buonc sou-gorn. Yiem njiec beu weih junh nyei buonc sou-gorn fu'loqc nyaanh nor tengx nyaanh bun meih liouh mingh lorx ndie-sai zorc yietc zungv baengc zingh. Yie mbuo ndaauv-ndorqc funx meih huov jaa hlo faix ndongc haaix aengx caux zorc nyaanh duqv camv zoqc ndongc haaix liouh dorh mingh bangc dunz paaiv bun puix-dauh waac cuotv.

	Liouh zipv Medi-Cal, meih nyei huov jaa hlo faix se zeiz <household size> aengx caux meih nyei nyaanh hlaax se funx zuqc <modified adjusted gross income>. Naaiv Medi-Cal paaiv benx maaih jaax-jamv souz mouc nyaanh hlaax sou-gorn bun tengx meih nyei huov jaa hlo faix se funx gauz benx <MAGI limit>. Meih nyei nyaanh hlaax yaac buatc duqv gauh aiv naaiv hoc maaih jaax-jamv souz mouc sou-gorn, meih maaih puix-zipv gauz zipv Medi-Cal. Meih duqv zipv maaih bouc bun longc jaax jamv souz mouc sou-gorn yiem Medi-Cal wueic laaix meih maiv duqv dorh sou-gorn gorngv benx meiv guoqv baeqc fingz a'fai biau z bieqc deic bung sou-gorn bun mangc buatc maaih sou-gorn gauz nzoih mi'aqc. <Regulation> se benx yietc diuc gueiz-jei a'fai doh leiz dungh yie mbuo longc dorh bangc ndorqc dunz sic dauh waac. Beiv taux meih hnamv daaih yie mbuoz duqv zoux dorngc mv zaaiz leiz nor, meih corc haih zoux sou mingh tov lorx weic faan sic duqv. Doqc mangc "doh leiz bouc ze'buonc bun meih" yiem ga'haav pin sou dungh juangc naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv gorngv njiaaux heuc hnavg haaix zoux sou fungx mingh lorx weic faan sic. Meih maaih bouc dauh ziangh hoc benx 90 hnoi liouh zoux sou fungx mingh lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem gan hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv wuov jiex gorn mingh.
Restricted Scope Approval	Ninh mbuo horpc hnyouv buatc longx bun longc ei longx naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn se wueic zuqc meih maaih hnyangx-jeiv buangv 26 mingh taux 49 hnyangx mi'aqc a'fai gauh goz aengx caux maiv buatc meih dorh haaix diuc sou-gorn fungx bun taux yie mbuo duqv hiuv gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mi'aqc, a'fai tong biaux suiv bieqc deic-bung mienh liouh longc tengx Medi-Cal nyei jauv-louc. Yiem njiec naaiv California nyei doh leiz paaiv heuc tengx bun longc tengx Medi-Cal gunv goux junh nzengc nyei sou-gorn bun ninh mbuo haaix deix mienh dungh maaih hnyangx-jeiv maiv gaengh buangv 26 hnyangx a'fai 50 hnyangx a'fai gauh goz aengx caux haaix deix mienh maiv maaih a'fai maiv dorh nyungc zeiv sou-gorn bun mangc gauz gorngv ninh mbuo benx U.S. baeqc fingz mienh, a'fai tong leiz biaux suiv bieqc deic-bung mienh. Wueic laaix benx zuqc meih nyei hnyangx-jeiv yiem njiec naaiv deix bun-paaiv souz mouc gu'nyuoz dungh ndortv yiem bouc dauh benx 26 mingh taux 49 hnyangx, meih kungx maaih ze'buonc gauz liouh zipv longc tengx gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal nyei buonc sou-daan hnavg. Naaiv zeiv gunv goux longc tengx maaih jaaz-jamv Medi-Cal nor kungx tengx cuotv nyaanh liouh bun goux zorc jiepv zeih benx hiuang nyei baengc zingh, goux mangc maaih gu'nguaaz yiem sin hnavg beiv taux zorc goux mangc ninh gu'nguaaz maa ndaangc mv gaengh nduqv sin yungz gu'nguaaz, taux fatv gu'nguaaz a'lam gauz nduqv sin yungz nyei ziangh hoc, yiem nduqv sin yungz gu'nguaaz nyei ziangh hoc, aengx caux zorc goux mangc ninh gu'nguaaz maa ndutv sin yungz nyei ziangh hoc, aengx caux goux mangc mingh lauh ndaav nyei ziangh hoc. Se gorngv meih maiv dingc torqv gorngv taux naaiv deix gong-bou ninh mbuo gunv goux naaiv zeiv maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn tengx cuotv nyaanh bun nyei fai nor, naaic meih nyei domh ndie-sai a'fai goux mangc baengc zingh ndie-sai yaac duqv. Meih nyei puix-zipv gauz liouh longc tengx gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal nyei buonc sou-gorn nor jiez gorn yiem naaiv norm hnoi-nyieqc: <effective date- Month Day, Year>. Meih nyei Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn oix zuqc nzipc jienv jiez gorn longc zuov taux gorngv buatc meih maiv maaih puix-zipv horpc longc mingh wuov ndaangc maengx aqv. Naaiv deix jauv-louc nor dungh haaix zanc meih nyei puix-zipv gauz longc tengx borqv siang beu sengh baengc zingh sou-daan gorn nyei ziangh hoc aengx caux dungh haaix zanc meih duqv tiuv yienc siang sic dauh jauv-louc wuov.

	Beiv taux ih zanc meih mbenc duqv maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih duqv benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz biau suiv bieqc deic-bung sou-gorn, a'fai se gorngv meih maiv haih lorx naaiv deix sou-gorn daaih bun mangc nor, tov daaix luic douc waac mingh buangh taux meih nyei kaau div zoux gong mienh ei gan douc waac finz-hoc fiev yiem njiec naaiv zeiv fienx-dauh wuov. Naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-gorn yaac haih tiuv yienc benx beu junh baengc zingh sou-gorn se gorngv dugh haaix zanc meih dorh nyungc zeiv sou-gorn daaih bun nzoih yie mbuo qiemx longc wuov. Naaiv zeiv beu junh nzengc baengc zingh sou-gorn se beu bun meih mingh buangh domh ndie-sai tengx zorc goux mangc yietc zungv nyei baengc zingh jauv-louc. Yie mbuo duqv zaah mangc meih nyei huov jaa maaih mba'ziex dauh hmuangv-doic aengx caux meih zornc nyaanh duqv camv zoqc ndongc haaix liouh dorh daaih tengx yie mbuo ndaauv-ndorqc dunz bun-paaiv waac. Liouh longc tengx Medi-Cal beu sengh sou-gorn nor, yie mbuo lorx buatac gorngv meih nyei <household size> huov jaa ga'nyuoz hlo faix lomh haaix aengx caux buatac naaiv deix hmuangv doic zornc duqv nyaanh hlaax bieqc jaa-dingh funx benx <modified adjusted gross income>. Naaiv deix souz mouc nyaanh hlaax liouh zipv longc Medi-Cal beu sengh sou-gorn nor maiv camv jiez ndaang funx ei jaa-dingh hlo faix zuqc ndaauv-ndorqc puix horpc <MAGI limit>. Meih zornc nyei nyaanh maiv zoqc jiez ndaangc naaiv deix souz mouc, liuz meih cingx maaih ze'buonc gauz bun zipv longc tengx Medi-Cal. Meih duqv zipv longc naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv bun longc tengx Medi-Cal se wueic zuqc meih maiv duqv dorh haaix diuc sou-gorn daaih bun yie mbuo mangc gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz biau suiv bieqc deic bung nyei sou-gorn. Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a'fai domh doh leiz dongh yie mbuo duqv longc dorh daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze'buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga'haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hhangv haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx tov heuc corng hiez. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga'nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.
Full Scope to Restricted Scope	Jienv dauh jauv-louc maaih tiuv yienc taux meih nyei fu'loqc nyaanh. Meih nyei Medi-Cal sou-gorn duqv tiuv yienc siang tiuv benx gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-daan gorn yiem naaiv norm <month dd, yyyy>. Meih nyei Medi-Cal sou-daan gorn se duqv tiuv yienc yiem beu junh baengc zingh sou-daan gorn mingh benx gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-gorn mi'aqc wueic laaix benx zuqc meih nyei hnyangx-jeiv buangv 26 mingh taux 49 hnyangx bouc dauh gu'nyuoz a'fai gauh goz aengx caux maiv buatac meih dorh haaix diuc sou-gorn fungx bun taux yie mbuo duqv hiuv gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh, a'fai tong suiv biaux bieqc deic-bung liouh bun longc tengx Medi-Cal nyei jauv-louc. Meih maiv duqv lorx buangh taux yie mbuo mbuox tong fienx bun yie mbuo duqv hiuv gorngv meih fuqv jien sin liuc leix lorx naaiv deix sou-gorn bun mangc mi'aqc. Yiem njiec naaiv California doh leiz paaiv bun longc tengx beu junh bun longc tengx Medi-Cal nor kungx paaiv bun haaix deix mienh dugh maaih hnyangx-jeiv maiv buangv 26 hnyangx a'fai 50 hnyangx a'fai gauh goz aengx caux haaix dauh mienh maiv maaih sou-gorn a'fai maiv haih lorx duqv sou-gorn daaih bun mnagc gorngv ninh benx

	meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai ninh mbuo tong leiz suiv biau z bieqc deic mienh. lh zanc meih nyei hnyangx-jeiv yaac jiez ndaangc souz mouc mi'aqc, meih nyei Medi-Cal sou-gorn yaac oix zuqc tiuv yienc benx gunv goux zoqc zanv nyei sou-daan gorn aqv. Naaiv zeiv gunv goux longc maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn nor kungx cuotv nyaanh tengx liouh goux mangc benx jiepv zeih hiuang nyei baengc zingh, goux mangc maaih gu'nguaaz yiem sin hnangv beiv taux zorc goux mangc baengc zingh bun ninh gu'nguaaz maa ndaangc maiv gaengv ndutv sin yungz wuov, taux fatv ndutv sin yungz nyei ziangh hoc, tengx goux mangc yungz gu'nguaaz nyei ziangh hoc, aengx caux goux mangc ninh gu'nguaaz maa dungh ndutv sin yungz liuz wuov, aengx caux goux mangc lauh ndaauv nyei ziangh hoc. Beiv taux meih corc mv dingc torqv hnyouv gorngv naaiv deix jauv-louc wuov dungh ninh mbuo gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn haih tengx cuotv nyaanh nyei fai nor, naaic ninh mbuo domh ndie-sai a'fai goux mangc baengc mienh ndie-sai yaac duqv. Beiv taux ih zanc meih mbenc duqv maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih duqv benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz suiv biau z bieqc deic-bung sou-gorn, a'fai se gorngv meih maiv haih lorx naaiv deix sou-gorn daaih bun mangc nor, tov daaix luic douc waac mingh buangh taux meih nyei kaau div zoux gong mienh ei gan douc waac finz-hoc fiev yiem njiec naaiv zeiv fienx dauh wuov. Naaiv zeiv gunv goux zoqc zanv nyei beu sengh baengc zingh sou-gorn yaac haih tiuv yienc benx beu junh baengc zingh sou-gorn se gorngv haaix zanc meih dorh nyungc zeiv sou-gorn daaih bun nzoih yie mbuo qiemx longc wuov. Naaiv zeiv beu junh nzengc baengc zingh sou-gorn se beu sengh bun meih mingh buangh domh ndie-sai tengx zorc goux mangc yietc zungv nyei baengc zingh. Se gorngv meih duqv dorh sou-gorn bun yie mbuo zaah mangc zipv siou liouh liuz yiem njiec yietc hnyangx gu'nyuoz, meih nyei Medi-Cal sou-gorn yaac haih tiuv yienc nzuonx nqaang hnangv beu sengh baengc zingh junh nzengc hnangv lox Medi-Cal sou-gorn yiem njiec yietc hlaax nyieqc jiez gorn mingh dungh haaix zanc meih nyei goux goux zoqc zanv nyei beu sengh sou-gorn duqv jiez gorn longc wuov. Dongh zanc naaiv norm ziangh hoc, meih nyei Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn yaac zuqc nzipc jienv mingh zuov taux gorngv buatc meih maiv maaih puix-zipv gauz horpc longc mingh wuov ndaangc maengx aqv. Naaiv deix jauv-louc nor dungh haaix zanc meih nyei puix-zipv gaux longc tengx borqv siang beu sengh baengc zingh sou-daan gorn nyei ziangh hoc aengx caux dungh haaix zanc meih duqv tiuv yienc siang sic dauh jauv-louc wuov. Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a'fai domh doh leiz dongh yie mbuo duqv longc dorh daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze'buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga'haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hnangv haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga'nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing nyei doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.
Restricted-Scope to Full-Scope	Box tong kuv waac-fienx bun hiuv! Meih nyei Medi-Cal sou-gorn duqv tiuv yienc benx tengx beu sengh junh nyei sou-gorn mi'aqc yiem naaiv norm hnoi-nyieqc jiez gorn mingh: <month dd, yyyy>.

Under 26	Meih nyei Medi-Cal se duqv yienc yiem naaiv zeiv tengx gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-gorn mingh benx tengx beu sengh baengc zingh junh nzengc nyei sou-gorn mi'aqc wueic laaix meih duqv dorch sou-gorn daaih bun yie mbuo zaah mangc liuz gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz suiv biau z bieqc deic-bung sou-gorn a'fai meih nyei hnyangx-jeiv maiv gaengh buangv 26 hnyangx. Meih nyei Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn oix zuqc nzipc longc jienv mingh zuov taux gorngv buatac meih maiv maaih puix-zipv gauz horpc longc mingh wuov ndaangc maengx aqv. Naaiv deix jauv-louc nor dunch haaix zanc meih nyei puix-zipv gauz longc tengx borqv siang beu sengh baengc zingh sou-daan gorn nyei ziangh hoc aengx caux dunch haaix zanc meih duqv tiuv yienc siang sic dauh jauv-louc wuov. Nzunc baav meih nyei gunv goux junh Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn haih cuotv nyaanh tengx corc baengc zingh yiem jiez daaih wuov deix hlaax-buonc ziangh hoc. Beiv taux meih duqv cuotv nyaanh liouh zorc goux mangc dunch maiv zeix jiepv zeh benx hiuang nyei baengc, maiv zeix goux taux maaih gu'nguaaz yiem sin zangc, a'fai tengx goux mangc lauh ndaauv nyei ziangh hoc dunch corc duqv longc jienv gunv goux maaih zoqc zanv nyei sou-gorn yiem Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn wuov, meih se haih duqv zipv jaauv naaiv deix nyaanh nzuonx bun. Douc waac mingh buangh taux tengx gunv goux gorn zangc gong-mienh yiem njiec naaiv tengx gunv goux baengc zingh domh gorn zangc liouh muangx ninh mbuo dau waac meih nyei waac-cai gorngv taux naaiv deix jaauv nzuonx bun nyei nyaanh yiem naaiv norm finz-hoc gorn 1-916-403-2007. Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a'fai domh doh leiz dunch yie mbuo duqv longc dorch daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze'buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga'haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hhangv haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga'nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing nyei doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.
Restricted Scope to Full Scope	Kuv waac-fienx zunh bun muangx! Meih nyei Medi-Cal duqv tiuv yienc siang mingh benx beu weih junh nyei buonc sou-gorn yiem naaiv <month dd, yyyy>.
50 and Older NEW for implementation	Meih nyei Medi-Cal duqv tiuv yienc siang yiem naaiv hoc maaih jaax-jamv souz mouc sou-gorn mingh benx beu weih junh nyei buonc sou-gorn mi'aqc wueic zuqc meih dorch benx U.S. meiv guoqv baeqc fingz sou-gorn a'fai biau z bieqc deic bung sou-gorn bun mangc buangv hnyouv liuz a'fai meih maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a'fai gauh goz. Beu weih weih junh Medi-Cal se mbenc nzoih liouh bun yietc zungv zuangx mienh muoz maaih puix-juang gauz dunch maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a'fai gauh goz duqv longc yiem naaiv hmz hlaax saengh 1, 2022 jhex gorn mingh. Meih nyei beu weih junh Medi-Cal sou-gorn oix zuqc bun borqv-nzipc jienv mingh zuov taux dunch haaix zanc buatac meih maiv maaih puix-juang gauz tengx wuov cingx dingh njiec. Naaiv diuc jauv-louc se haih benx dunch taux haaix zanc meih borqv sou-gorn siang nyei ziangh hoc a'fai haaix meih nyei sic dauh jauv-louc maaih dorngx yienc siang wuov. Meih nyei ze'buonc puix-juang gauz tengx beu weih junh Medi-Cal fu'loqc nyaanh nor nzunc baav corc haih beu weih bun jhex daaih bouc dauh hlaax-souz. Beiv taux meih cuotv nyaanh maaiz sou-gorn liouh goux mangc baengc zingh dunch maiv duqv beu weih taux jiepv sih hiuang baengc zingh, goux mangc maaih gu'nguaaz yiem sin, a'fai nzie weih goux lauh ndaauv bouc dauh gong dunch meih corc maaih sou-gorn yiem bouc bun

	longc jaax jamv souz mouc Medi-Cal fu'loqc nyaanh sou-gorn, nzunc baav meih corc haih duqv zipv jaaub naaic deix nyaanh nzuonx. Douc waac lorx taux nzie weih taux zipv fu'loqc kaeqv mienh ze'weic gorn yiem njiec Department of Health Care Services liouh dau waac bun muangx gorngv taux tipv nyaanh nzuonx nyei jauv-louc yiem naaiv 1-916-403-2007. <Regulation> se benx yietc diuc gueiz-jei a'fai doh leiz dungh yie mbuo longc dorh bangc ndorqc dunz sic dauh waac. Beiv taux meih hnamv daaih yie mbuoz duqv zoux dorngc mv zaaiz leiz nor, meih corc haih zoux sou mingh tov lorx weic faan sic duqv. Doqc mangc "doh leiz bouc ze'buonc bun meih" yiem ga'haav pin sou dungh juangc naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv gorngv njiaaux heuc hhangv haaix zoux sou fungx mingh lorx weic faan sic. Meih maaih bouc dauh ziangh hoc benx 90 hnoi liouh zoux sou fungx mingh lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem gan hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv wuov jiex gorn mingh.
Notice Type	Mien Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Meih duqv tov naaic yie mbuo gorngv taux yiem ga'ndiev deix waac: Naaiv norm Medi-Cal sou-gorn se haih tengx cuotv nyaanh bun liouh jaaub yie nyei ndie-daan jaaz dungh yie duqv zipv siou yiem njiec 3 hlaax nyieqc jiez daaih wuov yie duqv zoux sou mingh tov longc Medi-Cal beu sengh baengc zingh wuov. Ninh mbuo corngv liuz horpc hnyouv buatac longx bun longc ei longx naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn yiem naaiv <eligibility month year> wueic zuqc meih maaih hnyangx-jeiv buangv 26 mingh taux 49 hnyangx bouc dauh hnyangx mi'aqc a'fai gauh goz aengx caux maiv buatac meih dorh haaix diuc sou-gorn fungx daaih bun yie mbuo duqv hiuv gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc, a'fai tong suiv biaux bieqc deic-bung dungh ninh mbuo Medi-Cal paaiv cuotv heuc longc nyei jauv-louc wuov. Naaiv zeiv gunv goux maiah jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn se kungx cuotv nyaanh liouh tengx goux zorc jiepv zeh benx hiuang nyei baengc zingh, gunv goux mangc taux maaih gu'nguaaz yiem sin beiv taux zorc goux mangc baengc zingh bun ninh gu'nguaaz maa ndaangc maiv gaengv ndutv sin yungz gu'nguaaz, taux fatv ndutv sin yungz nyei ziangh hoc, tengx goux mangc yungz gu'nguaaz nyei ziangh hoc, aengx caux goux mangc ninh gu'nguaaz maa dungh ndutv sin yungz liuz wuov. Beiv taux meih corc mv dingc torqv gorngv naaiv deix jauv-louc gorngv ninh mbuo gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn haih tengx cuotv nyaanh bun nyei fai nor, naaic ninh mbuo domh ndie-sai a'fai goux mangc baengc mienh nyei ndie-sai yaac duqv. Meih duqv zipv longc, a'fai duqv zipv, da'nyeic zeiv zunh sou-fienx daaih mbuox gorngv taux meih nyei puix-zipv gauz horpc longc yiem njiec da'nyeic norm bouc dauh ziangh hoc. Naaiv zeiv sou-fienx se kungx box tong waac mbuox bun meih duqv hiuv gorngv meih duqv zipv longc Medi-Cal beu sengh sou-daan gorn liouh yiem njiec <eligibility month year>. Beiv taux ih zanc meih mbenc duqv maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih duqv benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz suiv biaux bieqc deic-bung, a'fai se gorngv meih maiv haih lorx naaiv deix sou-gorn daaih bun mangc nor, tov daaix luic douc waac mingh buangh taux meih nyei kaau div zoux gong mienh ei gan douc waac finz-hoc fiev yiem njiec naaiv zeiv fienx-dauh wuov. Meih nyei fu'loqc nyaanh se haih tiuv yienc yiem njiec naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv nyei beu sengh baengc zingh sou-gorn mingh benx gunv goux buangv junh nzengc nyei sou-gorn dungh haaix zanc meih duqv dorh tov heuc lorx nyei sou-gorn daaih bun nzoih liuz. Naaiv zeiv beu junh baengc zingh sou-gorn se zoux bun meih liouh mingh buangh domh ndie-sai tengx zorc yietc zungv baengc zingh jauv-louc. Yie mbuo duqv zaah mangc meih nyei huov jaa maaih mba'ziex dauh hmuangv-doic aengx caux meih zorc nyaanh duqv camv zoqc ndongc haaix liouh dorh daaih tengx yie mbuo ndaauv-ndorqc dunz bun-paaiv waac.

	Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a’fai domh doh leiz dongh yie mbuo duqv longc dorh daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze’buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga’haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hhangv haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx tov heuc corng h jiez. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga’nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	Meih duqv tov heuc yie mbuo tengx zaah dimv mangc gaax meih se haih duqv zipv yiem Medi-Cal beu weih sou-gorn bun meih nyei zaeqv-daan yiem buo hlaax nyieqc jiex daaih bouc dauh dugh ndaangc meih zoux sou fungx daaih tov bouc dauh ziangh hoc nyei fai. Meih maaih ze’buonc gauz liouh bouc bun longc yiem maaih jaax jamv souz mouc Medi-Cal sou-gorn yiem naaiv <month yyyy> wueic meih maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a’fai gauh goz aengx caux maiv buatc meih dorh sou-gorn benx U.S. baeqc fingz daaih beu sengh a’fai dorh nzoih biau z bieqc deic bung sou-gorn liouh bun Medi-Cal longx hnyouv ziux goux. Yiem naaiv hmz hlaax saengh 1, 2022 jiex gorn mingh, California doh leiz beu junh bouc dauh Medi-Cal liouh haaix deix mienh dugh maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a’fai gauh goz aengx caux maiv duqv dorh sou-gorn gorngv benx deic bung baeqc fingz a’fai biaux bieqc deic bung sou-gorn zaah mangc gauz Yiem naaiv hmz hlaax saengh 1, 2022 jiex gorn mingh, California doh leiz beu weih junh bouc dauh Medi-Cal sou-gorn liouh haaix deix mienh dugh maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a’fai gauh goz aengx caux maiv duqv dorh sou-gorn gorngv benx deic bung baeqc fingz a’fai biaux bieqc deic bung sou-gorn zaah mangc gauz . Yiem njiec bouc bun longc jaax jamv souz mouc Medi-Cal se kungx beu weih tengx nzie weih taux jiepv sih baeqc zeic baengc zingh, nzie goux taux maaih gu’nguaaz yiem sin bouc dauh gong beiv taux goux mangc ndaangc taux ndutv sin yungz gu’nguaaz ziangh hoc, wuaaic gu’nguaaz, yungz gu’nguaaz, aengx caux goux mangc yiem-hlaax. Beiv taux meih maiv hiuv duqv longx dorng dauh gorngv naaiv diuc nzie weih jauv-louc gong dugh ninh mbuo bouc bun longc jaax jamv souz mouc Medi-Cal tengx taux haaix nor, naaic caux meih nyei zorc goux baengc zingh ndie-sai duqv. Nzunc baav meih haih duqv zipv tengx, a’fai duqv zipv tengx jienv dugh maaih gang zeiv tih mengh fienx zunh mbuox gorngv maaih ganh diuc ze’buonc gauz tengx yiem da’nyeic norm bouc dauh ziangh hoc. Naaiv zeiv zunh tih mengh fienx se kungx zunh daaih mbuox meih duqv hiuv gorngv meih duqv zipv Medi-Cal beu weih sou-gorn yiem naaiv <month yyyy>. Beiv taux meih maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih benx deic dung baeqc fingz mi’aqc a’fai biaux bieqc deic bung sou-gorn dugh haih zorqv bun yie mbuo mangc ih zanc, a’fai oix mbuox tong fienx yie mbuo duqv hiuv gorngv meih buangh maaih haaix diuc sic dauh zorqv sou-gorn wuov, daaix luic douc waac lorx taux meih myei nquenc zangc Medi-Cal ze’weic gorn ei douc waac finx-hoc gorn daan yiem naaiv zeiv zunh fienx sou wuov. Haaix zanc meih duqv dorh sou-gorn daaih bun nzoih yie mbuo liuz nor nzunc baav haih tengx tiuv yienc meih nyei fu’loqc nyaanh yiem naaiv maaih bouc bun longc jaax jamv nyei buonc sou-gorn mingh benx beu weih junh nyei buonc sou-gorn. Yiem njiec beu weih junh nyei buonc sou-gorn fu’loqc nyaanh nor tengx nyaanh bun meih liouh mingh lorx ndie-sai zorc yietc zungv baengc zingh. <Regulation> se benx yietc diuc gueiz-jei a’fai doh leiz dugh yie mbuo longc dorh bangc ndorqc dunz sic dauh waac. Beiv taux meih hnamv daaih yie mbuoz duqv zoux dorngc mv zaaiz leiz nor, meih corc haih zoux sou mingh tov lorx weic faan sic duqv. Doqc mangc "doh leiz bouc ze’buonc bun meih" yiem ga’haav pin sou dugh juangc naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv gorngv njiaaux heuc hhangv haaix zoux sou fungx mingh lorx

	weic faan sic. Meih maaih bouc dauh ziangh hoc benx 90 hnoi liouh zoux sou fungx mingh lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem gan hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv wuov jiex gorn mingh.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Ninh mbuo horpc hnyouv buatac longx bun longc ei longx naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn se wueic zuqc meih maaih hnyangx-jeiv buangv 26 mingh taux 49 hnyangx aengx caux maiv buatac meih dorh haaix diuc sou-gorn fungx bun taux yie mbuo duqv hiuv gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mi'aqc, a'fai tong biaux suiv bieqc deic-bung mienh liouh longc tengx Medi-Cal nyei jauv-louc. Yiem njiec naaiv California nyei doh leiz paaiv heuc tengx bun longc tengx Medi-Cal gunv goux junh nzengc nyei sou-gorn bun ninh mbuo haaix deix mienh dungh maaih hnyangx-jeiv maiv gaengh buangv 26 hnyangx a'fai 50 hnyangx a'fai gauh goz aengx caux haaix deix mienh maiv maaih a'fai maiv dorh nyungc zeiv sou-gorn bun mangc gauz gorngv ninh mbuo benx U.S. baeqc fingz mienh, a'fai tong leiz biaux suiv bieqc deic-bung mienh. Wueic laaix benx zuqc meih nyei hnyangx-jeiv jiez ndaangc naaiv deix bun-paaiv nyei souz mouc, meih kungx maaih ze'buonc gauz liouh zipv longc tengx gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal nyei buonc sou-daan hhangv. Naaiv zeiv gunv goux longc tengx maaih jaaz-jamv Medi-Cal nor kungx tengx cuotv nyaanh liouh bun goux zorc jiepv zeih benx hiuang nyei baengc zingh, goux mangc maaih gu'nguaaz yiem sin hhangv beiv taux zorc goux mangc ninh gu'nguaaz maa ndaangc mv gaengh nduqv sin yungz gu'nguaaz, taux fatv gu'nguaaz a'lam gauz nduqv sin yungz nyei ziangh hoc, yiem nduqv sin yungz gu'nguaaz nyei ziangh hoc, aengx caux zorc goux mangc ninh gu'nguaaz maa ndutv sin yungz nyei ziangh hoc. Se gorngv meih maiv dingc torqv gorngv taux naaiv deix gong-bou ninh mbuo gunv goux naaiv zeiv maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn tengx cuotv nyaanh bun nyei fai nor, naaic meih nyei domh ndie-sai a'fai goux mangc baengc zingh ndie-sai yaac duqv. Meih nyei puix-zipv gauz liouh longc tengx gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal nyei buonc sou-gorn nor jiez gorn yiem naaiv norm hnoi-nyieqc: <effective date- Month Day, Year>. Meih nyei Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn oix zuqc nzipc jienv jiez gorn longc zuov taux gorngv buatac meih maiv maaih puix-zipv horpc longc mingh wuov ndaangc maengx aqv. Naaiv deix jauv-louc nor dungh haaix zanc meih nyei puix-zipv gauz longc tengx borqv siang beu sengh baengc zingh sou-daan gorn nyei ziangh hoc aengx caux dungh haaix zanc meih duqv tiuv yienc siang sic dauh jauv-louc wuov. Beiv taux ih zanc meih mbenc duqv maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih duqv benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz biaux suiv bieqc deic-bung sou-gorn, a'fai se gorngv meih maiv haih lorx naaiv deix sou-gorn daaih bun mangc nor, tov daaix luic douc waac mingh buangh taux meih nyei kaau div zoux gong mienh ei gan douc waac finz-hoc fiev yiem njiec naaiv zeiv fienx-dauh wuov. Naaiv zeiv gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-gorn yaac haih tiuv yienc benx beu junh baengc zingh sou-gorn se gorngv dungh haaix zanc meih dorh nyungc zeiv sou-gorn daaih bun nzoih yie mbuo qiemx longc wuov. Naaiv zeiv beu junh nzengc baengc zingh sou-gorn se beu bun meih mingh buangh domh ndie-sai tengx zorc goux mangc yietc zungv nyei baengc zingh jauv-louc. Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a'fai domh doh leiz dongh yie mbuo duqv longc dorh daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze'buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga'haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hhangv haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx tov heuc corngv jiez. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga'nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.

Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Jienv dauh jauv-louc maaih tiuv yienc taux meih nyei fu'loqc nyaanh. Meih nyei Medi-Cal sou-gorn duqv tiuv yienc siang tiuv benx gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-daan gorn yiem naaiv norm <month dd, yyyy>. Meih nyei Medi-Cal sou-daan gorn se duqv tiuv yienc yiem beu junh baengc zingh sou-daan gorm mingh benx gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-gorn mi'aqc wueic laaix benx zuqc meih nyei hnyangx-jeiv buangv 26 mingh taux 49 hnyangx gouc dauh gu'nyuoz aengx caux maiv buatac meih dorh haaix diuc sou-gorn fungx bun taux yie mbuo duqv hiuv gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh, a'fai tong suiv biaux bieqc deic-bung liouh bun longc tengx Medi-Cal nyei jauv-louc. Meih maiv duqv lorx buangh taux yie mbuo mbuox tong fienx bun yie mbuo duqv hiuv gorngv meih fuqv jien sin liuc leix lorx naaiv deix sou-gorn bun mangc mi'aqc. Yiem njiec naaiv California doh leiz paaiv bun longc tengx beu junh bun longc tengx Medi-Cal nor kungx paaiv bun haaix deix mienh dugh maaih hnyangx-jeiv maiv buangv 26 hnyangx a'fai 50 hnyangx a'fai gauh goz aengx caux haaix dauh mienh maiv maaih sou-gorn a'fai maiv haih lorx duqv sou-gorn daaih bun mnagc gorngv ninh benx meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai ninh mbuo tong leiz suiv biau z bieqc deic mienh. Ih zanc meih nyei hnyangx-jeiv yiem njiec jaax jamv souz mouc dugh maaih 26 mingh taux 49 hnyangx bouc dauh gu'nyuoz, meih nyei Medi-Cal sou-gorn yaac oix zuqc tiuv yienc benx gunv goux zoqc zanc nyei sou-daan gorn aqv. Naaiv zeiv gunv goux longc maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn nor kungx cuotv nyaanh tengx liouh goux mangc benx jiepv zaih huiang nyei baengc zingh, goux mangc maaih gu'nguaaz yiem sin hnangv beiv taux zorc goux mangc baengc zingh bun ninh gu'nguaaz maa ndaangc maiv gaengv ndutv sin yungz wuov, taux fatv ndutv sin yungz nyei ziangh hoc, tengx goux mangc yungz gu'nguaaz nyei ziangh hoc, aengx caux goux mangc ninh gu'nguaaz maa dugh ndutv sin yungz liuz wuov. Beiv taux meih corc mv dingc torqv hnyouv gorngv naaiv deix jauv-louc wuov dugh ninh mbuo gunv goux maaih jaaz-jamv Medi-Cal sou-gorn haih tengx cuotv nyaanh nyei fai nor, naaic ninh mbuo domh ndie-sai a'fai goux mangc baengc mienh ndie-sai yaac duqv. Beiv taux ih zanc meih mbenc duqv maaih sou-gorn bun mangc gorngv meih duqv benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi'aqc a'fai tong leiz suiv biau z bieqc deic-bung sou-gorn, a'fai se gorngv meih maiv haih lorx naaiv deix sou-gorn daaih bun mangc nor, tov daaix luic douc waac mingh buangh taux meih nyei kaau div zoux gong mienh ei gan douc waac finz-hoc fiev yiem njiec naaiv zeiv fienx dauh wuov. Naaiv zeiv gunv goux zoqc zanc nyei beu sengh baengc zingh sou-gorn yaac haih tiuv yienc benx beu junh baengc zingh sou-gorn se gorngv haaix zanc meih dorh nyungc zeiv sou-gorn daaih bun nzoih yie mbuo qiemx longc wuov. Naaiv zeiv beu junh nzengc baengc zingh sou-gorn se beu sengh bun meih mingh buangh domh ndie-sai tengx zorc goux mangc yietc zungv nyei baengc zingh. Se gorngv meih duqv dorh sou-gorn bun yie mbuo zaah mangc zipv siou liouh liuz yiem njiec yietc hnyangx gu'nyuoz, meih nyei Medi-Cal sou-gorn yaac haih tiuv yienc nzuonx nqaang hnangv beu sengh baengc zingh junh nzengc hnangv lox Medi-Cal sou-gorn yiem njiec yietc hlaax nyieqc jiez gorn mingh dugh haaix zanc meih nyei goux goux zoqc zanc nyei beu sengh sou-gorn duqv jiez gorn longc wuov. Dongh zanc naaiv norm ziangh hoc, meih nyei Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn yaac zuqc nzipc jienv mingh zuov taux gorngv buatac meih maiv maaih puix-zipv gauz horpc longc mingh wuov ndaangc maengx aqv. Naaiv deix jauv-louc nor dugh haaix zanc meih nyei puix-zipv gauz longc tengx borqv siang beu sengh baengc zingh sou-daan gorn nyei ziangh hoc aengx caux dugh haaix zanc meih duqv tiuv yienc siang sic dauh jauv-louc wuov.
--	--

	Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a’fai domh doh leiz dongh yie mbuo duqv longc dorh daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze’buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga’haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hnavg haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga’nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing nyei doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	Box tong kuv waac-fienx bun hiuv! Meih nyei Medi-Cal sou-gorn duqv tiuv yienc benx tengx beu sengh junh nyei sou-gorn mi’aqc yiem naaiv norm hnoi-nyieqc jiez gorn mingh: <month dd, yyyy>. Meih nyei Medi-Cal se duqv yienc yiem naaiv zeiv tengx gunv goux maaih jaaz-jamv nyei sou-gorn mingh benx tengx beu sengh baengc zingh junh nzengc nyei sou-gorn mi’aqc wueic laaix meih duqv dorh sou-gorn daaih bun yie mbuo zaah mangc liuz gorngv meih benx naaiv meiv guoqv U.S. baeqc fingz mienh mi’aqc a’fai tong leiz suiv biau z bieqc deic-bung sou-gorn a’fai meih nyei hnyangx-jeiv maiv gaengh buangv 26 hnyangx. Meih nyei Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn oix zuqc nzipc longc jienv mingh zuov taux gorngv buatc meih maiv maaih puix-zipv gauz horpc longc mingh wuov ndaangc maengx aqv. Naaiv deix jauv-louc nor dungh haaix zanc meih nyei puix-zipv gauz longc tengx borqv siang beu sengh baengc zingh sou-daan gorn nyei ziangh hoc aengx caux dungh haaix zanc meih duqv tiuv yienc siang sic dauh jauv-louc wuov. Nzunc baav meih nyei gunv goux junh Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn haih cuotv nyaanh tengx corc baengc zingh yiem jiez daaih wuov deix hlaax-buonc ziangh hoc. Beiv taux meih duqv cuotv nyaanh liouh zorc goux mangc dungh maiv zeix jiepv zaih benx huiang nyei baengc, a’fai goux taux maaih gu’nguaaz yiem sin zangc, dongh corc duqv longc jienv gunv goux maaih zoqc zanz nyei sou-gorn yiem Medi-Cal beu sengh baengc zingh sou-gorn wuov, meih se haih duqv zipv jaauv naaiv deix nyaanh nzuonx bun. Douc waac mingh buangh taux tengx gunv goux gorn zangc gong-mienh yiem njiec naaiv tengx gunv goux baengc zingh domh gorn zangc liouh muangx ninh mbuo dau waac meih nyei waac-cai gorngv taux naaiv deix jaauv nzuonx bun nyei nyaanh yiem naaiv norm finz-hoc gorn 1-916-403-2007. Naaiv se benx yietc diuc leiz-nyeic a’fai domh doh leiz dongh yie mbuo duqv longc dorh daaih tengx yie mbuo dunz bun-paaiv waac: <Regulation>. Beiv taux meih hnamv daax yie mbuo zoux zuqc dorngc nor, meih zoux sou mingh tov kuinx jiez yaac duqv. Doqc mangc "Meih nyei ze’buonc doh leiz liouh tov muangx bun-paaiv cing doh leiz" yiem njiec ga’haav pin sou yiem naaiv zeiv zunh waac-fienx sou njiaaux mbuox heuc hnavg haaix nor zoux yietc nyeic sou-kuinx. Meih maaih ziangh hoc yiem 90 hnoi ga’nyuoz liouh zoux sou-tov muangx bun-paaiv cing nyei doh leiz. Naaiv deix 90 hnoi nyei hnoi-nyieqc se yiem njiec hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv sou-fienx wuov jiez gorn mingh.
Restricted Scope to Full Scope	Kuv waac-fienx bun muangx! Meih nyei Medi-Cal duqv tiuv yienc siang mingh benx beu weih junh nyei buonc sou-gorn yiem naaiv <month dd, yyyy>.

50 and Older NEW for implementation (Specific to CalWIN Non-MAGI Programs)	Meih nyei Medi-Cal duqv tiuv yienc siang yiem naaiv hoc maaih jaax-jamv souz mouc mingh benx beu weih junh nyei buonc sou-gorn mi'aqc wueic zuqc meih dorh benx U.S. meiv guoqv baeqc fingz sou-gorn a'fai biau z bieqc deic bung sou-gorn bun mangc buangv hnyouv liuz a'fai meih maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a'fai gauh goz. Beu weih junh Medi-Cal se mbenc nzoih liouh bun yietc zungv zuangx mienh muoz maaih puix-juang gauz dungh maaih hnyangx-jeiv buangv 50 hnyangx a'fai gauh goz duqv longc yiem naaiv hmz hlaax saengh 1, 2022 jiex gorn mingh. Meih nyei beu weih junh Medi-Cal sou-gorn oix zuqc bun borqv-nzipc jienv mingh zuov taux dungh haaix zanc buatac meih maiv maaih puix-juang gauz tengx wuov cingx dingh njiec. Naaiv diuc jauv-louc se haih benx dungh haaix zanc meih borqv sou-gorn siang nyei ziangh hoc a'fai haaix meih nyei sic dauh jauv-louc maaih haaix diuc yienc siang. Meih nyei ze'buonc puix-juang gauz longc tengx beu weih junh Medi-Cal fu'loqc nyaanh nor nzunc baav corc haih beu weih bun jiex daaih bouc dauh hlaax-souz. Beiv taux meih cuotv nyaanh maaiz sou-gorn liouh goux mangc baengc zingh dungh maiv duqv beu weih taux jiepv sih hiuang baengc zingh a'fai nzie goux mangc maaih gu'nguaaz yiem sin dungh meih corc maaih sou-gorn yiem bouc bun longc jaax jamv souz mouc Medi-Cal fu'loqc nyaanh tengx nyei buonc, nzunc baav meih corc haih duqv zipv jaauv naaic deix nyaanh nzuonx. Douc waac lorx taux nzie weih taux zipv fu'loqc kaeqv mienh ze'weic gorn yiem njiec Department of Health Care Services liouh dau waac bun muangx gorngv taux tipv nyaanh nzuonx nyei jauv-louc yiem naaiv 1-916-403-2007. <Regulation> se benx yietc diuc gueiz-jei a'fai doh leiz dungh yie mbuo longc dorh bangc ndorqc dunz sic dauh waac. Beiv taux meih hnamv daaih yie mbuoz duqv zoux dorngc mv zaaiz leiz nor, meih corc haih zoux sou mingh tov lorx weic faan sic duqv. Doqc mangc "doh leiz bouc ze'buonc bun meih" yiem ga'haav pin sou dungh juangc naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv gorngv njiaaux heuc hnavg haaix zoux sou fungx mingh lorx weic faan sic. Meih maaih bouc dauh ziangh hoc benx 90 hnoi liouh zoux sou fungx mingh lorx weic faan sic. Naaiv deix 90 hnoi bouc dauh se funx yiem gan hnoi-nyieqc yiem naaiv zeiv tih mengh fienx mbuox hiuv wuov jiex gorn mingh.
--	---

Notice Type	Punjabi Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਪੁੱਛਿਆ ਸੀ ਕਿ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੀ ਆਪਣੇ ਬਿਲਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ <month yyyy> ਵਿਚ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਕੁਆਲੀਫਾਈ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ Medi-Cal ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ਼ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਅਵਧੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਿਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸ ਰਹੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ <month yyyy> ਲਈ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਮਿਲੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਅਪਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਊਂਟੀ Medi-Cal ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਗਿਣਾਂਗੇ। Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ <household size> ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ <modified adjusted gross income> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਲਈ ਮਹੀਨਾਵਾਰ Medi-Cal ਆਮਦਨ ਸੀਮਾ <MAGI limit> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਇਸ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਇਸ ਲਈ ਹਾਸਲ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Restricted-Scope Retro Approval NEW for implementation	ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਪੁੱਛਿਆ ਸੀ ਕਿ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੀ ਆਪਣੇ ਬਿਲਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ <month yyyy> ਵਿਚ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਕੁਆਲੀਫਾਈ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ Medi-Cal ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। 1 ਮਈ, 2022 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਉਮਰ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਮਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਜੋ ਇਹ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ਼ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ

	ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਅਵਧੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਿਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਸਿਰਫ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ <month yyyy> ਲਈ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਮਿਲੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਅਪਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਉਂਟੀ Medi-Cal ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮਹਿਈਆ ਕਰਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਫੁੱਲ ਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਫੁੱਲ ਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿਚ ਰੱਖਾਂਗੇ। Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ <household size> ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ <modified adjusted gross income> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਲਈ ਮਹੀਨਾਵਾਰ Medi-Cal ਆਮਦਨ ਸੀਮਾ <MAGI limit> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਇਸ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਇਸ ਲਈ ਹਾਸਲ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਯੂ.ਐਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Restricted Scope Approval	ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਰਫ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਯੂ.ਐਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਸਬੰਧੀ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਫੁੱਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਉਮਰ 26 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ ਫਿਰ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਮਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹ ਇਹ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੋ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਲੰਮੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ <month dd, yyyy> ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਯੋਗ ਮੰਨੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਜਾਂ ਫਿਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਵਸਥਾ ਦੇ ਬਦਲ ਜਾਣ 'ਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਅਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਫੁੱਲ ਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਫੁੱਲ ਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

	ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਗਿਣਾਂਗੇ। Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਘਰੇਲੂ ਆਕਾਰ <household size> ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ <modified adjusted gross income> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਲਈ ਮਹੀਨਾਵਾਰ Medi-Cal ਆਮਦਨ ਸੀਮਾ <MAGI limit> ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਇਸ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਇਸ ਲਈ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Full-Scope to Restricted Scope	ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਬਦਲਾਵ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal <month dd, yyyy> ਨੂੰ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲਿਆ ਸੀ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਬੰਧੀ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਨ ਲਈ ਵੀ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਉਮਰ 26 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ ਫਿਰ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਮਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹ ਇਹ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਸਮੇਂ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੋ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਦੀਰਘਕਾਲੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਊਂਟੀ Medi-Cal ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਨੂੰ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਤੋਂ ਫੁਲਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਫੁਲਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਸਾਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨਯੋਗ ਸਬੂਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਫਿਰ ਤੋਂ ਫੁਲਸਕੋਪ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਸ ਤੋਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਲਾਭ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਏ ਸਨ। ਇਸ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ Medi-Cal ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗਾ ਜਦੋਂਕਿ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਨਾ ਪਾਏ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹੇ ਹੋ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਦਲਣ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

	<Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Restricted-Scope to Full-Scope Under26	ਵਧੀਆ ਖਬਰ! ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal<month dd, yyyy> ਨੂੰ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੂਐਸ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਸਫਲ ਰਹੇ ਸੀ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ 26 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਸੀ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹੇ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਫਿਰ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਦਲਣ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕੇਅਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜੋ ਕਿ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ, ਜਣੇਪੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਂ ਫਿਰ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਜਦਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ Medi-Cal ਲਾਭ ਸਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਪੈਸਾ ਵਾਪਸ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। 1-916-403-2007 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਤੀਪੂਰਤੀ ਦੇ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਬੈਨੇਫੀਸ਼ੀਅਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	ਵਧੀਆ ਖਬਰ! ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal <month dd, yyyy> ਨੂੰ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੂ.ਐਸ. ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਪਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਵਿਚ ਸਫਲ ਰਹੇ ਸੀ ਜਾਂ ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸੀ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ ਜੋ ਕਿ 1 ਮਈ 2022 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੀ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹੇ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਫਿਰ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਦਲਣ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕੇਅਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜੋ ਕਿ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ, ਜਣੇਪੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਂ ਫਿਰ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਜਦਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ Medi-Cal ਲਾਭ ਸਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਪੈਸਾ ਵਾਪਸ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। 1-916-403-2007 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਤੀਪੂਰਤੀ ਦੇ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ Department of Health Care Services ਵਿਚ ਬੇਨੇਫੀਸ਼ੀਅਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Notice Type	Punjabi Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/ C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਪੁੱਛਿਆ ਸੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੀ ਆਪਣੇ ਬਿਲਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ <month year> ਵਿਚ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਕੁਆਲੀਫਾਈ ਕੀਤਾ ਸੀ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ Medi-Cal ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਯੂ.ਐਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂਕਿ ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਅਵਧੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਨੋਟਿਸ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲੇ ਹੋਏ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਸਿਰਫ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸ ਰਹੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ <month year> ਲਈ Medi-Cal ਮਿਲਿਆ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਅਪਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਉਂਟਰੀ Medi-Cal ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਵੇਜ਼ ਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਤੋਂ ਫੁਲਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

Restricted Retro Approval NEW for Implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਪੁੱਛਿਆ ਸੀ ਕਿ ਅਪੁਲਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੀ ਆਪਣੇ ਬਿਲਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ <month year> ਵਿਚ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਕੋਆਲੀਟੀ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ Medi-Cal ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਯੂ.ਐਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। 1 ਮਈ, 2022 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਕੋਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਉਮਰ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਮਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਜੋ ਇਹ ਮੁਹਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਅਵਧੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਿਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਸਿਰਫ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸ ਰਹੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ <month year> ਲਈ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਮਿਲੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਅਪਵਾਸ ਅਵਸਥਾ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਊਂਟੀ Medi-Cal ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹਈਆ ਕਰਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਰਫ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਯੂ.ਐਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਕੋਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਉਮਰ 26 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ ਫਿਰ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਮਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹ ਇਹ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੋ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ <month dd, yyyy> ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਦੇ ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਯੋਗ ਮੰਨੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਜਾਂ ਫਿਰ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਦਲ ਜਾਣ 'ਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਅਪਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਊਂਟੀ Medi-Cal ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਨੂੰ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ

	ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਬਦਲਾਵ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal <month dd, yyyy> ਨੂੰ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੂ.ਐਸ. ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਬੰਧੀ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅ ਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ Medi-Cal ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਭੇਜਿਆ ਸੀ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਨ ਲਈ ਵੀ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਬੂਤ ਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕਾਨੂੰਨ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਕਵਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਉਮਰ 26 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ ਫਿਰ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਜਾਂ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅ ਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਮਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਉਹ ਇਹ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਹੁਣ ਜਦਕਿ ਤੁਸੀਂ 49 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਅਧੀਨ 26 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੋ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਸਿਰਫ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂਕਿ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਲੇਬਰ ਪੇਨ, ਜਣੇਪਾ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਹੀ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸੇਵਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪੁੱਛੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਹੁਣ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਉਂਟੀ Medi-Cal ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਲਾਭ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਸਾਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨਯੋਗ ਸਬੂਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਫਿਰ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਸ ਤੋਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਲਾਭ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਏ ਸਨ। ਇਸ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡਾ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ Medi-Cal ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗਾ ਜਦੋਂਕਿ ਕਿ ਇਹ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹੇ ਹੋ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਦਲਣ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN)	ਵਧੀਆ ਖਬਰ! ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal <month dd, yyyy> ਨੂੰ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੂ.ਐਸ. ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਪ੍ਰਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਸਫਲ ਰਹੇ ਸੀ ਜਾਂ ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ 26 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਸੀ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹੇ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਫਿਰ ਸਥਿਤੀ ਦੇ

(Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	ਬਦਲਣ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕੇਅਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜੋ ਕਿ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਜਾਂ, ਜਣੇਪੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਨ ਜਦਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ Medi-Cal ਲਾਭ ਸਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਪੈਸਾ ਵਾਪਸ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। 1-916-403-2007 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਤੀਪੂਰਤੀ ਦੇ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਬੈਨੇਫੀਸ਼ੀਅਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	ਵਧੀਆ ਖਬਰ! ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal <month dd, yyyy> ਨੂੰ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ ਸਕੋਪ ਤੋਂ ਫੁਲ ਸਕੋਪ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੂ.ਐਸ. ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਅਤੇ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਅਪਵਾਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਸਫਲ ਰਹੇ ਸੀ ਜਾਂ ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੇ ਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ ਜੋ ਕਿ 50 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ 1 ਮਈ 2022 ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਮੰਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਨਾ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਹੁਣ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹੇ। ਅਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਨੂੰ ਨਵਿਆਉਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਫਿਰ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਦਲਣ ਸਮੇਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫੁਲ ਸਕੋਪ Medi-Cal ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕੇਅਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜੋ ਕਿ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ, ਜਣੇਪੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਂ ਫਿਰ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਜਦਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰੈਸਟਰਿਕਟਡ Medi-Cal ਲਾਭ ਸਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਪੈਸਾ ਵਾਪਸ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। 1-916-403-2007 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਦੇ ਜਵਾਬਾਂ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ Department of Health Care Services ਵਿੱਚ ਬੈਨੇਫੀਸ਼ੀਅਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। <Regulation> ਉਹ ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਜਾਣਨ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਆਖਰੀ ਪੇਜ 'ਤੇ "ਆਪਣਾ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ" ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਆਖਣ ਲਈ ਸਿਰਫ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Russian Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	Вы просили нас проверить, может ли Medi-Cal оплатить Ваши счета за какой-либо из трех месяцев до того, как Вы подали заявление. Вы имели право на получение страховки Medi-Cal в ограниченном объеме в <month уууу>, поскольку Вам от 26 лет до 49 лет, и Вы не отправили нам подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса для целей Medi-Cal. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи, услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах и послеродовое обслуживание и услуги долгосрочного ухода. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга Medi-Cal в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг. Вы можете получить, или, возможно, уже получили, другие уведомления о Вашем праве на страховое покрытие в отношении других периодов времени. В данном уведомлении Вам сообщается лишь о том, что Вы получили страховое покрытие Medi-Cal в ограниченном объеме на <month уууу>. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства или иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы предоставите нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания. При принятии решения мы учитывали Ваш размер семьи и доход. Для Medi-Cal Ваш размер семьи составляет <household size>, и Ваш ежемесячный семейный доход составляет <modified adjusted gross income>. Предел ежемесячного дохода, установленный Medi-Cal для Вашего размера семьи, составляет <MAGI limit>. Ваш доход ниже этого уровня, поэтому Вы имеете право на Medi-Cal. Вы получили Medi-Cal в ограниченном объеме, поскольку Вы не предоставили подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Scope Retro Approval	Вы просили нас проверить, может ли Medi-Cal оплатить Ваши счета за какой-либо из трех месяцев до того, как Вы подали заявление. Вы имели право на получение страховки Medi-Cal в ограниченном объеме в <month уууу>, поскольку Вам 50 лет или более, и Вы не отправили нам подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса для целей Medi-Cal. Начиная с 1 мая

NEW for implementation	2022 года, согласно законам Калифорнии, Medi-Cal в полном объеме покрывается для лиц, которым 50 лет или более, и которые не имеют или не могут предоставить подтверждение гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи, услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах и послеродовое обслуживание и услуги долгосрочного ухода. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга Medi-Cal в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг. Вы можете получить или, возможно, уже получили, другие уведомления о Вашем праве на страховое покрытие в отношении других периодов времени. В данном уведомлении Вам сообщается лишь о том, что Вы получили страховое покрытие Medi-Cal в ограниченном объеме на <month yyyy>. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства или иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы предоставите нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания. При принятии решения мы учитывали Ваш размер семьи и доход. Для Medi-Cal Ваш размер семьи составляет <household size>, и Ваш ежемесячный семейный доход составляет <modified adjusted gross income>. Предел ежемесячного дохода, установленный Medi-Cal для Вашего размера семьи, составляет <MAGI limit>. Ваш доход ниже этого уровня, поэтому Вы имеете право на Medi-Cal. Вы получили Medi-Cal в ограниченном объеме, поскольку Вы не предоставили подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Scope Approval	Вы получили одобрение для получения страховки Medi-Cal только в ограниченном объеме, поскольку Вам от 26 лет до 49 лет, и Вы не отправили подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса для целей Medi-Cal. Согласно законам Калифорнии, Medi-Cal в полном объеме покрывается только для лиц, которым менее 26 лет или которым 50 лет или более и которые не имеют или не могут предоставить подтверждение гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса. Поскольку Ваш возраст соответствует возрастному пределу от 26 лет до 49 лет, Вы соответствуете требованиям для Medi-Cal только в ограниченном объеме. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи, услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах, послеродовое обслуживание и услуги долгосрочного ухода. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга Medi-Cal в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг. Ваше право на ограниченную страховку Medi-Cal начинает действовать с <month dd, yyyy>. Вы продолжите получать страховое покрытие

	Medi-Cal в ограниченном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства и иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните сотруднику в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы предоставите нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания. При принятии решения мы учитывали Ваш размер семьи и доход. Для Medi-Cal Ваш размер семьи составляет <household size>, и Ваш ежемесячный семейный доход составляет <modified adjusted gross income>. Предел ежемесячного дохода, установленный Medi-Cal для Вашего размера семьи, составляет <MAGI limit>. Ваш доход ниже этого уровня, поэтому Вы имеете право на Medi-Cal. Вы получили Medi-Cal в ограниченном объеме, поскольку Вы не предоставили подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Full Scope to Restricted Scope	Важное изменение Ваших льгот. Ваша страховка Medi-Cal изменяется <month dd, yyyy> и будет предоставляться в ограниченном объеме. Ваша страховка Medi-Cal изменяется, и вместо страховки в полном объеме Вы будете получать страховку в ограниченном объеме, поскольку Вам от 26 лет до 49 лет, и Вы не отправили нам подтверждение того, что Вы являетесь гражданином U.S., или что у Вас есть удовлетворительный иммиграционный статус для целей Medi-Cal. Вы не связывались с нами, чтобы сообщить, что Вы пытаетесь предоставить это подтверждение. Согласно законам Калифорнии, Medi-Cal в полном объеме покрывается только для лиц, которым менее 26 лет или которым 50 лет или более и которые не имеют или не могут предоставить подтверждение гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса. Поскольку сейчас Ваш возраст соответствует этому возрастному пределу, Ваша страховка Medi-Cal изменяется и будет предоставляться в ограниченном объеме. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи, услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах и послеродовое обслуживание и услуги долгосрочного ухода. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга страховкой в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства или иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если

	Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы пришлете нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания. Если Вы предоставите нам соответствующее подтверждение в течение одного года, Ваша страховка Medi-Cal может снова предоставляться как Medi-Cal в полном объеме, начиная с месяца, в котором льготы Вам стали предоставляться в ограниченном объеме. Пока что Вы продолжите получать страховое покрытие Medi-Cal в ограниченном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	Хорошие новости! Ваша страховка Medi-Cal изменилась <month dd, yyyy> и будет предоставляться в полном объеме. Ваша страховка Medi-Cal изменилась, и вместо ограниченного объема Вы будете получать льготы в полном объеме, так как Вы смогли предоставить подтверждение того, что Вы имеете гражданство U.S. или удовлетворительный иммиграционный статус, или Вам менее 26 лет. Вы продолжите получать страховое покрытие Medi-Cal в полном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится. Ваши права на льготы Medi-Cal в полном объеме могут распространяться на прошедшие месяцы. Если Вы оплатили медицинское обслуживание, которое не являлось неотложной медицинской помощью, услугами, связанными с беременностью, или долгосрочным медицинским обслуживанием, в период, когда у Вас были ограниченные льготы Medi-Cal, Вы, возможно, сможете вернуть свои деньги. Позвоните в службу Beneficiary Services в Department of Health Care Services, чтобы получить ответы на вопросы касательно возмещения расходов, по номеру 1-916-403-2007. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Scope	Хорошие новости! Ваша страховка Medi-Cal изменилась <month dd, yyyy> и будет предоставляться в полном объеме.

to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	Ваша страховка Medi-Cal изменилась, и вместо ограниченного объема Вы будете получать льготы в полном объеме, так как Вы смогли предоставить подтверждение того, что Вы имеете гражданство U.S. или удовлетворительный иммиграционный статус, или Вам 50 лет или более. Страхование Medi-Cal в полном объеме доступно всем соответствующим требованиям лицам в возрасте 50 лет или старше, начиная с 1 мая 2022 года. Вы продолжите получать страховое покрытие Medi-Cal в полном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится. Ваши права на льготы Medi-Cal в полном объеме могут распространяться на прошедшие месяцы. Если Вы оплатили медицинское обслуживание, которое не являлось неотложной медицинской помощью, услугами, связанными с беременностью, или долгосрочным медицинским обслуживанием, в период, когда у Вас были ограниченные льготы Medi-Cal, Вы, возможно, сможете вернуть свои деньги. Позвоните в Службу для получателей льгот в Department of Health Care Services, чтобы получить ответы на вопросы касательно возмещения расходов, по номеру 1-916-403-2007. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Notice Type	Russian Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Вы просили нас проверить, может ли Medi-Cal оплатить Ваши счета за какой-либо из трех месяцев до того, как Вы подали заявление. Вы имели право на получение страховки Medi-Cal в ограниченном объеме в <month year>, поскольку Вам от 26 лет до 49 лет, и Вы не отправили нам подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса для целей Medi-Cal. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи и услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах и послеродовое обслуживание. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга Medi-Cal в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг. Вы можете получить, или, возможно, уже получили, другие уведомления о Вашем праве на страховое покрытие в отношении других периодов времени. В данном уведомлении Вам сообщается лишь о том, что Вы получили страховое покрытие Medi-Cal в ограниченном объеме на <month year>. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства или иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы предоставите нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания.

	Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	Вы просили нас проверить, может ли Medi-Cal оплатить Ваши счета за какой-либо из трех месяцев до того, как Вы подали заявление. Вы имели право на получение страховки Medi-Cal в ограниченном объеме в <month year>, поскольку Вам 50 лет или более, и Вы не отправили нам подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса для целей Medi-Cal. Начиная с 1 мая 2022 года, согласно законам Калифорнии, Medi-Cal в полном объеме покрывается только для лиц, которым 50 лет или более, и которые не имеют или не могут предоставить подтверждение гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи и услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах и послеродовое обслуживание. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга Medi-Cal в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг. Вы можете получить или, возможно, уже получили, другие уведомления о Вашем праве на страховое покрытие в отношении других периодов времени. В данном уведомлении Вам сообщается лишь о том, что Вы получили страховое покрытие Medi-Cal на <month year>. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства и иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы предоставите нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV)	Вы получили одобрение для получения страховки Medi-Cal только в ограниченном объеме, поскольку Вам от 26 лет до 49 лет, и Вы не отправили подтверждение Вашего гражданства U.S. или удовлетворительного иммиграционного статуса для целей Medi-Cal. Согласно законам Калифорнии, Medi-Cal в полном объеме покрывается только для лиц, которым менее 26 лет или которым 50 лет или более и которые не имеют или не могут предоставить подтверждение гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса. Поскольку Ваш возраст соответствует этому возрастному пределу, Вы соответствуете требованиям для Medi-Cal только в ограниченном объеме. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи и услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах, послеродовое обслуживание. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга Medi-Cal в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг.

(Specific to Non-MAGI Programs)	Ваше право на ограниченную страховку Medi-Cal начинает действовать с <month dd, уууу>. Вы продолжите получать страховое покрытие Medi-Cal в ограниченном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства и иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы предоставите нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Важное изменение Ваших льгот. Ваша страховка Medi-Cal изменяется <month dd, уууу> и будет предоставляться в ограниченном объеме. Ваша страховка Medi-Cal изменяется, и вместо страховки в полном объеме Вы будете получать страховку в ограниченном объеме, поскольку Вам от 26 лет до 49 лет, и Вы не отправили нам подтверждение того, что Вы являетесь гражданином U.S., или что у Вас есть удовлетворительный иммиграционный статус для целей Medi-Cal. Вы не связывались с нами, чтобы сообщить, что Вы пытаетесь предоставить подтверждение. Согласно законам Калифорнии, Medi-Cal в полном объеме покрывается только для лиц, которым менее 26 лет или которым 50 лет или более и которые не имеют или не могут предоставить подтверждение гражданства или удовлетворительного иммиграционного статуса. Поскольку сейчас Ваш возраст соответствует установленному возрастному пределу от 26 лет до 49 лет, Ваша страховка Medi-Cal изменяется и будет предоставляться в ограниченном объеме. Ограниченная страховка Medi-Cal покрывает только услуги неотложной медицинской помощи, услуги, связанные с беременностью, такие как дородовое наблюдение, медицинская помощь при родах. Если Вы не уверены, покрывается ли услуга страховкой в ограниченном объеме, обратитесь к своему поставщику медицинских услуг. Если у Вас есть подтверждение Вашего гражданства и иммиграционного статуса, которое Вы можете предоставить нам сейчас, или если Вы хотите сообщить нам о проблемах с получением Вашего документа, пожалуйста, позвоните в Ваш окружной офис Medi-Cal по номеру телефона, указанному в этом уведомлении. Когда Вы пришлете нам свои документы, объем Ваших страховых льгот может быть изменен с ограниченного на полный. Полная страховка позволяет Вам обращаться к врачу для получения всего необходимого Вам медицинского обслуживания.

	Если Вы предоставите нам соответствующее подтверждение в течение одного года, Ваша страховка Medi-Cal может снова предоставляться как Medi-Cal в полном объеме, начиная с месяца, в котором льготы Вам стали предоставляться в ограниченном объеме. Пока что Вы продолжите получать страховое покрытие Medi-Cal в ограниченном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	Хорошие новости! Ваша страховка Medi-Cal изменилась <month dd, yyyy> и будет предоставляться в полном объеме. Ваша страховка Medi-Cal изменилась, и вместо ограниченного объема Вы будете получать льготы в полном объеме, так как Вы смогли предоставить подтверждение того, что Вы имеете гражданство U.S. или удовлетворительный иммиграционный статус, или Вам менее 26 лет. Вы продолжите получать страховое покрытие Medi-Cal в полном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится. Ваши права на льготы Medi-Cal в полном объеме могут распространяться на прошедшие месяцы. Если Вы оплатили медицинское обслуживание, которое не являлось неотложной медицинской помощью или услугами, связанными с беременностью, в период, когда у Вас были ограниченные льготы Medi-Cal, Вы, возможно, сможете вернуть свои деньги. Позвоните в службу Beneficiary Services в Department of Health Care Services, чтобы получить ответы на вопросы касательно возмещения расходов, по номеру 1-916-403-2007. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older	Хорошие новости! Ваша страховка Medi-Cal изменилась <month dd, yyyy> и будет предоставляться в полном объеме. Ваша страховка Medi-Cal изменилась, и вместо ограниченного объема Вы будете получать льготы в полном объеме, так как Вы смогли предоставить подтверждение того, что Вы имеете гражданство U.S. или удовлетворительный иммиграционный статус, или Вам 50 лет или более. Страхование Medi-Cal в полном объеме доступно всем соответствующим требованиям лицам в возрасте 50 лет или старше, начиная с

NEW for implementation	1 мая 2022 года. Вы продолжите получать страховое покрытие Medi-Cal в полном объеме, если только не будет установлено, что Вы больше не имеете права на его получение. Это может произойти во время продления Вашего права на страховку, или когда Ваша ситуация изменится.
(Specific to CalWIN Non-MAGI Programs)	Ваши права на льготы Medi-Cal в полном объеме могут распространяться на прошедшие месяцы. Если Вы оплатили медицинское обслуживание, которое не являлось неотложной медицинской помощью или услугами, связанными с беременностью, в период, когда у Вас были ограниченные льготы Medi-Cal, Вы, возможно, сможете вернуть свои деньги. Позвоните в Службу для получателей льгот в Department of Health Care Services, чтобы получить ответы на вопросы касательно возмещения расходов, по номеру 1-916-403-2007. Актом или законом, которым мы руководствовались при принятии этого решения, является <Regulation>. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции описан в разделе «Ваши права на проведение слушания» на последней странице данного уведомления. Вам предоставляется лишь 90 дней для подачи запроса на проведение слушания. Отсчет этих 90 дней начался в день после даты, указанной в данном уведомлении.

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Spanish Text MAGI Snippets
Restricted-Scope Retro Approval	Usted nos pidió que revisemos si usted podría obtener Medi-Cal para cubrir sus facturas para cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha en que usted solicitó. Usted calificó para Medi-Cal restringido en <eligibility month year> porque usted tiene de 26 a 49 años de edad y no nos envió prueba de ciudadanía estadounidense o situación de inmigración satisfactoria para los fines de Medi-Cal. Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto, cuidados posparto y servicios de cuidados a largo plazo. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, pregunte a su proveedor médico. Posiblemente usted reciba o ya haya recibido otros avisos sobre su elegibilidad para otros períodos de tiempo. Este aviso solamente le dice a usted que obtuvo cobertura de Medi-Cal para <eligibility month year>. Si usted tiene pruebas de su ciudadanía y situación de inmigración satisfactoria que pueda darnos ahora o quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame al trabajador de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. Contamos el tamaño e ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión. Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es <household size> y los ingresos mensuales de su hogar son de <modified adjusted gross income>. El límite de ingresos mensuales de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es de <MAGI limit>. Sus ingresos están por debajo de este límite, por lo que usted es elegible para Medi-Cal. Usted recibió Medi-Cal restringido porque no nos dio pruebas de su ciudadanía estadounidense o situación de inmigración satisfactoria. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	Usted nos pidió que revisemos si usted puede obtener Medi-Cal para cubrir sus facturas de cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha en que solicitó. Usted calificó para Medi-Cal restringido en <month yyyy> porque tiene 50 años de edad o más y no nos envió prueba de su ciudadanía estadounidense o de su situación migratoria satisfactoria para los fines de Medi-Cal. A partir del 1º de mayo de 2022, la ley de California cubre Medi-Cal completo para personas que tienen 50 años de edad o más que no tengan o no puedan proporcionar pruebas de ciudadanía o situación migratoria satisfactoria. Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto y cuidados posparto y servicios de cuidados a largo plazo. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, pregunte a su proveedor médico. Posiblemente usted reciba o ya haya recibido otros

	avisos sobre su elegibilidad para otros períodos de tiempo. Este aviso solamente le dice que usted obtuvo cobertura de Medi-Cal para <month yyyy>. Si usted tiene pruebas de su situación de ciudadanía o inmigración que pueda darnos ahora o si quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame a la oficina de Medi-Cal de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringido a completo cuando usted nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. Tomamos en cuenta el tamaño e ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión. Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es <household size> y los ingresos mensuales de su hogar son <modified adjusted gross income>. El límite de ingresos mensuales de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es de <MAGI limit>. Sus ingresos están por debajo de este límite, por lo que usted califica para Medi-Cal. Recibió Medi-Cal restringido porque usted no nos dio pruebas de su ciudadanía o de su situación migratoria satisfactoria. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Restricted-Scope Approval	Le han aprobado solamente para Medi-Cal restringido porque usted tiene de 26 a 49 años de edad y no envió pruebas de su ciudadanía estadounidense o situación de inmigración satisfactoria para los fines de Medi-Cal. La ley de California cubre Medi-Cal completo sólo para personas menores de 26 o 50 años de edad o más y que no tienen o no pueden proporcionar una prueba de ciudadanía o de situación de inmigración satisfactoria. Como usted está dentro del límite de edad de 26 a 49 años, sólo es elegible para Medi-Cal restringido. Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto y cuidados posparto y servicio de cuidados a largo plazo. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, pregunte a su proveedor médico. Su elegibilidad para Medi-Cal restringido comienza el <effective date- Month Day, Year>. Su cobertura de Medi-Cal seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Si usted tiene pruebas de su ciudadanía o situación de inmigración satisfactoria que pueda darnos ahora o quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame al trabajador de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. Contamos el tamaño e ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión.

	Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es <household size> y los ingresos mensuales de su hogar son de <modified adjusted gross income>. El límite de ingresos mensuales de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es de <MAGI limit>. Sus ingresos están por debajo de este límite, por lo que usted es elegible para Medi-Cal. Recibió Medi-Cal restringido porque usted no nos dio pruebas de su ciudadanía o situación de inmigración satisfactoria. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Full-Scope to Restricted-Scope	Cambio importante en sus beneficios. Su Medi-Cal cambió a restringido el <month dd, yyyy>. Su Medi-Cal cambiará de completo a restringido porque usted tiene de 26 a 49 años de edad y no nos envió pruebas de ser ciudadano estadounidense o que tiene una situación de inmigración satisfactoria para los fines de Medi-Cal. No se ha comunicado con nosotros para avisarnos que usted está tratando de proporcionar una prueba. La ley de California cubre Medi-Cal completo sólo para personas menores de 26 o 50 años de edad o más y que no tienen o no pueden proporcionar una prueba de ciudadanía o de situación de inmigración satisfactoria. Ahora que usted está por encima de ese límite de edad, su Medi-Cal cambiará a restringido. Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto, cuidados posparto y servicios de cuidados a largo plazo. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, llame a su proveedor médico. Si usted tiene pruebas de su ciudadanía o de situación de inmigración satisfactoria que pueda darnos ahora o quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame al trabajador de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. Si usted nos da pruebas aceptables en el transcurso de un año, su Medi-Cal podría cambiar de nuevo a Medi-Cal completo comenzando en el mes en que comenzaron sus beneficios restringidos. Mientras tanto, su cobertura de Medi-Cal restringido seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.

Restricted-Scope to Full-Scope Under 26	¡Buenas noticias! Su Medi-Cal cambió a completo el <month dd, yyyy>. Su Medi-Cal está cambiando de restringido a completo porque usted pudo comprobar su ciudadanía estadounidense o una situación de inmigración satisfactoria o usted tiene menos de 26 años de edad. Su cobertura de Medi-Cal seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Su elegibilidad para beneficios de Medi-Cal completo podría cubrir los meses anteriores. Si usted pagó por cuidados médicos que no era una emergencia, relacionados con un embarazo o servicios de cuidados a largo plazo mientras usted tenía beneficios de Medi-Cal restringido, usted podría recibir una devolución de su dinero. Llame a Servicios al beneficiario de Department of Health Care Services al 1-916-403-2007 para respuestas a sus preguntas de reembolsos. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implemenetation	¡Buenas noticias! Su Medi-Cal cambió a completo el <month dd, yyyy>. Su Medi-Cal cambió de restringido a completo porque usted pudo comprobar su ciudadanía estadounidense o su situación migratoria satisfactoria o usted tiene 50 años de edad o más. Medi-Cal completo está a disposición de todas las personas elegibles de 50 años de edad o más a partir del 1º de mayo de 2022. Su cobertura de Medi-Cal completo seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Su elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal completo podría cubrir los meses anteriores. Si usted pagó por cuidados médicos fuera de una emergencia, relacionados con un embarazo o servicios de cuidados a largo plazo servicio mientras usted tenía beneficios de Medi-Cal restringido, usted podría recibir la devolución de su dinero. Llame a Servicios al beneficiario de Department of Health Care Services al 1-916-403-2007 para que respondan a sus preguntas sobre reembolsos. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Notice Type	English Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval	Usted nos pidió que revisemos si usted podría obtener Medi-Cal para cubrir sus facturas para cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha en que usted solicitó. Usted calificó para Medi-Cal restringido en <eligibility month year> porque usted tiene de 26 a 49 años de edad y no nos envió prueba de ciudadanía estadounidense o situación de inmigración satisfactoria para los fines de Medi-Cal. Medi-Cal restringido cubre solamente

(Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto, cuidados posparto. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, pregunte a su proveedor médico. Posiblemente usted reciba o ya haya recibido otros avisos sobre su elegibilidad para otros períodos de tiempo. Este aviso solamente le dice a usted que obtuvo cobertura de Medi-Cal para <eligibility month year>. Si usted tiene pruebas de su ciudadanía o situación de inmigración satisfactoria que pueda darnos ahora o quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame al trabajador de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	Usted nos pidió que revisemos si usted puede obtener Medi-Cal para cubrir sus facturas de cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha en que solicitó. Usted calificó para Medi-Cal restringido en <month year> porque tiene 50 años de edad o más y no nos envió prueba de su ciudadanía estadounidense o de su situación migratoria satisfactoria para los fines de Medi-Cal. A partir del 1º de mayo de 2022, la ley de California cubre Medi-Cal completo para personas que tienen 50 años de edad o más que no tengan o no puedan proporcionar pruebas de ciudadanía o situación migratoria satisfactoria. Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto y cuidados posparto. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, pregunte a su proveedor médico. Posiblemente usted reciba o ya haya recibido otros avisos sobre su elegibilidad para otros períodos de tiempo. Este aviso solamente le dice que usted obtuvo cobertura de Medi-Cal para <month year>. Si usted tiene pruebas de su situación de ciudadanía o inmigración que pueda darnos ahora o si quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame a la oficina de Medi-Cal de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringido a completo cuando usted nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Restricted Scope Approval	Le han aprobado solamente para Medi-Cal restringido porque usted tiene de 26 a 49 años de edad y no envió pruebas de su ciudadanía estadounidense o situación de inmigración satisfactoria para los fines de Medi-Cal. La ley de California cubre Medi-Cal completo sólo para personas menores de 26 o 50 años de edad o más y que no tienen o no pueden proporcionar una prueba de ciudadanía o de situación de inmigración satisfactoria. Como usted está por encima del límite de edad sólo es elegible para Medi-Cal restringido. Medi-Cal restringido cubre

(Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	solamente servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto y cuidados posparto. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, pregunte a su proveedor médico. Su elegibilidad para Medi-Cal restringido comienza el <effective date- Month Day, Year>. Su cobertura de Medi-Cal seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Si usted tiene pruebas de su ciudadanía o situación de inmigración satisfactoria que pueda darnos ahora o quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame al trabajador de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Cambio importante en sus beneficios. Su Medi-Cal cambió a restringido el <month dd, yyyy>. Su Medi-Cal cambiará de completo a restringido porque usted tiene de 26 a 49 años de edad y no nos envió pruebas de ser ciudadano estadounidense o que tiene una situación de inmigración satisfactoria para los fines de Medi-Cal. No se ha comunicado con nosotros para avisarnos que usted está tratando de proporcionar una prueba. La ley de California cubre Medi-Cal completo sólo para personas menores de 26 o 50 años de edad o más y que no tienen o no pueden proporcionar una prueba de ciudadanía o de situación de inmigración satisfactoria. Ahora que usted está dentro de ese límite de edad de 26 a 49 años de edad, su Medi-Cal cambiará a restringido. Medi-Cal restringido cubre solamente servicios de emergencia, servicios relacionados con el embarazo, como cuidados prenatales, trabajo de parto, parto, cuidados posparto. Si no está seguro de que un servicio esté cubierto por Medi-Cal restringido, llame a su proveedor médico. Si usted tiene pruebas de su ciudadanía o de situación de inmigración satisfactoria que pueda darnos ahora o quiere avisarnos que tiene problemas para obtener su documento, por favor llame al trabajador de su condado al número anotado en este aviso. Sus beneficios podrían cambiar de restringidos a completos cuando nos proporcione sus documentos. Los beneficios completos le permiten ver un médico para todas sus necesidades médicas. Si usted nos da pruebas aceptables en el transcurso de un año, su Medi-Cal podría cambiar de nuevo a Medi-Cal completo comenzando en el mes en que comenzaron sus beneficios restringidos. Mientras tanto, su cobertura de Medi-Cal restringido seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación.

	<Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	¡Buenas noticias! Su Medi-Cal cambió a completo el <month dd, yyyy>. Su Medi-Cal está cambiando de restringido a completo porque usted pudo comprobar su ciudadanía estadounidense o una situación de inmigración satisfactoria o usted tiene menos de 26 años de edad. Su cobertura de Medi-Cal seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Su elegibilidad para beneficios de Medi-Cal completo podría cubrir los meses anteriores. Si usted pagó por cuidados médicos que no era una emergencia relacionados con un embarazo mientras usted tenía beneficios de Medi-Cal restringido, usted podría recibir una devolución de su dinero. Llame a Servicios al beneficiario de Department of Health Care Services al 1-916-403-2007 para respuestas a sus preguntas de reembolsos. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation (Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	¡Buenas noticias! Su Medi-Cal cambió a completo el <month dd, yyyy>. Su Medi-Cal cambió de restringido a completo porque usted pudo comprobar su ciudadanía estadounidense. o su situación migratoria satisfactoria o usted tiene 50 años de edad o más. Medi-Cal completo está a disposición de todas las personas elegibles de 50 años de edad o más a partir del 1º de mayo de 2022. Su cobertura de Medi-Cal completo seguirá a menos que encontremos que usted ya no es elegible. Esto podría suceder al momento en que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación. Su elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal completo podría cubrir los meses anteriores. Si usted pagó por cuidados médicos fuera de una emergencia o relacionados con un embarazo mientras usted tenía beneficios de Medi-Cal restringido, usted podría recibir la devolución de su dinero. Llame a Servicios al beneficiario de Department of Health Care Services al 1-916-403-2007 para que respondan a sus preguntas sobre reembolsos. <Regulation> es el reglamento o ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Usted puede apelar si le parece que cometimos un error. Lea "Su derecho a una audiencia" en la última página de este aviso para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha de este aviso.

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Tagalog Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	Pinatingnan mo sa amin kung mapapasagot mo sa Medi-Cal ang mga bill mo para sa alinman sa tatlong buwan bago ka nag-aplay. Kuwalipikado ka para sa restricted scope na Medi-Cal sa <month yyyy>dahil ikaw ay 26 hanggang 49 na taong gulang at hindi mo kami pinadalhan ng katibayan ng Pagkamamamayan sa Estados Unidos (U.S. Citizenship) o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal. Ang restricted scope Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyong kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, at pag-aalaga matapos makapanganak, at serbisyo ng pangmatagalang pag-aalaga. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope na Medi-Cal, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Maaari kang makakuha o maaaring nakatanggap ka na ng ibang mga abiso tungkol sa pagiging nararapat mo para sa ibang panahon. Sinasabi lang sa iyo ng abisong ito na nakakuha ka ng Medi-Cal coverage para sa <month yyyy>. Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, o nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyo mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyo na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Binilang namin ang laki ng iyong sambahayan at kita para magpasya. Para sa Medi-Cal, ang laki ng iyong sambahayan ay <household size> at ang iyong buwanang kita ng sambahayan ay <modified adjusted gross income>. Ang buwanang limitasyon sa kita ng Medi-Cal para sa laki ng iyong sambahayan ay <MAGI limit>. Ang kita mo ay mas mababa sa limitasyong ito, kaya kuwalipikado ka para sa Medi-Cal. Nakatanggap ka ng restricted scope Medi-Cal dahil hindi ka nagbigay ng katibayan ng iyong pagkamamamayan ng Estados Unidos o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.

Restricted Scope Retro Approval New for Implementation	Pinatingnan mo sa amin kung mapapasagot mo sa Medi-Cal ang mga bill mo para sa alinman sa tatlong buwan bago ka nag-aplay. Kuwalipikado ka para sa restricted scope na Medi-Cal sa <month yyyy> dahil ikaw ay 50 taong gulang pataas at hindi mo kami pinadalhan ng katibayan ng pagkamamamayan sa U.S. o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal Simula Mayo 1, 2022, sinasaklaw ng batas ng California ang full scope na Medi-Cal para lang sa mga indibidwal na 50 taong gulang pataas at wala o hindi makapagbigay ng katibayan ng pagkamamamayan o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Ang restricted scope na Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyong kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, at pag-aalaga matapos makapanganak, at serbisyo ng pangmatagalang pag-aalaga. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope na Medi-Cal, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Maaari kang makakuha o maaaring nakatanggap ka na ng ibang mga abiso tungkol sa pagiging nararapat mo para sa ibang panahon. Sinasabi lang sa iyo ng abisong ito na nakakuha ka ng restricted scope na Medi-Cal coverage para sa <month yyyy>. Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, o nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyo mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyo na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Binilang namin ang laki ng iyong sambahayan at kita para magpasya. Para sa Medi-Cal, ang laki ng iyong sambahayan ay <household size> at ang iyong buwanang kita ng sambahayan ay <modified adjusted gross income>. Ang buwanang limitasyon sa kita ng Medi-Cal para sa laki ng iyong sambahayan ay <MAGI limit>. Ang kita mo ay mas mababa sa limitasyong ito, kaya kuwalipikado ka para sa Medi-Cal. Nakatanggap ka ng restricted scope Medi-Cal dahil hindi ka nagbigay ng katibayan ng iyong pagkamamamayan ng Estados Unidos o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Restricted Scope Approval	Inaprubahan ka para sa restricted scope lang na Medi-Cal dahil ikaw ay 26 hanggang 49 na taong gulang at hindi ka nagpadala sa amin ng katibayan ng iyong Pagkamamamayan sa Estados Unidos (U.S. Citizenship) o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal. Sinasaklaw ng batas ng California ang full scope Medi-Cal lang para sa mga indibidwal na wala pang 26 na taong gulang o 50 taong gulang pataas, at wala o hindi makapagbigay ng katibayan ng pagkamamamayan o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Dahil ikaw ay pasok sa

	limitasyon sa edad na 26 hanggang 49 na taong gulang, kwalipikado ka lang para sa restricted scope Medi-Cal. Ang restricted scope Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyong kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, pag-aalaga matapos makapanganak, at serbisyo ng pangmatagalang pag-aalaga. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope Medi-Cal, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Magsisimula ang pagiging nararapat mo sa restricted scope na Medi-Cal sa <month dd, yyyy>. Ang iyong restricted scope Medi-Cal coverage ay magpapatuloy maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon. Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, o nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyo mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyo na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Binilang namin ang laki ng iyong sambahayan at kita para magpasya. Para sa Medi-Cal, ang laki ng iyong sambahayan ay <household size> at ang iyong buwanang kita ng sambahayan ay <modified adjusted gross income>. Ang buwanang limitasyon sa kita ng Medi-Cal para sa laki ng iyong sambahayan ay <MAGI limit>. Ang kita mo ay mas mababa sa limitasyong ito, kaya kuwalipikado ka para sa Medi-Cal. Nakatanggap ka ng restricted scope Medi-Cal dahil hindi ka nagbigay ng katibayan ng iyong pagkamamamayan ng o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Full-Scope to Restricted Scope	Mahalagang pagbabago sa mga benepisyo mo. Magiging restricted scope ang iyong Medi-Cal sa <month dd, yyyy>. Magiging restricted scope mula sa full scope ang iyong Medi-Cal dahil ikaw ay 26 hanggang 49 na taong gulang at hindi ka nagpadala sa amin ng katibayan ng iyong pagkamamamayan sa Estados Unidos (U.S. Citizenship) o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal. Hindi ka nakipag-ugnay sa amin para ipaalam na sinusubukan mong magbigay ng katibayan. Sinasaklaw ng batas ng California ang full scope Medi-Cal lang para sa mga indibidwal na wala pang 26 na taong gulang o 50 taong gulang pataas at wala o hindi makapagbigay ng katibayan ng pagkamamamayan o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Ngayong ikaw ay pasok sa limitasyon sa edad, magiging restricted scope ang iyong Medi-Cal.

	Ang restricted scope Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyong kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, at pag-aalaga matapos makapanganak, at serbisyo ng pangmatagalang pag-aalaga. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, o nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyo mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyo na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Kung magbigay ka sa amin ng katanggap-tanggap na katibayan sa loob ng isang taon, maaaring bumalik ang iyong Medi-Cal sa full scope na Medi-Cal simula sa buwan ng pagsisimula ng iyong mga restricted scope na benepisyo. Sa ngayon, magpapatuloy ang iyong restricted scope Medi-Cal coverage maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	Magandang Balita! Naging full scope ang iyong Medi-Cal noong <month dd, yyyy>. Nagbago ang iyong Medi-Cal mula sa restricted scope papuntang full scope dahil napatunayan mo ang iyong pagkamamamayan ng Estados Unidos o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon o ikaw ay wala pang 26 na taong gulang. Ang iyong Medi-Cal coverage ay magpapatuloy maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon. Ang pagiging nararapat mo sa mga benepisyo ng full scope Medi-Cal ay maaaring sumaklaw sa mga nakaraang buwan. Kung nagbayad ka para sa pangangalagang medikal na hindi isang emerhensya, kaugnay ng pagbubuntis, o pangmatagalang pag-aalagang serbisyo habang mayroon kang restricted scope na benepisyong Medi-Cal, maaaring maibalik sa iyo ang pera mo. Tumawag sa Beneficiary Services sa Department of Health Care Services para sa mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa reimbursement sa 1-916-403-2007. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.

Restricted Scope to Full Scope 50 and Older New for implementation	Magandang Balita! Naging full scope ang iyong Medi-Cal noong <month dd, yyyy>. Nagbago ang iyong Medi-Cal mula sa restricted scope papuntang full scope dahil napatunayan mo ang iyong pagkamamamayan ng U.S. o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon o ikaw ay 50 taong gulang pataas. Maaari ang full scope na Medi-Cal para sa lahat ng karapat-dapat na tao na 50 taong gulang pataas simula Mayo 1, 2022. Ang iyong full scope na Medi-Cal coverage ay magpapatuloy maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon. Ang pagiging nararapat mo sa mga benepisyong ng full scope Medi-Cal ay maaaring sumaklaw sa mga nakaraang buwan. Kung nagbayad ka para sa pangangalagang medikal na hindi isang emerhensya o kaugnay ng pagbubuntis o serbisyo sa pangmatagalang pangangalaga habang mayroon kang restricted scope na benepisyong Medi-Cal, maaaring maibalik sa iyo ang pera mo. Tumawag sa Beneficiary Services sa Department of Health Care Services para sa mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa reimbursement sa 1-916-403-2007. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Notice Type	Tagalog Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Pinatingnan mo sa amin kung mapapasagot mo sa Medi-Cal ang mga bill mo para sa alinman sa tatlong buwan bago ka nag-aplay. Kuwalipikado ka para sa restricted scope na Medi-Cal sa <month year> dahil ikaw ay 26 hanggang 49 na taong gulang at hindi mo kami pinadalhan ng katibayan ng Pagkamamamayan sa Estados Unidos (U.S. Citizenship) o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal. Ang restricted scope Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyonang kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, at pag-aalaga matapos makapanganak. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope na Medi-Cal, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Maaari kang makakuha o maaaring nakatanggap ka na ng ibang mga abiso tungkol sa pagiging nararapat mo para sa ibang panahon. Sinasabi lang sa iyo ng abisong ito na nakakuha ka ng Medi-Cal coverage para sa <month year>. Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, at nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyong mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyong na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan.

	Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Restricted Retro Approval New for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	Pinatingnan mo sa amin kung mapapasagot mo sa Medi-Cal ang mga bill mo para sa alinman sa tatlong buwan bago ka nag-aplay. Kuwalipikado ka para sa restricted scope na Medi-Cal sa <month year> dahil ikaw ay 50 taong gulang pataas at hindi mo kami pinadalhan ng katibayan ng pagkamamamayan sa U.S. o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal. Simula Mayo 1, 2022, sinasaklaw ng batas ng California ang full scope na Medi-Cal lang para sa mga indibidwal na 50 taong gulang pataas at wala o hindi makapagbigay ng katibayan ng pagkamamamayan o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Ang restricted scope na Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyong kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, at pag-aalaga matapos makapanganak. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope na Medi-Cal, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Maaari kang makakuha o maaaring nakatanggap ka na ng ibang mga abiso tungkol sa pagiging nararapat mo para sa ibang panahon. Sinasabi lang sa iyo ng abisong ito na nakakuha ka ng Medi-Cal coverage para sa <month year>. Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, at nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyo mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyo na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Inaprubahan ka para sa restricted scope lang na Medi-Cal dahil ikaw ay 26 hanggang 49 na taong gulang at hindi ka nagpadala sa amin ng katibayan ng iyong Pagkamamamayan sa Estados Unidos (U.S. Citizenship) o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal. Sinasaklaw ng batas ng California ang full scope Medi-Cal lang para sa mga indibidwal na wala pang 26 na taong gulang o 50 taong gulang pataas, at wala o hindi makapagbigay ng katibayan ng pagkamamamayan o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Dahil ikaw ay pasok sa limitasyon sa edad, kwalipikado ka lang para sa restricted scope Medi-Cal. Ang restricted scope Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyong kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, pag-aalaga matapos makapanganak. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope Medi-Cal, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Magsisimula ang pagiging nararapat mo sa restricted scope na Medi-Cal sa <month dd, yyyy>.. Ang iyong Medi-Cal coverage ay magpapatuloy maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon.

	Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, o nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyo mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyo na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Mahalagang pagbabago sa mga benepisyo mo. Magiging restricted scope ang iyong Medi-Cal sa <month dd, yyyy>. Magbabago ang iyong Medi-Cal mula sa full scope papuntang restricted scope dahil ikaw ay 26 hanggang 49 na taong gulang at hindi ka nagpadala sa amin ng katibayan ng iyong pagkamamamayan sa Estados Unidos (U.S. Citizenship) o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon para sa layunin ng Medi-Cal. Hindi ka nakipag-ugnay sa amin para ipaalam na sinusubukan mong magbigay ng katibayan. Sinasaklaw ng batas ng California ang full scope Medi-Cal lang para sa mga indibidwal na wala pang 26 na taong gulang o 50 taong gulang pataas at wala o hindi makapagbigay ng katibayan ng pagkamamamayan o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon. Ngayong pasok ka sa limitasyon sa edad na 26 hanggang 49 na taong gulang, magiging restricted scope ang iyong Medi-Cal. Ang restricted scope Medi-Cal ay sumasakop lang sa mga pang-emerhensyang serbisyo, mga serbisyong kaugnay ng pagbubuntis katulad ng pag-aalagang prenatal, labor, panganganak, at pag-aalaga matapos makapanganak. Kung hindi ka tiyak kung sakop ang isang serbisyo ng restricted scope na Medi-Cal, tanungin ang iyong tagapaglaang medikal. Kung may katibayan ka ng iyong pagkamamamayan o katayuan sa imigrasyon na maibibigay mo sa amin ngayon, o nais ipaalam sa amin na nagkakaproblema kang makuha ang dokumento mo, mangyaring tawagan ang tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county sa numerong nakalista sa abisong ito. Maaaring magbago ang mga benepisyo mo mula sa restricted scope papuntang full scope kapag ibinigay mo sa amin ang mga dokumento mo. Pahihintulutan ka ng mga full scope na benepisyo na magpatingin sa doktor para sa lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Kung magbigay ka sa amin ng katanggap-tanggap na katibayan sa loob ng isang taon, maaaring bumalik ang iyong Medi-Cal sa full scope na Medi-Cal simula sa buwan ng pagsisimula ng iyong mga restricted scope na benepisyo. Sa ngayon, magpapatuloy ang iyong restricted scope Medi-Cal coverage maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.

Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Magandang Balita! Naging full scope ang iyong Medi-Cal noong <month dd, yyyy>. Nagbago ang iyong Medi-Cal mula sa restricted scope papuntang full scope dahil napatunayan mo ang iyong pagkamamamayan ng Estados Unidos o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon o ikaw ay wala pang 26 na taong gulang. Ang iyong Medi-Cal coverage ay magpapatuloy maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon. Ang pagiging nararapat mo sa mga benepisyo ng full scope Medi-Cal ay maaaring sumaklaw sa mga nakaraang buwan. Kung nagbayad ka para sa pangangalagang medikal na hindi isang emerhensya o kaugnay ng pagbubuntis habang mayroon kang restricted scope na benepisyong Medi-Cal, maaaring maibalik sa iyo ang pera mo. Tumawag sa Beneficiary Services sa Department of Health Care Services para sa mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa reimbursement sa 1-916-403-2007. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older New for implementation (specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	Magandang Balita! Naging full scope ang iyong Medi-Cal noong <month dd, yyyy>. Nagbago ang iyong Medi-Cal mula sa restricted scope papuntang full scope dahil napatunayan mo ang iyong pagkamamamayan ng U.S. o kasiya-siyang katayuan sa imigrasyon o ikaw ay 50 taong gulang pataas. Maaari ang full scope na Medi-Cal para sa lahat ng karapat-dapat na taong 50 taong gulang pataas simula Mayo 1, 2022. Ang iyong full scope na Medi-Cal coverage ay magpapatuloy maliban kung nakita na hindi ka na nararapat. Maaaring mangyari ito sa oras na ang pagiging nararapat mo ay ni-renew o kapag nagbago ang iyong sitwasyon. Ang pagiging nararapat mo sa mga benepisyo ng full scope na Medi-Cal ay maaaring sumaklaw sa mga nakaraang buwan. Kung nagbayad ka para sa pangangalagang medikal na hindi isang emerhensya o kaugnay ng pagbubuntis habang mayroon kang restricted scope na benepisyong Medi-Cal, maaaring maibalik sa iyo ang pera mo. Tumawag sa Beneficiary Services sa Department of Health Care Services para sa mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa reimbursement sa 1-916-403-2007. Ang <Regulation> ay ang Regulasyon o batas na naging batayan namin para sa pasyang ito. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Tingnan ang "Mga Karapatan Mo sa Pagdinig" sa huling pahina ng abisong ito para matutunan kung paano mag-apela. May 90 araw ka lang para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas ang petsa ng abisong ito.

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Thai Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	คุณขอให้ทางเราตรวจสอบว่าคุณสามารถใช้ Medi-Cal ในการชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระหว่างสามเดือนก่อนที่คุณจะสมัครหรือไม่ คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal ใน <month yyyy> เนื่องจากคุณอายุ 26 ปีถึงอายุ 49 ปี และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่อการดำเนินการของ Medi-Cal ความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ คุณอาจจะได้รับหนังสือแจ้งเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณในช่วงเวลาอื่น หรืออาจได้รับแล้วก่อนหน้านี้ หนังสือแจ้งฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแจ้งว่าคุณได้รับการคุ้มครองจาก Medi-Cal เป็นระยะเวลา <month yyyy> หาก你有หลักฐานการเป็นพลเมืองและสถานะผู้เข้าเมืองซึ่งคุณสามารถให้เราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่า你不กำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารนั้น กรุณาโทรหาเจ้าหน้าที่ประจำเขต ซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เมื่อคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหาก你不ส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ เราจะพิจารณาขนาดครัวเรือนและรายได้ของคุณเพื่อทำการตัดสินใจ สำหรับ Medi-Cal แล้ว ขนาดครัวเรือนของคุณคือ <household size> และรายได้ครัวเรือนต่อเดือนของคุณคือ <modified adjusted gross income> เกณฑ์รายได้ประจำเดือนของ Medi-Cal สำหรับขนาดครัวเรือนของคุณคือ <MAGI limit> รายได้ของคุณต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นคุณมีคุณสมบัติในการรับความคุ้มครองจาก Medi-Cal คุณได้รับการคุ้มครองแบบจำกัดจาก Medi-Cal เพราะ你不ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. ของคุณหรือสถานะผู้เข้าเมืองอย่างเพียงพอ

	<Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิ์ในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted-Scope Retro Approval *New for implementation	คุณขอให้ทางเราตรวจสอบว่าคุณสามารถใช้ Medi-Cal ในการชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระหว่างสามเดือนก่อนที่คุณจะสมัคร คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal ใน <month yyyy> เนื่องจากคุณอายุ 50 ปีหรือมากกว่า และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่อการดำเนินการของ Medi-Cal ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2022 กฎหมายแคลิฟอร์เนียจะรับรองการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal สำหรับบุคคลที่มีอายุ 50 ปีหรือมากกว่านั้น ซึ่งไม่มีหรือไม่สามารถส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอ การคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ คุณอาจจะได้รับหนังสือแจ้งเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณในช่วงเวลาอื่น หรืออาจได้รับแล้วก่อนหน้านี้ หนังสือแจ้งฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแจ้งว่าคุณได้รับการคุ้มครองจาก Medi-Cal เป็นระยะเวลา <month yyyy> หากคุณมีหลักฐานการเป็นพลเมืองและสถานะผู้เข้าเมืองซึ่งคุณสามารถให้เราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่า คุณกำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารนั้น กรุณาโทรหาเจ้าหน้าที่ Medi-Cal ประจำเขต ซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เมื่อคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหากคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ เราจะพิจารณาขนาดครัวเรือนและรายได้ของคุณเพื่อทำการตัดสินใจ สำหรับ Medi-Cal แล้ว ขนาดครัวเรือนของคุณคือ <household size> และรายได้ครัวเรือนต่อเดือนของคุณคือ <modified adjusted gross income> เกณฑ์รายได้ประจำเดือนของ Medi-Cal สำหรับขนาดครัวเรือนของคุณคือ <MAGI limit> รายได้ของคุณต่ำกว่าเกณฑ์

	ดังนั้นคุณมีคุณสมบัติในการรับความคุ้มครองจาก Medi-Cal คุณได้รับการคุ้มครองแบบจำกัดจาก Medi-Cal เพราะคุณไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. ของคุณหรือสถานะผู้เข้าเมืองอย่างเพียงพอ <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิ์ในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา โดยระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted-Scope Approval	คุณได้รับการอนุมัติให้ได้รับการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal เนื่องจากคุณอายุ 26 ปีถึงอายุ 49 ปี และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่อการดำเนินการของ Medi-Cal กฎหมายแคลิฟอร์เนียจะรับรองการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal สำหรับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 26 ปีหรือ 50 ปี หรือมากกว่านั้น ซึ่งไม่มีหรือไม่สามารถส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอ เนื่องจากอายุคุณอยู่ระหว่างเกณฑ์อายุ 26 ถึง 49 ปี คุณจึงมีสิทธิ์รับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal โดยการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ สิทธิ์ในการได้รับความคุ้มครองแบบจำกัดจาก Medi-Cal เริ่มตั้งแต่<effective date- Month Day, Year> การคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิ์ของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง หากคุณมีหลักฐานแสดงการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมือง ซึ่งคุณสามารถให้ทางเราได้ในตอนนี หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่าคุณกำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารเหล่านั้น โปรดโทรหาเจ้าหน้าที่ประจำเขตของคุณซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหากคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ เราจะพิจารณาขนาดครัวเรือนและรายได้ของคุณเพื่อทำการตัดสินใจ

	สำหรับ Medi-Cal แล้ว ขนาดครัวเรือนของคุณคือ <household size> และรายได้ครัวเรือนต่อเดือนของคุณคือ <modified adjusted gross income> เกณฑ์รายได้ประจำเดือนของ Medi-Cal สำหรับขนาดครัวเรือนของคุณคือ <MAGI limit> รายได้ของคุณต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นคุณมีคุณสมบัติในการรับความคุ้มครองจาก Medi-Cal คุณได้รับการคุ้มครองแบบจำกัดจาก Medi-Cal เพราะคุณไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. ของคุณหรือสถานะผู้เข้าเมืองอย่างเพียงพอ <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Full-Scope to Restricted-Scope	การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองที่จำกัด ณ วันที่ <month dd, yyyy> การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองที่จำกัดเนื่องจากคุณอายุ 26 ปีถึงอายุ 49 ปี และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่อดำเนินการของ Medi-Cal คุณไม่ได้ติดต่อเรา คุณไม่ได้ติดต่อเรา หรือแจ้งให้เราทราบว่ากำลังหาเอกสารหลักฐานนั้น กฎหมายแคลิฟอร์เนียจะรับรองการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal สำหรับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 26 ปีหรือ 50 ปี หรือมากกว่านั้น ซึ่งไม่มีหรือไม่สามารถส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอเท่านั้น เนื่องจากอายุคุณมากกว่าเกณฑ์ การคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณ จะเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองที่จำกัด การคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดหรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ หาก你有หลักฐานแสดงการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมือง ซึ่งคุณสามารถให้ทางเราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่ากำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารเหล่านั้น โปรดโทรหาเจ้าหน้าที่ประจำเขตของคุณซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหากคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ

	หากคุณให้หลักฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ให้แก่ทางเรา การคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณจะเปลี่ยนกลับไปเป็นการคุ้มครองทุกประการ โดยการคุ้มครองจาก Medi-Cal เริ่มจากเดือนที่สิทธิ์รับการคุ้มครองที่จำกัดของคุณได้เริ่มต้นขึ้น ในขณะเดียวกัน สิทธิ์การคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิ์ของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิ์ในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted-Scope to Full-Scope Under 26	ข่าวดี! Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองทุกประการ ณ วันที่ <month dd, yyyy>. การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เนื่องจากคุณสามารถส่งเอกสารแสดงสถานะการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเรา หรือคุณอายุต่ำกว่า 26 ปี สิทธิ์การคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิ์ของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง สิทธิ์ในการรับประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal อาจครอบคลุมเดือนที่ผ่านมา หากคุณสามารถชำระค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการดูแลระยะยาว ในช่วงที่คุณมีสิทธิ์รับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal คุณอาจได้รับเงินของคุณคืน โทรหาศูนย์บริการผู้รับผลประโยชน์กรมบริการสุขภาพ เพื่อรับคำตอบสำหรับคำถามเกี่ยวกับเงินชดเชยของคุณ ที่หมายเลข 1-916-403-2007 <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิ์ในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted Scope	ข่าวดี! Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองทุกประการ ณ วันที่ <month dd, yyyy>.

to Full Scope 50 and Older * NEW for implementation	การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เนื่องจากคุณสามารถส่งเอกสารแสดงสถานะการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเรา หรือคุณอายุ 50 ปีหรือมากกว่านั้น ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2022 สิทธิการคุ้มครองทุกประการจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิ์ของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง สิทธิ์ในการรับประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal อาจครอบคลุมเดือนที่ผ่านมา หากคุณสามารถชำระค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการดูแลระยะยาว ในช่วงที่คุณมีสิทธิ์รับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal คุณอาจได้รับเงินของคุณคืน โทรหาศูนย์บริการผู้รับผลประโยชน์ที่ Department of Health Care Services เพื่อรับคำตอบสำหรับคำถามเกี่ยวกับเงินชดเชยของคุณ ที่หมายเลข 1-916-403-2007 <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิ์ในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Notice Type	Thai Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	คุณขอให้ทางเราตรวจสอบว่าคุณสามารถใช้ Medi-Cal ในการชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระหว่างสามเดือนก่อนที่คุณจะสมัครหรือไม่ คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal ใน <month year> เนื่องจากคุณอายุ 26 ปีถึงอายุ 49 ปี และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่อกำหนดการของ Medi-Cal ความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ คุณอาจได้รับหนังสือแจ้งเกี่ยวกับสิทธิ์ของคุณในช่วงเวลาอื่น หรืออาจได้รับแล้วก่อนหน้านี้ หนังสือแจ้งฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแจ้งว่าคุณได้รับการคุ้มครองจาก Medi-Cal เป็นระยะเวลา <month year>

	หากคุณมีหลักฐานการเป็นพลเมือง หรือสถานะผู้เข้าเมืองซึ่งคุณสามารถให้เราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่าคุณกำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารนั้น กรุณาโทรหาเจ้าหน้าที่ประจำเขต ซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เมื่อคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหากคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หาก你认为เราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted Retro Approval *New for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	ขอให้ทางเราตรวจสอบว่าคุณสามารถใช้ Medi-Cal ในการชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระหว่างสามเดือนก่อนที่คุณจะสมัครหรือไม่ คุณมีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับความคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal ใน < month year> เนื่องจากคุณอายุ 50 ปีหรือมากกว่า และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่การดำเนินการของ Medi-Cal ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2022 กฎหมายแคลิฟอร์เนียจะรับรองการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal สำหรับบุคคลที่มีอายุ 50 ปีหรือมากกว่านั้น ซึ่งไม่มีหรือไม่สามารถส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอ การคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด และการดูแลระยะยาว หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ คุณอาจจะได้รับหนังสือแจ้งเกี่ยวกับสิทธิของคุณในช่วงเวลาอื่น หรืออาจได้รับแล้วก่อนหน้านี้ หนังสือแจ้งฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแจ้งว่าคุณได้รับการคุ้มครองจาก Medi-Cal เป็นระยะเวลา <month yyyy> หากคุณมีหลักฐานการเป็นพลเมืองและสถานะผู้เข้าเมืองซึ่งคุณสามารถให้เราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่าคุณกำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารนั้น กรุณาโทรหาเจ้าหน้าที่

	Medi-Cal ประจำเขต ซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เมื่อคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหากคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	คุณได้รับการอนุมัติให้ได้รับการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal เนื่องจากคุณอายุ 26 ปีถึงอายุ 49 ปี และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่การดำเนินการของ Medi-Cal กฎหมายแคลิฟอร์เนียจะรับรองการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal สำหรับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 26 ปี หรือ 50 ปี หรือมากกว่านั้น ซึ่งไม่มีหรือไม่สามารถส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอเท่านั้น เนื่องจากอายุคุณมากกว่าเกณฑ์ คุณจึงมีสิทธิรับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal โดยการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด หาก你不แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal หรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ สิทธิในการได้รับความคุ้มครองแบบจำกัดจาก Medi-Cal เริ่มตั้งแต่<effective date- Month Day, Year> การคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง หากคุณมีหลักฐานแสดงการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมือง ซึ่งคุณสามารถให้ทางเราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่ากำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารเหล่านั้น โปรดโทรหาเจ้าหน้าที่ประจำเขตของคุณซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหากคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิในการขอให้พิจารณา”

	ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองที่จำกัด ณ วันที่ <month 01, yyyy> การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองที่จำกัดเนื่องจากคุณอายุ 26 ปีถึงอายุ 49 ปี และคุณยังไม่ได้ส่งหลักฐานการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเราเพื่อการดำเนินการของ Medi-Cal คุณไม่ได้ติดต่อเรา หรือแจ้งให้เราทราบว่าคุณกำลังหาเอกสารหลักฐานนั้น กฎหมายแคลิฟอร์เนียจะรับรองการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal สำหรับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 26 ปีหรือ 50 ปี หรือมากกว่านั้น ซึ่งไม่มีหรือไม่สามารถส่งหลักฐานการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอเท่านั้น เนื่องจากอายุคุณอยู่ระหว่างเกณฑ์อายุ 26 ปีถึง 49 ปี การคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณ จะเปลี่ยนเป็นการคุ้มครองที่จำกัด การคุ้มครองที่จำกัดของ Medi-Cal จะครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉิน การบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น การบริการก่อนคลอด ระยะคลอด การคลอด และการดูแลหลังคลอด หากคุณไม่แน่ใจว่าบริการอยู่ในขอบเขตการคุ้มครองที่จำกัดหรือไม่ โปรดถามผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ หากคุณมีหลักฐานแสดงการเป็นพลเมืองหรือสถานะผู้เข้าเมือง ซึ่งคุณสามารถให้ทางเราได้ในตอนนี้ หรือต้องการแจ้งให้เราทราบว่าคุณกำลังมีปัญหาในการได้มาซึ่งเอกสารเหล่านั้น โปรดโทรหาเจ้าหน้าที่ประจำเขตของคุณซึ่งมีหมายเลขระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ ผลประโยชน์ของคุณอาจเปลี่ยนแปลงจากขอบเขตที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการหากคุณส่งเอกสารของคุณให้ทางเรา โดยผลประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการนั้นจะทำให้คุณสามารถพบแพทย์ได้ตามความต้องการรับบริการทางการแพทย์ของคุณ หากคุณให้หลักฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ให้แก่ทางเรา การคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณจะเปลี่ยนกลับไปเป็นการคุ้มครองทุกประการ โดยการคุ้มครองจาก Medi-Cal เริ่มจากเดือนที่สิทธิรับการคุ้มครองที่จำกัดของคุณได้เริ่มต้นขึ้น ในขณะเดียวกัน สิทธิการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง

	<Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนับเริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	ข่าวดี! Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองทุกประการ ณ วันที่ <month dd, yyyy>. การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เนื่องจากคุณสามารถส่งเอกสารแสดงสถานะการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเรา หรือคุณอายุต่ำกว่า 26 ปี สิทธิการคุ้มครองจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง สิทธิในการรับประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal อาจครอบคลุมเดือนที่ผ่านมา หากคุณสามารถชำระค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การบริการฉุกเฉินหรือการบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ในช่วงที่คุณมีสิทธิรับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal คุณอาจได้รับเงินของคุณคืน โทรหาศูนย์บริการผู้รับผลประโยชน์กรมบริการสุขภาพ เพื่อรับคำตอบสำหรับคำถามเกี่ยวกับเงินชดเชยของคุณ ที่หมายเลข 1-916-403-2007 <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หากคุณคิดว่าเราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนับเริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older * New for implementation (Specific to	ข่าวดี! Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองทุกประการ ณ วันที่ <month dd, yyyy>. การคุ้มครอง Medi-Cal ของคุณเปลี่ยนจากการคุ้มครองที่จำกัดเป็นการคุ้มครองทุกประการ เนื่องจากคุณสามารถส่งเอกสารแสดงสถานะการเป็นพลเมือง U.S. หรือสถานะผู้เข้าเมืองที่เพียงพอแก่ทางเรา หรือคุณอายุ 50 ปีหรือมากกว่า สิทธิการคุ้มครองทุกประการจาก Medi-Cal สำหรับผู้มีอายุ 50 ปีหรือมากกว่า จะเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2022 สิทธิการคุ้มครองทุกประการจาก Medi-Cal ของคุณจะยังคงมีผลคุ้มครองต่อเนื่อง จนกว่าคุณจะพบว่าคุณไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ซึ่งกรณีนี้อาจเกิดขึ้นในขณะที่สิทธิของคุณได้รับการต่ออายุ หรือเมื่อสถานะของคุณเปลี่ยนแปลง

CALWIN Non-MAGI Programs)	สิทธิในการรับประโยชน์จากการคุ้มครองทุกประการของ Medi-Cal อาจครอบคลุมเดือนที่ผ่านมา หากคุณสามารถชำระค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การบริการฉุกเฉินหรือการบริการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ในช่วงที่คุณมีสิทธิรับการคุ้มครองที่จำกัดจาก Medi-Cal คุณอาจได้รับเงินของคุณคืน โทรหาศูนย์บริการผู้รับผลประโยชน์ที่ Department of Health Care Services เพื่อรับคำตอบสำหรับคำถามเกี่ยวกับเงินชดเชยของคุณ ที่หมายเลข 1-916-403-2007 <Regulation> เป็นระเบียบหรือกฎหมายที่เราใช้พิจารณาตัดสินใจ หาก你认为เราทำผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดู “สิทธิในการขอให้พิจารณา” ในหน้าสุดท้ายของหนังสือฉบับนี้ เพื่อศึกษาว่าจะอุทธรณ์อย่างไร คุณมีเวลา 90 วันเท่านั้นในการขอให้พิจารณา ระยะเวลา 90 วันนี้เริ่มนับจากวันถัดจากวันที่ระบุในหนังสือฉบับนี้
---------------------------	--

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Ukrainian Text MAGI Snippets
Restricted Scope Retro Approval	Ви попросили нас перевірити, чи можете ви отримати програму Medi-Cal, щоб покрити ваші рахунки за будь-який з трьох місяців до того, як ви подали заявку. Ви мали право на обмежене використання програми Medi-Cal в період <month yyyy> тому, що ваш вік становить від 26 до 49 років та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Ви можете отримати або, можливо, вже отримали інші повідомлення про ваше право на покриття послуг в інші періоди часу. Це повідомлення вказує лише на те, що ви отримали покриття Medi-Cal в період <month yyyy>. Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нам, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. Ми підрахували розмір Вашої сім'ї та дохід, щоб прийняти наше рішення. Для участі у Medi-Cal розмір вашої сім'ї становить <household size> та ваш місячний дохід сім'ї становить <modified adjusted gross income>. Щомісячний ліміт доходу Medi-Cal для вашого розміру сім'ї становить <MAGI limit>. Ваш дохід нижче цієї межі, тому ви маєте право на участь у програмі Medi-Cal. Ви отримали право на обмежене використання програми Medi-Cal, оскільки ви не надали доказів свого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу. <Regulation>- це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Restricted Scope Retro Approval	Ви попросили нас перевірити, чи можете ви отримати програму Medi-Cal, щоб покрити ваші рахунки за будь-який з трьох місяців до того, як ви подали заявку. Ви мали право на обмежене використання програми

NEW for implement	Medi-Cal в період <month yyyy> тому, що вам виповнилось 50 років або більше та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Починаючи з 1 травня 2022 року, закони Каліфорнії охоплюють повне покриття у програмі Medi-Cal для осіб, яким вже виповнилось 50 років та які не мають або не можуть надати доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу. Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Ви можете отримати або, можливо, вже отримали інші повідомлення про ваше право на покриття послуг в інші періоди часу. Це повідомлення вказує лише на те, що ви отримали обмежене покриття Medi-Cal в період <month yyyy>. Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нам, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. Ми підраховували розмір Вашої сім'ї та дохід, щоб прийняти наше рішення. Для участі у Medi-Cal розмір вашої сім'ї становить <household size> та ваш місячний дохід сім'ї становить <modified adjusted gross income>. Щомісячний ліміт доходу Medi-Cal для вашого розміру сім'ї становить <MAGI limit>. Ваш дохід нижче цієї межі, тому ви маєте право на участь у програмі Medi-Cal. Ви отримали право на обмежене використання програми Medi-Cal, оскільки ви не надали доказів свого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу. <Regulation>- це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
-------------------	---

Restricted Scope Approval	Вам було ухвалене лише обмежене використання програми Medi-Cal тому, що ваш вік становить від 26 до 49 років та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Закони Каліфорнії охоплюють повне покриття у програмі Medi-Cal лише для осіб, яким ще не виповнилось 26 років або яким вже виповнилось 50 років або більше, та які не мають або не можуть надати доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу. Оскільки ваш вік становить від 26 до 49 років та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу, ви маєте право лише на обмежене використання програми Medi-Cal. Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Ваше право на обмежене використання програми Medi-Cal починається з <month dd, yyyy>. Ваше обмежене покриття у програмі Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на нього право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації.
	Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нам, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. Ми підрахували розмір Вашої сім'ї та дохід, щоб прийняти наше рішення. Для участі у Medi-Cal розмір вашої сім'ї становить <household size> та ваш місячний дохід сім'ї становить <modified adjusted gross income>. Щомісячний ліміт доходу Medi-Cal для вашого розміру сім'ї становить <MAGI limit>. Ваш дохід нижче цієї межі, тому ви маєте право на участь у програмі Medi-Cal. Ви отримали право на обмежене використання програми Medi-Cal, оскільки ви не надали доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу. <Regulation>- це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.

Full Scope to Restricted Scope	Важливі зміни у ваших пільгах. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінюється з повного на обмежене, починаючи з <month dd, yyyy>. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося з повного на обмежене тому що вам виповнилося від 26 до 49 років, та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Ви не зв'язалися з нами, щоб повідомити, що ви намагаєтеся надати докази. Закони Каліфорнії охоплюють повне покриття у програмі Medi-Cal лише для осіб, які не досягли 26 років або яким вже виповнилось 50 років або більше, та які не мають або не можуть надати доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу і які не мають або не можуть надати доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу. Тепер, коли ваш вік співпадає з періодом вікового обмеження, ваше покриття у програмі Medi-Cal змінюється на обмежене. Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Якщо ви маєте докази вашого громадянства та імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нас, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. Якщо ви надасте нам прийнятні докази протягом одного року, ваше покриття у програмі Medi-Cal може повернутися до повного використання Medi-Cal, починаючи з місяця, коли почалися обмежені пільги. Але зараз ваше право на обмежене використання програми Medi-Cal буде продовжуватися поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації.
--------------------------------	---

	<Regulation> - це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	Гарні новини! Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося на повне, починаючи з <month dd, yyyy>. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося з обмеженого на повне тому, що ви змогли надати докази свого U.S. громадянства або задовільного імміграційного статусу або вам ще не виповнилося 26 років. Ваше повне покриття у програмі Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації. Ваше право на повне покриття у програмі Medi-Cal може покривати останні місяці. Якщо ви заплатили за медичну допомогу, яка не становила екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю або послуги довгострокового догляду, коли ви мали обмежене використання програми Medi-Cal, ви зможете повернути свої гроші. Зателефонуйте до відділу Бенефіціарних послуг у Департаменті охорони здоров'я для отримання відповіді на ваші запитання щодо відшкодування за номером 1-916-403-2007. <Regulation> - це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	Гарні новини! Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося на повне, починаючи з <month dd, yyyy>. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося з обмеженого на повне тому, що ви змогли надати докази свого U.S. громадянства або задовільного імміграційного статусу або тому, що вам вже виповнилось 50 років або більше. Починаючи з 1 травня 2022 року повне покриття в Medi-Cal буде доступне особам у віці 50 років та більше, що мають на нього право. Ваше повне покриття у програмі Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації. Ваше право на повне покриття у програмі Medi-Cal може покривати останні місяці. Якщо ви заплатили за медичну допомогу, яка не становила екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю або послуги довгострокового догляду, коли ви мали обмежене використання програми Medi-Cal, ви зможете повернути

	свої гроші. Зателефонуйте до відділу Бенефіціарних послуг у Department of Health Care Services для отримання відповіді на ваші запитання щодо відшкодування за номером 1-916-403-2007. <Regulation> - це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Notice Type	Ukrainian Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Ви попросили нас перевірити, чи можете ви отримати програму Medi-Cal, щоб покрити ваші рахунки за будь-який з трьох місяців до того, як ви подали заявку. Ви мали право на обмежене використання програми Medi-Cal в період <month year> тому, що ваш вік становить від 26 до 49 років та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Ви можете отримати або, можливо, вже отримали інші повідомлення про ваше право на покриття послуг в інші періоди часу. Це повідомлення вказує лише на те, що ви отримали покриття Medi-Cal в період <month yyyy>. Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нам, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. <Regulation>- це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Restricted Retro Approval NEW for implementation	Ви попросили нас перевірити, чи можете ви отримати програму Medi-Cal, щоб покрити ваші рахунки за будь-який з трьох місяців до того, як ви подали заявку. Ви мали право на обмежене використання програми Medi-Cal в період <month year> тому, що вам виповнилось 50 років або більше та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Починаючи з 1 травня 2022 року, закони Каліфорнії охоплюють повне покриття у програмі Medi-Cal для осіб, яким вже

(Specific to Non-MAGI Programs)	виповнилось 50 років та які не мають або не можуть надати доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу. Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Ви можете отримати або, можливо, вже отримали інші повідомлення про ваше право на покриття послуг в інші періоди часу. Це повідомлення вказує лише на те, що ви отримали обмежене покриття Medi-Cal в період <month year>. Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нам, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. <Regulation>- це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
--	---

Restricted Scope Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Вам було ухвалене лише обмежене використання програми Medi-Cal тому, що ваш вік становить від 26 до 49 років та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Закони Каліфорнії охоплюють повне покриття у програмі Medi-Cal лише для осіб, яким ще не виповнилось 26 років або яким вже виповнилось 50 років або більше, та які не мають або не можуть надати доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу. Оскільки ваш вік співпадає з періодом вікового обмеження, ви маєте право лише на обмежене використання програми Medi-Cal. Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Ваше право на обмежене використання програми Medi-Cal починається з <month dd, уууу>. Ваше обмежене покриття у програмі Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на нього право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації. Якщо ви маєте докази вашого громадянства або імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нас, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. <Regulation> - це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Важливі зміни у ваших пільгах. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінюється з повного на обмежене, починаючи з <month dd, уууу>. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінюється з повного на обмежене тому що ваш вік становить від 26 до 49 років та ви не надіслали нам доказів вашого громадянства U.S. або задовільного імміграційного статусу для цілей Medi-Cal. Ви не зв'язалися з нами, щоб повідомити, що ви намагаєтеся надати докази. Закони Каліфорнії охоплюють повне покриття у програмі Medi-Cal лише для осіб, яким ще не виповнилось 26 років або яким вже виповнилось 50 років або більше, та які не мають або не можуть надати доказів свого громадянства або задовільного імміграційного статусу. Оскільки ваш вік співпадає з віковим обмеженням від 26 до 49 років, ви маєте право лише на обмежений Medi-Cal.

	Обмежене використання програми Medi-Cal охоплює лише екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю, такі як допологовий догляд, пологи, народження дитини, післяпологовий догляд та послуги довгострокового догляду. Якщо ви не впевнені, чи покривається послуга в рамках обмеженого використання програми Medi-Cal, зверніться до свого лікаря. Якщо ви маєте докази вашого громадянства та імміграційного статусу, які ви можете надати нам зараз, або хочете повідомити нас, що у вас виникли проблеми з отриманням вашого документа, будь ласка, зателефонуйте до Medi-Cal вашого округу за номером, вказаним у цьому повідомленні. Коли ви надасте нам свої документи, ваші пільги можуть змінитися з обмеженого використання на повне використання. Пільги повного використання дозволять вам звертатися до лікаря з будь-якими вашими медичними потребами. Якщо ви надасте нам прийнятні докази протягом одного року, ваше покриття у програмі Medi-Cal може повернутися до повного використання Medi-Cal, починаючи з місяця, коли почалися обмежені пільги. Але зараз ваше право на обмежене використання програми Medi-Cal буде продовжуватися поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації. <Regulation> - це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	Гарні новини! Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося на повне, починаючи з <month dd, yyyy>. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося з обмеженого на повне Medi-Cal тому що ви змогли надати докази свого U.S. громадянства або задовільного імміграційного статусу або вам ще не виповнилося 26 років. Ваше покриття у програмі Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації. Ваше право на повне покриття у програмі Medi-Cal може покривати останні місяці. Якщо ви заплатили за медичну допомогу, яка не становила екстрені послуги або послуги, пов'язані з вагітністю, коли ви мали обмежене використання програми Medi-Cal, ви зможете повернути свої гроші. Зателефонуйте до відділу Бенефіціарних послуг у Департаменті охорони здоров'я для отримання відповіді на ваші запитання щодо відшкодування за номером 1-916-403-2007. <Regulation> - це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього

	повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation (Specific to CalWIN Non-MAGI Programs)	Гарні новини! Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося на повне, починаючи з <month dd, yyyy>. Ваше покриття у програмі Medi-Cal змінилося з обмеженого на повне тому, що ви змогли надати докази свого U.S. громадянства або задовільного імміграційного статусу або тому, що вам вже виповнилось 50 років або більше. Починаючи з 1 травня 2022 року повне покриття в Medi-Cal буде доступне особам у віці 50 років та більше, що мають на нього право. Ваше повне покриття у програмі Medi-Cal буде дійсним поки ви маєте на це право. Це може статися під час поновлення вашого права на покриття або змін у вашій ситуації. Ваше право на повне покриття у програмі Medi-Cal може покривати останні місяці. Якщо ви заплатили за медичну допомогу, яка не становила екстрені послуги, послуги, пов'язані з вагітністю або послуги довгострокового догляду, коли ви мали обмежене використання програми Medi-Cal, ви зможете повернути свої гроші. Зателефонуйте до відділу Бенефіціарних послуг у Department of Health Care Services для отримання відповіді на ваші запитання щодо відшкодування за номером 1-916-403-2007. <Regulation> - це Регламент або закон, на який ми покладалися для цього рішення. Якщо ви вважаєте, що ми зробили помилку, ви можете подати апеляцію. Див. "Ваші права на слухання" на останній сторінці цього повідомлення, щоб дізнатися, як подати апеляцію. Ви маєте лише 90 днів, щоб попросити про слухання. 90 днів розпочалися на наступний день після дати цього повідомлення

Notice of Action Letter Snippets for SAWS

Notice Type	Vietnamese Text
Restricted Scope Retro Approval	Quý vị yêu cầu chúng tôi kiểm tra xem quý vị có thể được nhận hưởng Medi-Cal để giúp trang trải hóa đơn của quý vị cho bất kỳ tháng nào trong số ba tháng trước khi quý vị nộp đơn xin hay không. Quý vị hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hạn chế cho <month yyyy> vì lý do quý vị từ 26 tuổi đến 49 tuổi và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị để được nhận hưởng Medi-Cal. Medi-Cal hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến vấn đề thai nghén, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở và chăm sóc hậu sản, và dịch vụ chăm sóc dài hạn. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị. Quý vị có thể sẽ nhận được, hoặc hiện đã nhận được, các thông báo khác về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cho các khoảng thời gian khác. Thông báo này chỉ có mục đích xác nhận với quý vị là quý vị đã được nhận bảo hiểm Medi-Cal cho tháng <month yyyy> mà thôi. Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn để kiểm được chứng từ đó, xin gọi cho cán sự quận-hạt phụ trách hồ sơ quý vị tại số điện thoại ghi trong bản thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị cung cấp cho chúng tôi các tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. Chúng tôi đã tính cỡ hộ gia đình và thu nhập của quý vị khi đưa ra quyết định này. Đối với Medi-Cal, cỡ hộ gia đình của quý vị là <household size> còn thu nhập hằng tháng của hộ gia đình quý vị là <modified adjusted gross income>. Mức giới hạn thu nhập hằng tháng của Medi-Cal đối với cỡ hộ gia đình quý vị là <MAGI limit>. Thu nhập của quý vị thấp hơn mức giới hạn này, vì vậy quý vị hội đủ điều kiện để được nhận hưởng Medi-Cal. Quý vị đã nhận được Medi-Cal hạn chế vì lý do quý vị đã không cung cấp bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Tràn của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.

Restricted Scope Retro Approval NEW for implementation	Quý vị yêu cầu chúng tôi kiểm tra xem quý vị có thể được nhận hưởng Medi-Cal để giúp trang trải hóa đơn của quý vị cho bất kỳ tháng nào trong số ba tháng trước khi quý vị nộp đơn xin hay không. Quý vị hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hạn chế cho <month yyyy> vì lý do quý vị từ 50 tuổi trở lên và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị để được nhận hưởng Medi-Cal. Bắt đầu từ ngày 1 tháng 5 năm 2022, luật pháp California chỉ bao trả Medi-Cal toàn diện cho những cá nhân từ 50 tuổi trở lên và không có hoặc không thể cung cấp bằng chứng về tình trạng nhập tịch hoặc tình trạng di trú thỏa đáng. Medi-Cal hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến thai sản, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở và chăm sóc hậu sản, và dịch vụ chăm sóc dài hạn. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị. Quý vị có thể sẽ nhận được, hoặc hiện đã nhận được, các thông báo khác về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cho các khoảng thời gian khác. Thông báo này chỉ có mục đích xác nhận với quý vị là quý vị đã được nhận bảo hiểm Medi-Cal hạn chế cho tháng <month yyyy> mà thôi. Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn để kiếm được chứng từ đó, xin gọi cho cán sự Medi-Cal tại quận-hạt của quý vị theo số điện thoại ghi trong bản thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị cung cấp cho chúng tôi các tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. Chúng tôi đã tính quy mô và thu nhập hộ gia đình của quý vị khi đưa ra quyết định này. Đối với Medi-Cal, quy mô hộ gia đình của quý vị là <household size> còn thu nhập hằng tháng của hộ gia đình quý vị là <modified adjusted gross income>. Mức giới hạn thu nhập hằng tháng của Medi-Cal đối với quy mô hộ gia đình quý vị là <MAGI limit>. Thu nhập của quý vị thấp hơn mức giới hạn này, vì vậy quý vị hội đủ điều kiện để được nhận hưởng Medi-Cal. Quý vị đã nhận được Medi-Cal hạn chế vì lý do quý vị đã không cung cấp bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Restricted Scope Approval	Quý vị chỉ được phê duyệt hưởng Medi-Cal hạn chế mà thôi, vì lý do quý vị từ 26 tuổi đến 49 tuổi và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc về tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị để có thể được nhận hưởng Medi-Cal. Luật pháp California chỉ bao trả Medi-Cal toàn diện cho những cá nhân dưới 26 tuổi hoặc từ 50 tuổi trở lên và không có hoặc không thể cung cấp bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú thỏa đáng. Vì lý do quý vị đang trong mức giới hạn về độ tuổi từ 26 đến 49 tuổi nên quý vị chỉ hội đủ điều kiện để được hưởng Medi-Cal hạn chế. Medi-Cal hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến vấn đề thai nghén, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở, chăm sóc hậu sản, và dịch vụ chăm sóc dài hạn. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị.

	Quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện để được nhận hưởng Medi-Cal hạn chế từ <month dd, yyyy>. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn cho chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn kiểm được chứng từ đó, xin gọi cho cán sự quận-hạt phụ trách hồ sơ quý vị tại số điện thoại có ghi trong bản thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị cung cấp cho chúng tôi các tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. Chúng tôi đã tính cỡ hộ gia đình và thu nhập của quý vị, khi đưa ra quyết định này. Đối với Medi-Cal, cỡ hộ gia đình của quý vị là <household size> còn thu nhập hằng tháng của hộ gia đình quý vị là <modified adjusted gross income>. Mức giới hạn thu nhập hằng tháng của Medi-Cal đối với cỡ hộ gia đình quý vị là <MAGI limit>. Thu nhập của quý vị thấp hơn mức giới hạn này, vì vậy quý vị hội đủ điều kiện để được nhận hưởng Medi-Cal. Quý vị đã nhận được Medi-Cal hạn chế vì lý do quý vị đã không cung cấp bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú thỏa đáng của quý vị. <Regulation> là Quy định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Full Scope to Restricted Scope	Thay đổi quan trọng về phúc lợi của quý vị. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị đã thay đổi sang bảo hiểm hạn chế vào <month dd, yyyy>. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi từ phạm vi toàn diện sang phạm vi hạn chế vì lý do quý vị từ 26 tuổi đến 49 tuổi và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng để được nhận hưởng Medi-Cal. Quý vị chưa liên lạc với chúng tôi để cho biết là quý vị đang cố gắng cung cấp bằng chứng. Luật pháp California chỉ bao trả Medi-Cal toàn diện cho những cá nhân dưới 26 tuổi hoặc từ 50 tuổi trở lên và không có hoặc không thể cung cấp bằng chứng về tình trạng nhập tịch hoặc tình trạng di trú thỏa đáng. Hiện tại tuổi của quý vị đã trên mức giới hạn độ tuổi nên Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi thành Medi-Cal hạn chế. Medi-Cal hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến thai sản, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở và chăm

	sóc hậu sản, và dịch vụ chăm sóc dài hạn. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị. Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn cho chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn tìm được tài liệu chứng từ đó, xin gọi cho cán sự quận-hạt phụ trách hồ sơ quý vị tại số điện thoại ghi trong bản thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị gửi cho chúng tôi tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. Nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi chứng từ có thể chấp nhận được, trong vòng một năm, Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi trở lại thành Medi-Cal toàn diện, bắt đầu từ tháng quý vị khởi sự nhận hưởng phúc lợi bảo hiểm hạn chế. Còn hiện tại, bảo hiểm Medi-Cal hạn chế của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật chúng tôi đã căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Restricted Scope to Full Scope Under 26	Tin vui! Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị đã thay đổi sang bảo hiểm toàn diện vào <month dd, yyyy>. Medi-Cal của quý vị nay được thay đổi từ diện bảo hiểm hạn chế sang toàn diện vì lý do quý vị đã chứng minh được tình trạng quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị hoặc quý vị dưới 26 tuổi. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. Tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi Medi-Cal toàn diện của quý vị có thể áp dụng cho các tháng trước đây. Nếu quý vị đã trả chi phí chăm sóc chữa bệnh không phải là cấp cứu, liên quan đến vấn đề thai nghén, hoặc dịch vụ chăm sóc dài hạn trong thời gian quý vị có bảo hiểm Medi-Cal hạn chế, quý vị có thể được hoàn lại tiền. Xin gọi cho Dịch Vụ Người Nhận Hưởng Trợ Cấp (Beneficiary Services) tại Department of Health Care Services để được giải đáp các thắc mắc về việc được hoàn trả chi phí, tại số 1-916-403-2007.

	<Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Restricted Scope to Full Scope 50 and Older NEW for implementation	Tin vui! Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị đã thay đổi sang bảo hiểm toàn diện vào <month dd, yyyy>. Medi-Cal của quý vị nay được thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang toàn diện vì lý do quý vị đã chứng minh được tình trạng quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị hoặc quý vị từ 50 tuổi trở lên. Medi-Cal toàn diện được cung cấp cho tất cả những người đủ điều kiện từ 50 tuổi trở lên bắt đầu từ ngày 1 tháng 5 năm 2022. Bảo hiểm Medi-Cal toàn diện của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. Tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi Medi-Cal toàn diện của quý vị có thể áp dụng cho các tháng trước đây. Nếu quý vị đã trả chi phí chăm sóc y tế không phải là cấp cứu, liên quan đến vấn đề thai sản, hoặc dịch vụ chăm sóc dài hạn trong thời gian quý vị có phúc lợi Medi-Cal hạn chế, quý vị có thể được hoàn lại tiền. Xin gọi cho Dịch Vụ Người Nhận Hưởng Trợ Cấp tại Department of Health Care Services để được giải đáp các thắc mắc về việc được hoàn trả chi phí theo số 1-916-403-2007. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Notice Type	Vietnamese Text Non-MAGI Snippets
Restricted Retro Approval (Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	Quý vị yêu cầu chúng tôi kiểm tra xem quý vị có thể được nhận hưởng Medi-Cal để giúp trang trải hóa đơn của quý vị cho bất kỳ tháng nào trong số ba tháng trước khi quý vị nộp đơn xin hay không. Quý vị hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hạn chế cho <month year> vì lý do quý vị từ 26 tuổi đến 49 tuổi và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị để được nhận hưởng Medi-Cal. Medi-Cal hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến vấn đề thai nghén, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở và chăm sóc hậu sản. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị. Quý vị có thể sẽ nhận được, hoặc hiện đã nhận được, các thông báo khác về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cho các khoảng thời gian khác. Thông báo này chỉ có mục đích xác nhận với quý vị là quý vị đã được nhận bảo hiểm Medi-Cal cho tháng <month year> mà thôi.

	Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn để kiểm được chứng từ đó, xin gọi cho cán sự quận-hạt phụ trách hồ sơ quý vị tại số điện thoại ghi trong bản thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị cung cấp cho chúng tôi các tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Restricted Retro Approval NEW for implementation (Specific to Non-MAGI Programs)	Quý vị yêu cầu chúng tôi kiểm tra xem quý vị có thể được nhận hưởng Medi-Cal để giúp trang trải hóa đơn của quý vị cho bất kỳ tháng nào trong số ba tháng trước khi quý vị nộp đơn xin hay không. Quý vị hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hạn chế cho <month year> vì lý do quý vị từ 50 tuổi trở lên và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị để được nhận hưởng Medi-Cal. Bắt đầu từ ngày 1 tháng 5 năm 2022, luật pháp California chỉ bao trả Medi-Cal toàn diện cho những cá nhân từ 50 tuổi trở lên và không có hoặc không thể cung cấp bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú thỏa đáng. Medi-Cal hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến vấn đề thai sản, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở và chăm sóc hậu sản. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị. Quý vị có thể sẽ nhận được, hoặc hiện đã nhận được, các thông báo khác về tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị cho các khoảng thời gian khác. Thông báo này chỉ có mục đích xác nhận với quý vị là quý vị đã được nhận bảo hiểm Medi-Cal cho tháng <month year> mà thôi. Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn để kiểm được chứng từ đó, xin gọi cho cán sự Medi-Cal tại quận-hạt của quý vị theo số điện thoại ghi trong bản thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị cung cấp cho chúng tôi các tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Restricted Scope Approval	Quý vị chỉ được phê duyệt hưởng Medi-Cal hạn chế mà thôi, vì lý do quý vị từ 26 tuổi đến 49 tuổi và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc về tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị để có thể được nhận hưởng Medi-Cal. Luật pháp California chỉ bao trả Medi-Cal toàn diện cho những cá nhân dưới 26 tuổi hoặc từ 50 tuổi trở lên và không có hoặc không thể cung cấp bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú thỏa đáng. Vì lý do tuổi của quý vị đã trên mức giới hạn về độ tuổi nên quý vị chỉ hội đủ điều kiện để được hưởng Medi-Cal hạn chế. Medi-Cal

(Provided by LRS/C-IV) (Specific to Non-MAGI Programs)	hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến vấn đề thai nghén, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở vàchăm sóc hậu sản. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị. Quý vị bắt đầu hội đủ điều kiện để được nhận hưởng Medi-Cal hạn chế từ <month dd, yyyy>. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn cho chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn kiếm được chứng từ đó, xin gọi cho cán sự quận-hạt phụ trách hồ sơ quý vị tại số điện thoại có ghi trong bản thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị cung cấp cho chúng tôi các tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. <Regulation> là Quy định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Full Scope to Restricted Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs)	Thay đổi quan trọng về phúc lợi của quý vị. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị đã thay đổi sang bảo hiểm hạn chế vào <month dd, yyyy>. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi từ phạm vi toàn diện sang phạm vi hạn chế vì lý do quý vị từ 26 tuổi đến 49 tuổi và quý vị đã không gửi cho chúng tôi bằng chứng về quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng để được nhận hưởng Medi-Cal. Quý vị chưa liên lạc với chúng tôi để cho biết là quý vị đang cố gắng cung cấp bằng chứng. Luật pháp California chỉ bao trả Medi-Cal toàn diện cho những cá nhân dưới 26 tuổi hoặc từ 50 tuổi trở lên và không có hoặc không thể cung cấp bằng chứng về tình trạng nhập tịch hoặc tình trạng di trú thỏa đáng. Hiện tại quý vị đang trong mức giới hạn về độ tuổi từ 26 đến 49 tuổi nên Medi-Cal của quý vị sẽ thay đổi thành Medi-Cal hạn chế. Medi-Cal hạn chế chỉ bao trả cho các dịch vụ cấp cứu, các dịch vụ liên quan đến thai sản, chẳng hạn như chăm sóc dưỡng thai, sinh nở và chăm sóc hậu sản. Nếu quý vị không biết chắc một dịch vụ nào đó có được Medi-Cal hạn chế bao trả hay không, xin hỏi người/nơi cung cấp dịch vụ y tế cho quý vị. Nếu quý vị có bằng chứng về tình trạng công dân hoặc di trú của quý vị và có thể cung cấp cho chúng tôi ngay bây giờ, hoặc muốn cho chúng tôi biết là quý vị đang gặp khó khăn tìm được tài liệu chứng từ đó, xin gọi cho cán sự quận-hạt phụ trách hồ sơ quý vị tại số điện thoại ghi trong bản

	thông báo này. Phúc lợi của quý vị có thể thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang bảo hiểm toàn diện khi quý vị gửi cho chúng tôi tài liệu của quý vị. Với phúc lợi toàn diện, quý vị có thể đi khám bác sĩ cho mọi nhu cầu về y tế của quý vị. Nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi chứng từ có thể chấp nhận được, trong vòng một năm, Medi-Cal của quý vị có thể thay đổi trở lại thành Medi-Cal toàn diện, bắt đầu từ tháng quý vị khởi sự nhận hưởng phúc lợi bảo hiểm hạn chế. Còn hiện tại, bảo hiểm Medi-Cal hạn chế của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật chúng tôi đã căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Restricted Scope to Full Scope (Provided by CalWIN) (Specific to Non-MAGI Programs) Under 26	Tin vui! Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị đã thay đổi sang bảo hiểm toàn diện vào <month dd, yyyy>. Medi-Cal của quý vị nay được thay đổi từ diện bảo hiểm hạn chế sang toàn diện vì lý do quý vị đã chứng minh được tình trạng quốc tịch U.S. hoặc tình trạng di trú thỏa đáng của quý vị hoặc quý vị dưới 26 tuổi. Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. Tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi Medi-Cal toàn diện của quý vị có thể áp dụng cho các tháng trước đây. Nếu quý vị đã trả chi phí chăm sóc chữa bệnh không phải là cấp cứu hoặc liên quan đến vấn đề thai nghén, trong thời gian quý vị có bảo hiểm Medi-Cal hạn chế, quý vị có thể được hoàn lại tiền. Xin gọi cho Dịch Vụ Người Nhận Hưởng Trợ Cấp (Beneficiary Services) tại Department of Health Care Services để được giải đáp các thắc mắc về việc được hoàn trả chi phí, tại số 1-916-403-2007. <Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.
Restricted Scope to Full	Tin vui! Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị đã thay đổi sang bảo hiểm toàn diện vào <month dd, yyyy>. Medi-Cal của quý vị nay được thay đổi từ bảo hiểm hạn chế sang toàn diện vì lý do quý vị đã chứng minh được tình trạng quốc tịch U.S. hoặc tình

Scope	trạng di trú thỏa đáng của quý vị hoặc quý vị từ 50 tuổi trở lên. Medi-Cal toàn diện được cung cấp cho tất cả những người đủ điều kiện từ 50 tuổi trở lên bắt đầu từ ngày 1 tháng 5 năm 2022. Bảo hiểm Medi-Cal toàn diện của quý vị sẽ tiếp tục trừ khi chúng tôi xét thấy là quý vị không còn hội đủ điều kiện nữa. Trường hợp này có thể xảy ra vào thời điểm gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị hoặc khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi.
50 and Older	
NEW for implementation	Tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi Medi-Cal toàn diện của quý vị có thể áp dụng cho các tháng trước đây. Nếu quý vị đã trả chi phí chăm sóc y tế không phải là cấp cứu hoặc dịch vụ liên quan đến vấn đề thai sản trong thời gian quý vị có phúc lợi Medi-Cal hạn chế, quý vị có thể được hoàn lại tiền. Xin gọi cho Dịch Vụ Người Nhận Hưởng Trợ Cấp tại Department of Health Care Services để được giải đáp các thắc mắc về việc được hoàn trả chi phí theo số 1-916-403-2007.
(Specific to CALWIN Non-MAGI Programs)	<Regulation> là Quy Định hoặc điều luật mà chúng tôi căn cứ vào, khi đưa ra quyết định này. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã quyết định sai lầm, quý vị có thể kháng cáo. Xem "Các Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở trang cuối cùng của thông báo này để biết cách thức kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu được có một phiên điều trần mà thôi. 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau ngày ghi trong bản thông báo này.