

Medi-Cal 續訂表

您可索取本表格的其他語言版本或選擇方便您使用的版本。
要尋求以您所用語言提供的幫助，請致電：
1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)。

如果在
[Month day, Year] 之
前您未予回覆，您可
能會失去您的
Medi-Cal。

[prepopulate]
[prepopulate]
[prepopulate]

通知日期： [prepopulate]
案件編號： [prepopulate]
案件名稱： [prepopulate]
工作人員項目： [prepopulate]
工作人員電話號碼： [prepopulate]

請續訂以下人士的福利：

姓名	出生日期
----	------

未列入此表格中的家庭成員將單獨收到一封有關其 Medi-Cal 的信函。

- 步驟 1. 閱讀表格並回答問題
- 步驟 2. 在聲明及簽署頁署名並註明日期
- 步驟 3. 在到期日期 [Month day, Year] 之前將表格及證明寄出

向我們提供表格及證明的便捷方式：



線上

透過 [SAWS online port
或 coveredca.com。



郵寄

裝在本函隨附的信封
中。



電話

[1-XXX-XXX-XXXX
(TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)]。



親自

前往 [Name of county] ·
地址為 [address], [City, S]。
營業時間為週一至週五，
[X:XX a.m. to X:XX p.m.]。



如有疑問？請於到日期前致電您所在的郡辦事
處，號碼為 [1-XXX-XXX-XXXX]。

您的聯繫方式

↓ 請審閱您的資料

- 此資料正確無誤。
如果正確，請前往第 3 頁。

↓ 更新或添加以下新的資料

- 我已更新以下資料。
僅填寫新增或變更資料。

姓名 [prepopulate]	姓名 (名字、中間名、姓氏)
家庭地址 [Address 1]	家庭地址 公寓房間號碼
	市 州 郵遞區號
郵寄地址 [Address 2]	郵寄地址 (如不同於家庭地址或並無家庭地址)
	市 州 郵遞區號
電話	電話 家庭 _____ - _____ - _____ 手機 _____ - _____ - _____ 工作 _____ - _____ - _____ 其他 _____ - _____ - _____
電子郵件 [prepopulate]	電子信箱 (可選) :
向您發送郵件使用的語文 [prepopulate]	我們向您發送郵件應使用的語文 :
與您通話使用的語言 [prepopulate]	我們與您通話應使用的語言 :
	聯絡您的最佳方式 : <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵件

您是否需要一名授權代表 ?

如需辦理以下事項，請致電您所在郡辦事處，號碼為 [1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-888-XXX-XXXX)] :

- 指定一名授權代表 (如一名家庭成員、朋友、看護者、代理人或律師) 陪伴、協助或代表您處理 Medi-Cal 資格及參保事項
- 變更您的授權代表



如果您需要在任何部分添加致增加新的人士或資料，請將其寫在單獨的紙張上（您還可拷貝一份該頁面的副本）並與續訂表一同寄出。

家庭成員

我們需要有關您及您家庭的每位成員的資料。

這包括：

- 您的配偶或註冊家庭伴侶
- 與您同住的您的子女
- 所有與子女同住的父母
- 您的聯邦所得稅申報表上的任何人士（如果您提交）。您無需申報稅項即可申請參加健康保險。
- 如果您被申報為他人納稅申報表上的受撫養人，您的資料還須包括該報稅家庭的所有成員以及任何與您同住的家庭成員。
- 與您同住的任何其他人士如需參加健康保險，須提交其自身的申請。（例如：男朋友、女朋友或室友）

審閱您的家庭成員資料。

姓名	關係 [case holder's name]	地址	這是否正確？如為是，請前往下一部分。如為否，請更新以下資料。
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

接下頁 »

更新或添加新家庭成員資料。

請告知我們過往 12 個月您家庭的變更。

例如，一名家庭成員結婚、生子、遷入或遷出您的房屋、入獄或家庭成員身故。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	關係 [case holder's name]	有何變更？
1.		
2.		
3.		

納稅資料

主要納稅人為納稅申報表及本表上位列第一的人士。

請審閱您的納稅資料。

姓名	該人士是否計劃提交聯邦納稅申報表？	該人士是否預期被要求進行納稅申報？	該人士的納稅申報狀態是什麼？	這是否正確？ 如為是，請前往下一部分。 如為否，請更新以下資料。
主要納稅申報人				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

更新或添加新的納稅資料。

您的主要納稅申報人是否有所改變？（此為納稅申報表上位列第一的人士）

是 否 如為是，主要納稅申報人的姓名為： _____

姓名（名字、中間名、姓氏）	該人士是否計劃提交聯邦納稅申報表？	該人士是否預期被要求進行納稅申報？	該人士的納稅申報狀態是什麼？
1.	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 夫妻合併申報 _____ <input type="checkbox"/> 夫妻分開申報 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 戶主 <input type="checkbox"/> 受撫養人 _____ <input type="checkbox"/> 非納稅申報人
2.	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 夫妻合併申報 _____ <input type="checkbox"/> 夫妻分開申報 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 戶主 <input type="checkbox"/> 受撫養人 _____ <input type="checkbox"/> 非納稅申報人

收入

收入是您自一份工作、個體經營或 Social Security 或養老金等其他來源獲取的資金。您須附上現時所有收入的證明。例如：

- 最近的工資單
- 福利或授予函
- 去年申報稅表

請審閱您的收入資料。

姓名	收入來源	納稅或扣稅前收入 (聯邦應稅收入)	多長時間一次？ (每年、每月、每2週、每月兩次、每週、每天或每小時)	這是否正確？如為是，請前往下一部分。如為否，請提供最後一次您收到此收入的日期。然後更新或添加在下面。
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____/____/____
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____/____/____
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____/____/____

接下頁 »

更新或添加新的收入資料。

最常見的收入類型示例：

- 工作收入
- 個體經營收入
- Social Security 退休金、遺屬撫恤金以及傷殘撫恤金
- 失業金

- 收到的配偶贍養費：在此填寫您的離異或分居協議的最近日期或修改日期（月/日/年）：

_____ / _____ / _____

姓名（名字、中間名、姓氏）	該收入的來源是什麼？	您的納稅或扣稅前收入（聯邦應稅收入）	開始日期（月、日、年）	多長時間一次？（每年、每月、每 2 週、每月兩次、每週、每天或每小時）	此收入預期是否會繼續？如為否，請提供您預期收到此收入的最後日期。
1.		\$			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____ / ____ / ____

是否有任何人的收入每月都會發生變更？

是 否 如為是，請告知我們接下來 12 個月的總收入。這有助於獲得正確的年收入金額。

姓名（名字、中間名、姓氏）	預計接下來 12 個月您的總收入是多少？
1.	\$
2.	\$

費用及扣款

申報費用或抵扣或扣繳可能會降低您的月收入，Medi-Cal以月收入作為標準以決定您是否符合申請資格。您須附上現時費用及扣款的證明。例如：

- 損益表
- 納稅申報表

請審閱您的費用及抵扣或扣繳資料。

姓名	費用或抵扣或扣繳類型	金額	多長時間一次？ (每月、每季度、 每年)	這是否正確？如為 是，請前往下一部 分。如為否，請更 新以下資料。
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

更新或添加新的費用及抵扣或扣繳信息。

最常見的費用及扣款示例：

- 個體經營費用
- 學生貸款利息
- IRA 供款
- 所付的贍養費：在此填寫您的離異或分居協議的最近日期或修改日期 (月/日/年)：
_____ / _____ / _____

姓名 (名字、中間名、姓氏)	費用或抵扣或扣繳類型	金額	多長時間一次？ (每 月、每季度、每年)
1.		\$	
2.		\$	

Medicare 保險

如果您不確定您要註冊 Medicare 的哪個部分，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

請審閱您的 Medicare 資料。

姓名	A部分每月保費 (住院患者)	B部分每月保費 (門診醫療)	C部分每月保費 (Medicare 優勢)	D部分每月保費 (藥房)	這是否正確？ 如為是，請前往下一部分。 如為否，請更新以下資料。
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

更新或添加新的 Medicare 資料。

如果您或任何家庭成員新近符合 Medicare 資格，或如果您為自己或您的某位家庭成員繳付保費，請填寫以下資料。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	Medicare 編號	A部分每月保費 (住院患者)	B部分每月保費 (門診醫療)	C部分每月保費 (Medicare 優勢)	D部分每月保費 (藥房)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

長期護理

長期護理是旨在滿足長期無法自理人士的健康或個人護理需求的一項服務。例如：

- 專業護理院
- 輔助護理院
- 安寧療護

請審閱您的長期護理資料。

長期護理人士的姓名	長期護理設施名稱	長期護理設施地址	這是否正確？如為是，請前往下一部分。如為否，請更新以下資料。
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

更新或添加新的長期護理資料。

人士 1		
長期護理人士的姓名 (名字、中間名、姓氏)	入院日期 (月/日/年) ____/____/____	出院日期 (月/日/年) ____/____/____
長期護理設施名稱	長期護理設施地址	
配偶或註冊家庭伴侶的姓名 (名字、中間名、姓氏)	配偶或註冊家庭伴侶的地址 (如不同)	

人士 2		
長期護理人士的姓名 (名字、中間名、姓氏)	入院日期 (月/日/年) ____/____/____	出院日期 (月/日/年) ____/____/____
長期護理設施名稱	長期護理設施地址	
配偶或註冊家庭伴侶的姓名 (名字、中間名、姓氏)	配偶或註冊家庭伴侶的地址 (如不同)	

其他健康保險

請告知我們您所參加的並非來自 Medi-Cal 或 Medicare 的任何健康保險。例如，您可能還有 Covered California 或一名家庭成員的工作提供的健康保險。

如果您並無其他健康保險，請跳過該部分並前往下一部分。

請審閱您的健康保險資料。

姓名	保險公司	保險類型 (如健康、牙科、眼科、藥房)	您繳付的保費金額	頻次 (每月、每季度、每年)	這是否正確？如為是，請前往下一部分。如為否，請更新以下資料。
			\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

更新或添加新的健康保險資料。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	保險公司	保險類型 (如健康、牙科、眼科、藥房)	您繳付的保費金額	頻次 (每月、每季度、每年)
1.			\$	
2.			\$	

家庭變更

如果任何問題的答案為是，請填寫以下資料。

Medi-Cal

您的家庭成員中是否有任何並未參加 Medi-Cal 的人士想要申請？如為是，請在下方填寫。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	出生日期 (月/日/年)	想要申請 Medi-Cal 的人士的 Social Security 號碼 (如有) _____ - _____ - _____
------------------	-------------------	---

懷孕

您的家庭中是否有任何人士懷孕？如為是，請在下方填寫。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	預產期 (月/日/年) ____ / ____ / ____	預期生產幾個孩子？
------------------	--	-----------

曾寄養青少年

如果您的家人有介於 18 至 26 歲的人士，他們在 18 歲生日或之後是否在任何州被寄養過？如為是，請在下方填寫。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	州名 (例如：California)
------------------	----------------------

移民或國籍 (此資料僅用於確定健康保險。)

您的家庭是否有任何現時參加 Medi-Cal 的人士於過去 12 個月內更改其移民或國籍身份？如為是，請在下方填寫。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	新身份的編號
------------------	--------

殘障

您家庭中是否有任何人士存在身體、精神、情緒或發育殘障？如為是，請在下方填寫。

姓名 (名字、中間名、姓氏)	殘障是否因受傷所致？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------------------	---

學生

您家庭中是否有任何 19 或 20 歲的全日制學生？如為是，請在下方填寫。

姓名 (名字、中間名、姓氏)

Medicare

您家庭中是否有任何人士參加 Medicare？如為是，請在下方填寫。

姓名 (名字、中間名、姓氏)

Medicare 編號

您所付的每月保費

\$

長期護理

您家庭中是否有任何人士正在接受長期護理？如為是，請在下方填寫。

長期護理人士的姓名 (名字、中間名、姓氏)

入院日期
(月/日/年)
____ / ____ / ____

出院日期
(月/日/年)
____ / ____ / ____

長期護理設施名稱

長期護理設施地址

配偶或註冊家庭伴侶的姓名
(名字、中間名、姓氏)

配偶或註冊家庭伴侶的地址 (如不同)

向郡縣報告的資料

我們的報告顯示該名人士現時處於監禁中 (入獄或坐牢) 。

姓名

該名人士是否處於監禁中？

是 否

如為否，請填寫釋放日期 ____ / ____ / ____

我們的報告顯示該名人士已身故 (死亡或逝世) 。

姓名

該名人士是否已身故？

是 否

健康計劃資料及推薦

該部分為選填。您可選擇不回答，但您的答案有助於我們向您推薦可用的服務。

1. 您是否想要有關 21 歲以下子女的無費用健康保險計劃 (Child Health and Disability Prevention Program, 亦稱 CHDP) 的資料？

是 否

2. 您是否想要有關懷孕或母乳餵養人士及 5 歲以下兒童 (Women, Infants, and Children Program, 亦稱 WIC) 的無費用輔食計劃的資料？

是 否

3. 是否有任何住在家中的家庭成員正在接受腎透析相關服務？

是 否 如為是，請提供該家庭成員的姓名： _____

4. 是否有任何住在家中的家庭成員在過去 2 年內接受過器官移植？

是 否 如為是，請提供該家庭成員的姓名： _____

5. 您是否需要有關 Personal Care Services Program (一項針對老年人、盲人或殘障人士的家庭護理計劃 (亦稱 In-Home Supportive Services)) 的資料？

是 否

6. 您的家庭是否有任何人士需要長期護理或家庭及社區服務？

是 否 如為是，請提供該家庭成員的姓名： _____

聲明及簽名

- 根據 California 州法律之偽證罪規定，本人聲明，本人以下所言真實無誤。
- 本人理解，據本人所知，已就本續訂表上的所有問題提供真實無誤的答案。本人不知曉答案者，本人已作出一切合理嘗試，向知曉答案之人士予以確認。本人已閱讀或請他人為本人閱讀以下各頁的隱私權聲明、權利及責任。
- 本人知曉，如果本人在本續訂表中未提供真實資料，將因偽證罪而受到民事或刑事處罰，可能包括長達四年的監禁（參見California Penal Code section 126）。本人知曉，本續訂表中的資料將用於確定申請人士是否合資格參加健康保險。如聯邦及 California 法律所規定，Medi-Cal 計劃及 Covered California 將對提供的資料保密。
- 如果本續訂表因申請參加健康保險之任何人士而發生變更，本人同意於任何變更作出時起 10 日內通知 Medi-Cal 計劃或聯絡本人所在郡縣的辦事處。如果本人透過 Covered California 參加保險，本人同意於 30 日內報告任何變更。

在下方簽署並註明日期。

申請人/受益人或授權代表簽名	日期 (月/日/年)
	

注意請隨附所有**最新證明**（如需要），以及所有其他副本或附加頁面。

請作為記錄保留

該等頁面包含有關隱私權聲明、權利及責任、申訴權、非歧視政策及提出歧視投訴的重要資料。

隱私權聲明

本續訂表乃用於透過 Department of Health Care Services (DHCS) 加州衛生保健服務局續訂 Medi-Cal 福利，並確定透過 Covered California 參加健康保險之資格。您於申請中提供的個人及醫療資料均獲保密。DHCS 或 Covered California 需要該等資料確定您以及本續訂表上其他人士的身份以及管理我們的計劃。

我們僅出於將您登記於一項計劃或項目或管理計劃之目的而與其他州、聯邦及當地代理商、承包商、健康計劃及項目共享您的資料，以及與法律規定的其他州及聯邦代理商共享您的資料。

您須回答本續訂表上的所有問題，除非標為「可選」或您被指示不予回答。如果您的續訂表遺漏任何我們規定的資料，我們會聯絡您進行提供。如果您不提供有關資料，我們將無法就您的續訂做出決定。您可能需要提交新的申請。或者，您可能無法透過 Covered California 參加健康保險，您對續訂福利的申請亦可能遭到拒絕。

大多數情況下，您有權查看聯邦及州記錄中有關您的個人資料。如果您需要，您可以大字版等其他形式進行查看。獲取更多資料或要查看 Covered California 記錄，請聯絡隱私官，地址為：

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

電話：1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

電話：1-800-300-1506

TTY: 1-888-889-4500

DHCS 應遵守 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9，以及本表格提供資料的存儲、使用及披露等方面的其他有關法律。

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) 及 100503(a).

您可於 www.dhcs.ca.gov 查找 Medi-Cal 計劃的《隱私權實踐須知》，於 www.CoveredCA.com 查找 Covered California 計劃的《隱私權實踐須知》。

權利與責任

- 據本人所知，本人於此續訂表提供的資料真實無誤。本人深知，如果本人未提供真實資料，將受到罰款。
- 本人知曉，本人提供的資料將僅用於確認申請續訂健康保險的本人家庭成員是否合資格。
- 本人了解，按照法律規定，Medi-Cal 計劃及 Covered California 將會對我的資料保密。獲取更多資料，或瀏覽 Medi-Cal 計劃及 Covered California 在記錄中保存的個人資料，本人可聯絡本人所在郡縣的辦事處。本人亦可聯絡 Covered California 隱私官，電話為 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500)。
- 本人了解，要符合加入 Medi-Cal 的資格，本人需申請其他收入或福利，此乃本人或本人家庭成員的權利，除非其有合理理由不這麼做。該等收入或福利包括養老金、政府福利、退休收入、退伍軍人福利、年金、傷殘撫恤金、Social Security 福利 (亦稱 OASDI 或 Old Age, Survivors, and Disability Insurance) 以及失業金等。但該等收入或福利並不包括 CalWORKs 或 CalFresh 等公共援助福利。如果本人對可能的收入來源存在疑問，本人可致電本人所在地的郡縣辦事處，或 Covered California 尋求援助，電話為 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500)。
- 如果本人被認定符合參加 Medi-Cal 資格，任何可能影響本人加入健康保險資格的變更，本人須於 10 日內向本人所在郡縣辦事處合資格工作人員報告。該等變更包括但不限於：
 - » 本人遷移
 - » 本人的收入變更
 - » 本人的家庭變更 (例如，結婚/離婚、懷孕或生育)
 - » 本人合資格參加其他健康保險
- 如果本人註冊 Covered California，本人理解本人須於 30 日內報告有關變更。本人可撥打 Covered California 電話 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) 或瀏覽 [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com)。
- 本人了解，本人須向本人所在郡縣辦事處報告收入變更，因為其可能影響本人獲取 Medi-Cal 福利的資格，或本人可能合資格獲取的州及聯邦 Covered California 財政援助資格。本人亦了解，如果本人於福利年度期間收到過多的財政援助，本人須在申報該福利年度聯邦及州所得稅時，向 IRS 或 California Franchise Tax Board 退還多出的保費援助或州補貼。
- 本人准許 Covered California 及 Medi-Cal 計劃查看其他代理商的計算機記錄，以驗證公民身份或本人是否在 U.S. 合法居留、納稅資料以及其他僅與資格相關的資料，以確認本人及本續訂表上的其他人士是否合資格參加健康保險。
- 本人了解，按照法律要求，本人提供的有關本人及本續訂表上參加 Medi-Cal 的其他人士的資料，將會由僱主、銀行、SSA、Internal Revenue Service、Franchise Tax Board、社會服務及其他機構查看，以確認本人或本續訂表上的其他人士是否合資格參加健康保險。
- 本人知曉，如果 Medi-Cal 支付一筆醫療費用，本人或本續訂表上的任何人士從其他健康保險獲取的任何資金，或與該筆費用相關的合法結算，將作為該筆費用的付款支付予 Medi-Cal，直至該筆費用悉數付清。

- 對於子女合資格參加 Medi-Cal 的父母：本人知曉，本人將被要求協助代理商向本續訂表上未與子女一起生活且未向子女寄送撫養費的父母收取醫療支援。如果本人認為此協助行為會傷害本人或本人的子女，本人可告知 Medi-Cal 計劃，本人無需協助。

申訴權

如果本人認為 Medi-Cal 計劃或 Covered California 有誤，本人可對其決定進行申訴。申訴表示要告知 Medi-Cal 計劃或 Covered California 的某位人士，本人認為其決定有誤，並要求對該行為進行公正的審查。

本人知曉，本人須於收到決定之日起 90 日內提出申訴。本人知悉，本人可親自申訴或委派某人代表本人進行申訴，如一名授權代表、朋友、親屬或律師。

本人知曉，如果本人需要協助，Medi-Cal 計劃，Covered California，或郡縣辦事處的辦事人員可幫本人了解本人的案例。

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

傳真：1-833-281-0905

免費電話：1-855-795-0634 或

公眾查詢或回應免費電話：1-800-952-5253 或 TDD 1-800-952-8349

非歧視政策

Medi-Cal 計劃 (DHCS) 及 Covered California 遵守適用的聯邦及州民權法律，不會基於種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔認同、年齡、智力障礙、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、社會性別、性別認同、性取向進行非法歧視。

Medi-Cal 計劃 (DHCS) 及 Covered California 不會因為種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔認同、年齡、智力障礙、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、社會性別、性別認同、性取向非法排斥或區別對待他人。

Medi-Cal 計劃 (DHCS) 及 Covered California 向無法與我們有效溝通的殘障人士提供免費救助及服務，如合資格的手語譯員及以其他形式提供的書面資料（大字版、音頻、便利的電子格式及其他格式）。

Medi-Cal 計劃 (DHCS) 及 Covered California 亦向母語非英語的人士提供免費的語言服務，如合資格的譯員及以其他語言書寫的資料。如果您需要該等服務，請聯絡 DHCS Office of Civil Rights，您可撥打 **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) 或發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov，或聯絡 Covered California，電話號碼為 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500)。

提出歧視投訴

如果您認為 Medi-Cal 計劃 (DHCS) 或 Covered California 未能提供該等服務，或您曾遭到基於種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔認同、年齡、智力障礙、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、社會性別、性別認同或性取向等以其他方式發生的歧視，您可向 Medi-Cal 計劃的 (DHCS's) Office of Civil Rights 或 Covered California 民權協調員提出投訴。

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
電話：1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
電郵：CivilRights@dhcs.ca.gov
Medi-Cal 投訴表提供網址：

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
電話：1-916-228-8764
傳真：1-916-228-8909
電郵：CivilRights@covered.ca.gov

您亦可向 U.S. Department of Health and Human Services 的聯邦 Office for Civil Rights 提起單獨民權投訴。如果您認為您遭遇了基於種族、膚色、國籍、年齡、殘障或性別的歧視，您可提出投訴：

U.S. Department of Health and Human Services

郵寄：200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
電話：1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
線上投訴入口網站協助：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
線上投訴表：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf