

Form sa Pag-renew ng Medi-Cal

Maaari mong makuha ang dokumento na ito sa ibang wika o ma-access sa format na napili mo.

Upang humingi ng tulong sa iyong wika, tumawag sa:

Maaaring mawala ang iyong Medi-Cal kung ikaw ay hindi tutugon bago dumating ang

Petsa ng abiso:

Numero ng kaso:

Pangalan ng kaso:

Pangalan ng humahawak ng iyong kaso:

Telepono ng humahawak ng iyong kaso:

Pahanon kung kailan dapat i-renew ang benepisyo para sa:

Pangalan	Petsa ng kapanganakan
----------	-----------------------

Ang ibang miyembro ng pamilya na wala sa form na ito ay makakatanggap ng hiwalay na sulat tungkol sa kanilang Medi-Cal.

→ **Ika-1 Hakbang** Basahin ang form at sagutan ang mga tanong

→ **Ika-2 Hakbang** Pirmahan at lagyan ng petsa and Deklarasyon at ang Pahina ng Lagda

→ **Ika-3 Hakbang** Ipadala ang form bago ang nakatakdang petsa

Mga mas madaling paraan para ipadala ang iyong form at katibayan sa amin:



Online

sa
o coveredca.com.



Sa pamamagitan ng koreo

Ipadala gamit ang sobre na kasama ng sulat na ito sa pamamagitan ng koreo.



Sa pamamagitan ng telepono

sa



Nang personal

sa
Bukas sila Lunes hanggang Biyernes, a.m. to p.m.



Kung may mga tanong? Tawagan ang lokal na opisina sa iyong County bago ang nakatakdang petsa.

Ang iyong mga impormasyon sa pakikipag-ugnayan

↓ Suriin ang iyong impormasyon	↓ I-update o magdagdag ng mga bagong impormasyon sa ibaba
<input type="checkbox"/> Tama ang impormasyong ito. Kung tama, pumunta sa pahina 3.	<input type="checkbox"/> Na-update ko na ang aking impormasyon sa ibaba. Isulat lang ang bago o binagong impormasyon.
Pangalan	Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)
Address ng tirahan	Address ng tirahan Apartment #
	Lungsod Estado ZIP code
Address kung saan pwede ipadala ang sulat/liham	Mailing address (Kung iba sa address ng tirahan o wala kang address ng tirahan)
	Lungsod Estado ZIP code
Telepono Home: Cell: Other:	Telepono Sa Bahay _____ Cellphone _____ Trabaho _____ Iba pa _____
Email	Email (opsyonal):
Wika na aming gagamitin kapag ikaw ay aming sinulatan	Wika na gagamitin sa pagsulat sa iyo:
Wika na aming gagamitin sa pakikipag-usap sa iyo	Wika na gagamitin sa pakikipag-usap sa iyo:
	Pinakamaayos na paraan ng pakikipag-ugnayan sa iyo: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Telepono <input type="checkbox"/> Koreo

Kailangan mo ba ng awtorisadong kinatawan?

Tawagan ang lokal na tanggapan ng iyong county sa kung kailangan mong:

- Maghirang ng awtorisadong kinatawan tulad ng kapamilya, kaibigan, tagapag-alaga, abugado, o tagapagtaguyod upang samahan ka, tulungan ka, o maging kinatawan mo sa iyong pagiging karapat-dapat at pagpapatala sa Medi-Cal
- Baguhin ang iyong awtorisadong kinatawan



Kung kailangan mong magdagdag ng mas marami pang tao o impormasyon sa alinman sa mga seksyon, pakisulat ito sa isang hiwalay na piraso ng papel (o maaari kang gumawa ng kopya ng pahina) at ipadala ito kasama ng iyong form para sa pag-renew.

Mga miyembro ng sambahayan

Kailangan namin ng impormasyon tungkol sa iyo at bawat miyembro ng iyong sambahayan.

Kabilang dito ang:

- Asawa mo o nakarehistrong domestic partner
- Anak mo na nakatira kasama mo
- Lahat ng magulang na nakatira sa bahay kasama ng kanilang mga anak
- Sinuman na nasa iyong federal income tax return, kung ikaw ay nagpa-file. Hindi mo kailangnag mag-file ng buwis para mag-apply ng health insurance.
- Kung isinama ka bilang dependent ng ibang tao sa pag-file ng kanilang tax return, kailangan mong isama ang lahat ng miyembro ng sambahayang iyon na nagsama sa iyo sa kanilang tax, at ang iba pang miyembro ng pamilya na kasama mong naninirahan.
- Iba pang naninirahang kasama mo ay kailangang magsumite ng sarili nilang aplikasyon, kung gusto nila ng health insurance. (Halimbawa: nobyo, nobya, o kasama sa kuwarto)

Suriin ang impormasyon ng miyembro ng iyong sambahayan.

Pangalan	Relasyon kay [case holder's name]	Address	Tama ba ito? Kung oo , pumunta sa susunod na seksyon. Kung hindi , i-update sa ibaba.
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

ipinagpapatuloy sa susunod na pahina »

I-update o magdagdag ng impormasyon ng bagong miyembro ng sambahayan.

Sabihin sa amin ang tungkol sa mga pagbabago sa inyong sambahayan nitong nakaraang 12 buwan. Halimbawa, ang isang miyembro ng sambahayan ay kinasal, nagkaroon ng anak, lumipat sa o umalis ng bahay, nakulong, o kung may namatay sa sambahayan.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Relasyon kay	Ano ang nagbago?
1.		
2.		
3.		

Impormasyon sa buwis

Ang pangunahing nagbabayad ng buwis ay ang taong unang nakalista sa tax return at sa talahanayang ito.

Suriin ang impormasyon sa iyong buwis.

Pangalan	Plano ba ng taong ito na mag-file ng federal tax return?	Inaasahan ba ng taong ito na kinakailangan niyang mag-file ng buwis?	Ano ang katayuan sa pag-file ng buwis ng taong ito?	Tama ba ito? Kung oo, pumunta sa susunod na seksyon. Kung hindi, i-update sa ibaba.
Pangunahing taga-file ng buwis				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

I-update o magdagdag ng bagong impormasyon sa buwis.

Nagbago ba ang pangunahing nagfa-file ng inyong buwis? (Ito ang taong unang nakalista sa tax return.)

Oo Hindi Hindi Kung oo, pangalan ng pangunahing taga-file ng buwis: _____

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Plano ba ng taong ito na mag-file ng federal tax return?	Inaasahan ba ng taong ito na kinakailangan niyang mag-file ng buwis?	Ano ang katayuan sa pag-file ng buwis ng taong ito?
1.	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Kasal na magkasamang nagfa-file kasama si: _____ <input type="checkbox"/> Kasal na magkahiwalay na nagfa-file <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Pinuno ng tahanan <input type="checkbox"/> Isinamang dependent ni: _____ <input type="checkbox"/> Hindi nagfa-file ng buwis

ipinagpapatuloy sa susunod na pahina »

2.	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Kasal na magkasamang nagfa-file kasama si: _____
			<input type="checkbox"/> Kasal na magkahiwalay na nagfa-file
			<input type="checkbox"/> Single
			<input type="checkbox"/> Pinuno ng tahanan
			<input type="checkbox"/> Isinamang dependent ni: _____
			<input type="checkbox"/> Hindi nagfa-file ng buwis

Kita

Ang kita ay perang nakukuha mo mula sa isang trabaho, pang-sariling kabuhatan, o iba pang mga pinagmumulan tulad ng Social Security o pensyon. Dapat mong ilakip ang kasalukuyang katibayan ng lahat ng kita. Halimbawa:

- Mga kamakailang pay stub
- Mga sulat tungkol sa benepisyo o gantimpala
- Tax return noong nakaraang taon

Suriin ang impormasyon sa iyong kita.

Pangalan	Pinagmumulan ng kita	Kita bago ikaltas ang buwis o mga pagbabawas (Kita na maaaring kaltasan ng buwis ng pederal)	Gaano kadalas? (taunan, buwanan, kada 2 linggo, dalawang beses sa isang buwan, lingguhan, arawan, o kada oras)	Tama ba ito? Kung oo, pumunta sa susunod na seksyon. Kung hindi, ibigay ang petsa kung kailan huling beses mong nakuha ang kitang ito. Pagkatapos, i-update o idagdag sa ibaba.
		\$		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi ____ / ____ / ____

ipinagpapatuloy sa susunod na pahina »

I-update o magdagdag ng bagong impormasyon sa kita.

Mga halimbawa ng pinakakaraniwang mga uri ng kita:

- Kita mula sa iyong trabaho
- Kita mula sa sariling pangkabuhayan
- Mga benepisyo sa pagreretiro, pagkakaligtas (survivors), at kapansanan mula sa Social Security
- Benepisyo ng nawalan ng trabaho
- Suportang pangpinansyal na natanggap mula sa asawa: Ilagay dito ang pinaka bagong petsa o petsa ng pagbabago ng inyong kasundaan sa diborsyo o paghihiwalay (buwan/araw/taon):
_____ / _____ / _____

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Saan galing ang kitang ito?	Ang iyong kita bago ikaltas ang mga buwis o pagbabawas (Federal taxable income)	Petsa ng pagsisimula (buwan, araw, taon)	Gaano kadalas? (taunan, buwanan, kada 2 linggo, dalawang beses sa isang buwan, lingguhan, arawan, o kada oras)	Inasahan bang magpapatuloy and kitang ito? Kung hindi, ibigay ang huling petsa na inaasahan mong makuha ang kitang ito.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi ___ / ___ / ___
2.		\$			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi ___ / ___ / ___
3.		\$			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi ___ / ___ / ___

Mayroon bang nagbabago sa kita kada buwan?

Oo Hindi Kung **oo**, sabihin sa amin kung ano ang kabuuang kita sa susunod na 12 buwan. Ito ay upang makatulong na makuha ang tamang taunang halaga ng kita.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Ano ang inaasahan mong kabuuang kita para sa susunod na 12 buwan?
1.	\$
2.	\$

Mga gastusin at pagbabawas

Ang paguulat ng iyong mga gastusin at mga kinakaltas ay maaaring makapag-pababa ng iyong kita na gagamitin ng Medi-Cal upang malaman kung ikaw ay karapat-dapat. Dapat kang maglakip ng kasalukuyang katibayan ng mga gastusin at pagbabawas. Halimbawa:

- Katunayan ng mga kinita o mga nawalang kita
- Pagbabayad ng buwis

Suriin ang mga impormasyon sa iyong mga gastusin at sa mga kinakaltas.

Pangalan	Uri ng mga gastusin at mga kinakaltas	Halaga	Gaano kadalas? (buwanan, kada tatlong buwan, taunan)	Tama ba ito? Kung hindi, i-update o idagdag sa ibaba.
		\$		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
		\$		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

I-update o idagdag ang mga bagong impormasyon ng iyong mga gastusin at mga kinakaltas.

Mga halimbawa ng pinakakaraniwang mga gastusin at pagbabawas:

- Mga gastusin sa pansariling-pangkabuhayan
- Interes sa pautang sa estudyante
- Mga kontribusyon sa IRA
- Binayarang Alimonya: Ilagay dito ang pinakabagong petsa o pagbabago ng inyong kasunduan sa diborsyo o paghihiwalay (buwan/araw/taon): _____ / _____ / _____

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Uri ng mga gastusin at mga kinakaltas	Halaga	Gaano kadalas? (buwanan, kada 3 buwan, taunan)
1.		\$	
2.		\$	

Sakop ng Medicare

Kung hindi ka sigurado kung aling mga bahagi ng Medicare ka naka-enroll, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Suriin ang iyong impormasyon sa Medicare.

Pangalan	Buwanang premium Part A (Inpatient hospital)	Buwanang premium Part B (Outpatient medical)	Buwanang premium Part C (Benepisyo sa Medicare)	Buwanang premium Part D (Parmasya)	Tama ba ito? Kung oo, pumunta sa susunod na seksyon. Kung hindi, i-update sa ibaba.
					<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
					<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

I-update o magdagdag ng mga bagong impormasyon sa Medicare.

Kung ikaw o ibang miyembro ng iyong sambahayan ay kailan lang ay naging karapat-dapat makatanggap ng Medicare, o ikaw ay nagbabayad ng premiums para sa iyong sarili o para sa ibang miyembro ng iyong sambahayan, ilagay ang mga impormasyon sa ibaba.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Numero sa Medicare	Buwanang premium Part A (Inpatient hospital)	Buwanang premium Part B (Outpatient medical)	Buwanang premium Part C (Benepisyo sa Medicare)	Buwanang premium Part D (Parmasya)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

Pang-matagalang Pangangalaga

Ang pangmatagalang pangangalaga ay serbisyo na naka disenyo para sa pangkalusugang pangangailangan o personal na pangangailangan ng isang tao kapag hindi na niya kayang alagaan ang kanyang sarili ng pang-matagalan. Halimbawa:

- Tahanan na may propesyonal na pangangalaga
- Tahanan na may pag-gabay sa pamumuhay
- Hospisyo

Suriin ang iyong impormasyon sa pangmatagalang pangangalaga.

Pangalan ng taong nasa pangmatagalang pangangalaga	Pangalan ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	Address ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	Tama ba ito? Kung oo, pumunta sa susunod na seksyon. Kung hindi, i-update sa ibaba.
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

I-update o magdagdag ng mga bagong impormasyon sa Pang-matagalang Pangangalaga.

Unang Tao		
Pangalan ng taong nasa pangmatagalang pangangalaga (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Petsa ng pagpasok (buwan/araw/taon) ____ / ____ / ____	Petsa kung kailan lalabas (buwan/araw/taon) ____ / ____ / ____
Pangalan ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	Address ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	
Pangalan ng asawa o naka-rehistrong kabiyak sa buhay (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Address ng asawa o naka-rehistrong kabiyak sa buhay, kung iba	

ipinagpapatuloy sa susunod na pahina »

Pangalawang Tao		
Pangalan ng taong nasa pangmatagalang pangangalaga (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Petsa ng pagpasok (buwan/araw/taon) ____ / ____ / ____	Petsa kung kailan lalabas (buwan/araw/taon) ____ / ____ / ____
Pangalan ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	Address ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	
Pangalan ng asawa o naka-rehistrong kabiyak sa buhay (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Address ng asawa o naka-rehistrong kabiyak sa buhay, kung iba	

Iba pang insurance sa kalusugan

Ipaalam sa amin kung mayroon kang ibang health insurance bukod sa Medi-Cal o Medicare. Halimbawa, maaaring mayroon kang health insurance mula sa Covered California o mula sa trabaho ng miyembro ng iyong pamilya.

Kung wala kang ibang health insurance, laktawan ang seksyon na ito at pumunta sa susunod.

Suriin ang mga impormasyon sa iyong health insurance

Pangalan	Kumpanya ng Seguro	Uri ng Insurance (tulad ng sa kalusugan, sa dental, sa paningin, sa parmasya)	Halaga ng premium na binabayaran mo	Gaano kadalas (buwanan, kada 3 buwan, taunan)	Tama ba ito? Kung oo, pumunta sa susunod na seksyon. Kung hindi, i-update sa ibaba.
			\$		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			\$		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

I-update o magdagdag ng mga impormasyon para sa health insurance.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Kumpanya ng Insurance	Uri ng insurance (tulad ng sa kalusugan, sa dental, sa paningin, sa parmasya)	Halaga ng premium na binabayaran mo	Gaano kadalas (buwanan, kada 3 buwan, taunan)
1.			\$	
2.			\$	

Mga pagbabago sa sambahayan

Sagutan ang impormasyon sa ibaba kung oo ang sagot mo sa anuman sa mga tanong.

Medi-Cal

Mayroon bang miyembro ng iyong sambahayan na walang Medi-Cal na gustong mag-apply? Kung oo, punan sa ibaba.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)	Social Security Number ng taong gustong mag-apply, kung maroon siya nito _____ - _____ - _____
---	---	--

Buntis

Mayroon bang buntis sa miyembro ng sambahayan? Kung oo, sagutan ang nasa ibaba.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Takdang petsa ng panganganak (buwan/araw/taon) ____ / ____ / ____	Ilang sanggol ang inaasahan?
---	--	-------------------------------------

Dating Kabataan na nasa bahay ampunan

Mayroon bang miyembro ng iyong sambahayan na ang edad ay nasa pagitan ng 18 at 26, na nasa ampunan nang kahit na anong estado noong kanilang ika-18 kaarawan o pagkatapos? Kung oo, sagutan ang nasa ibaba.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Estado (halimbawa: California)
---	---------------------------------------

Imigrasyon o Citizenship (Gagamitin lamang ang impormasyong ito para alamin ang sakop na pang-kalusugan.)

Mayroon bang miyembro ng iyong sambahayan na mayroon nang Medi-Cal na nabago ang estado ng kanilang imigrasyon nitong nakalipas na 12 buwan? Kung oo sagutan ang sana ibaba.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Numero ng bagong katayuan
---	----------------------------------

ipinagpapatuloy sa susunod na pahina »

Kapansanan

May sinuman ba sa inyong sambahayan ang may kapansanang pisikal, pangkaisipan, emosyonal, o nauugnay sa pag-unlad? Kung oo, sagutan ang nasa ibaba.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Resulta ba ng pinsala ang kapansanan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
--	---

Estudyante

Mayoon bang miyembro ng iyong sambahayan na ang edad ay 19 o 20 at full-time na estudyante? Kung oo sagutan ang nasa ibaba.

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)
--

Medicare

Mayroon bang miyembro ng iyong sambahayan na mayroon nang Medicare? Kung oo sagutan ang nasa ibaba

Pangalan (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Numero ng Medicare	Buwanang premium na binabayaran mo \$
--	--------------------	--

Pangmatagalang pangangalaga

Mayroon bang miyembro ng iyong sambahayan ang nasa pang-matagalang pangangalaga? Kung oo sagutan ang nasa ibaba.

Pangalan ng taong nasa pangmatagalang pangangalaga (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Petsa ng pagpasok (buwan/araw/taon) ____ / ____ / ____	Petsa kung kailan lalabas (buwan/araw/taon) ____ / ____ / ____
Pangalan ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	Address ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga	
Pangalan ng asawa o naka-rehistrong kabiya sa buhay (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	Address ng asawa o naka-rehistrong kabiya sa buhay, kung iba	

Impormasyong ini-ulat sa county

Batay sa aming mga nakuhang ulat, ang taong ito ay kasalukuyang nakakulong (bilangguan).

Pangalan

Nakakulong ba ang taong ito?

Oo Hindi

Kung **hindi**, ilagay ang petsa ng pagpapakawala ___/___/___

Batay sa mga nakuha naming ulat, ang taong ito ay pumanaw na (patay na).

Pangalan

Patay na ba ang taong ito?

Oo Hindi

Impormasyon sa programang pangkalusugan at mga referral

Opsyonal ang seksyong ito. Maaari mong piliing huwag sagutan ito, ngunit ang iyong mga sagot ay makakatulong sa amin na i-refer ka sa mga maaaring serbisyo.

1. Nais mo ba ng impormasyon sa walang bayad na programang pangkalusugan para sa mga bata na wala pang 21 taong gulang (Child Health and Disability Prevention Program, na kilala rin bilang CHDP)?

Oo Hindi

2. Nais mo ba ng impormasyon sa walang bayad na programang pandagdag na pagkain para sa mga buntis o nagpapasuso ng anak at mga batang wala pang 5 taong gulang (Women, Infants, and Children Program, na tinatawag na WIC)?

Oo Hindi

3. Mayroon bang nakatira sa inyong tahanan na miyembro ng iyong sambahayan na tumatanggap ng mga serbisyong nauugnay sa kidney-dialysis?

Oo Hindi Kung oo, sino: _____

4. Mayroon bang nakatira sa inyong tahanan na miyembro ng iyong sambahayan na nakatanggap ng organ transplant nitong nakalipas na 2 taon?

Oo Hindi Kung oo, sino: _____

5. Nais mo ba ng impormasyon sa Personal Care Services Program, isang programa ng pangangalaga sa loob ng bahay para sa mga may edad, bulag, o may kapansanan (na tinatawag ding In-Home Supportive Services)?

Oo Hindi


6. Mayroon bang miyembro ng iyong sambahayan na nangangailangan ng pang-matagalang pangangalaga o mga serbisyong nakabase sa tahanan at komunidad?

Oo Hindi Kung oo, sino: _____

Deklarasyon at pirma

- Dinedeklara ko sa ilalim ng kaparusahan ng hindi pagsasabi ng totoo sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang mga sinasaad ko sa ibaba ay tama at makatotohanan.
- Nauunawaan ko ang lahat ng mga tanong sa renewal form na ito, at ipinahayag ko ang mga tama at totoong kasagutan nang naaayon sa aking kaalaman. Sa mga tanong na hindi ko alam ang sagot, nagsagawa ako ng nararapat na hakbang para kumpirmahin ang sagot sa taong mas nakakaalam. Nabasa ko o binasa ng iba para sa akin ang pribadong pagpapahayag, mga karapatan, mga responsibilidad sa susunod na pahina.
- Alam ko na kapag hindi ako nagsabi ng totoo sa renewal form na ito ay maaaring magkaroon ng kaparusahang sibil o kriminal na pwedeng umabot ng hanggang apat na taong pagkaka-kulong. (Tingnan ang California Penal Code section 126). Alam ko na ang mga impormasyon sa renewal form na ito ay gagamitin upang mapagdesisyunan kung ang taong nag-aapply sa health insurance ay karapat-dapat. Papanatiling pribado ng programang Medi-Cal at Covered California ang mga impormasyon, tulad ng inaatas ng batas pederal at batas ng estado ng California.
- Kung mayroong mga pagbabago sa renewal form na ito sa sinumang nag-aapply para sa health insurance, ako ay sumasang-ayon na abisuhan ang programang Medi-Cal o makikipag-ugnayan sa lokal na tanggapan sa aking county sa loob ng 10 araw, kung mayroon mang pagbabago. Kung ako ay mayoong insurance na Covered California, sumasang-ayon ako na iulat ang mga anumang pagbabago sa loob ng 30 araw.

Pirmahan at ilagay ang petsa sa ibaba.

Pirma ng aplikante/benepisyaryo o awtorisadong kinatawan 	Petsa (buwan/araw/taon)
---	-------------------------

Tandaang ilakip ang lahat ng kasalukuyang katibayan kung kinakailangan, at lahat ng karagdagang kopya o mga ekstra na pahina.

Itabi para sa iyong mga record

Ang mga pahinang ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa pahayag sa pagkapribado, mga karapatan at responsibilidad, karapatang mag-apela, at patakaran sa hindi pagdidiskrimina, at paghain ng reklamo ukol sa diskriminasyon.

Pahayag sa Pagka-pribado

Ang renewal form na ito ay para sa pag-renew ng mga benepisyo para sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Department of Health Care Services (DHCS) at para alamin kung karapat-dapat ka sa health insurance sa pamamagitan ng Covered California. Ang mga personal at medikal na impormasyon na ilalagay mo rito ay pribado at kumpidensyal. Kailangan ng DHCS o Covered California na ikaw ay kilalanin at ang iba pang mga tao sa renewal form na ito at para mapangasiwaan ang aming mga programa.

Ibabahagi namin ang impormasyon mo sa ibang estado, pederal, at lokal na ahensya, mga kontratista, planong pangkalusugan, at mga programa para lang maipatala ka sa isang plano o programa o pangasiwaan ang mga programa, at sa ibang mga ahensya ng estado at pederal kung inaatas ng batas.

Kailangan mong sagutan lahat ng tanong sa renewal form na ito maliban kung minarkahang “opsyonal” o iba ang mga instruksiyon. Kung mayroong kulang sa iyong renewal form na kailangan namin, ikaw ay aming kokontakin para maisumite mo ito. Kung hindi mo ito maisusumite, hindi kami makapagdesisyon sa iyong renewal. Kakailanganin mong mag-sumite ng panibagong aplikasyon. O hindi ka na makaka-kuha ng health insurance sa pamamagitan ng Covered California o maaaring tanggihan ang iyong aplikasyon para sa pag-renew ng iyong mga benepisyo.

Sa karamihan ng kaso, may karapatan kang makita ang personal na impormasyon tungkol sa iyo na nasa mga record ng pederal at estado. Maaari mong makita ito sa isang alternatibong format tulad ng malaking print kung kailangan mo ito. Para sa higit na impormasyon o para makita ang mga record ng Covered California, makipag-ugnay sa Opisyal ng Pagkapribado sa:

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Telepono: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Telepono: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

Kailangang sundin ng DHCS ang 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, at iba pang naaangkop na batas patungkol sa pagtago, paggamit, pagpapalabas ng mga impormasyon na ibinigay sa form na ito.

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

Makikita mo ang Mga Abiso sa Mga Gawi sa Pagkapribado para sa programang Medi-Cal sa www.dhcs.ca.gov at para sa Covered California sa www.CoveredCA.com.

Mga Karapatan at mga Responsibilidad

- Ang mga impormasyon na ibinigay ko sa renewal form na ito ay totoo sa abot ng aking nalalaman. Alam ko na maaari akong maparusahan kung ako ay hindi nagsasabi ng totoo.
- Nauunawaan ko na ang mga impormasyon na ibinigay ko ay gagamitin lamang upang malaman kung ang mga miyembro nang aking pamilya na nag-apply para mag-renew ay kuwalipikado sa health insurance.
- Nauunawaan ko na pananatilihing pribado ng programang Medi-Cal at Covered California ang aking mga impormasyon, nang naaayon sa batas. Para sa iba pang impormasyon o para ma-access ang mga personal na impormasyon na pinananatiling nakatala ng programang Medi-Cal at Covered California, maaari akong tumawag sa lokal na tanggapan sa aking county. O maaari kong tawagan ang Covered California (Privacy Officer) sa **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).
- Nauunawaan ko na para maging karapat-dapat sa Medi-Cal, kailangan kong mag-apply para sa iba pang kita o mga benepisyo kung saan ako o ibang miyembro ng aking sambahayan ay karapat-dapat makatanggap nito, maliban na lamang kung mayroon siyang magandang kadahilanan na hindi gawin ito. Halimba ng kita o mga benepisyo ay pension, benepisyo ng gobyerno, kita sa pagreretiro, benepisyo para sa beterano, mga annuity, mga benepisyo sa may mga kapansanan, benepisyo mula sa Social Security (na tinatawag ding OASDI o Old Age, benepisyo para sa mga naiwan, at Insurance para sa may kapansanan), benepisyo para sa nawalan ng trabaho. Ngunit hindi kasama mga naturang kita o benepisyo ang mga benepisyo na tulong sa publiko, tulad ng CalWORKs o CalFresh. Kung may tanong sa posibleng mapagkukunan ng kita, maaari akong tumawag sa lokal na opisina ng aking county o Covered California sa **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) para sa tulong.
- Kung ako ay makakatanggap ng Medi-Cal, kailangan kong ipaalam sa aking eligibility worker sa lokal na opisina sa aking county kung mayroong mga pagbabago na maaaring maka-apekto sa aking pagiging karapat-dapat sa health insurance sa loob ng 10 araw, mula sa araw kung kailan may nabago. Kabilang sa mga pagbabagong ito, ngunit hindi limitado sa:
 - » Ako ay lumipat ng tirahan
 - » Mga pagbabago sa aking kita
 - » Mga pagbabago sa aking sambahayan (halimbawa, nagpakasal/nagdiborsyo, may buntis o nanganak/nagkaroon ng anak)
 - » Naging kwalipikado ako sa iba pang health insurance
- Kung naka-enroll ako sa Covered California, nauunawaan ko na dapat kong i-ulat ang mga pagbabago sa loob ng 30 araw. Maaari kong tawagan ang Covered California sa **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) o bumisita sa [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).
- Nauunawaan ko na kailangan kong iulat ang mga pagbabago sa lokal na opisina sa aking county sapagkat ito ay maaaring maka-apekto sa pagiging karapat-dapat ko para sa Medi-Cal o Covered California para sa halaga ng tulong pang-pinansiyal mula sa estado at pederal na maaaring karapat-dapat ko na matanggap. Nauunawan ko rin na kung masyadong malaki ang aking natanggap sa taon ng benepisyo, kailangan kong bayaran pabalik ang extra premium o ang subsidiya ng estado sa IRS o California Franchise Tax Board kapag nag-file ako ng pam-pederal at pang-estado na income tax para sa taon ng benepisyo.

- Binibigyan ko ng pahintulot ang programa ng Covered California at Medi-Cal na makita ang mga record sa computer na ibang ahensya para beripikahin ang aking pagiging mamamayan o kung ako ay kasalukuyang nasa U.S. Ako sumuunod nang naaayon sa batas, mga impormasyon sa buwis, at iba pang mga impormasyon na nauugnay sa pagiging karapat-dapat upang malaman kung kwalipikado ako o ang ibang tao para sa renewal na ito ng health insurance.
- Nauunawan ko na tulad sa inaatas ng batas, ang mga impormasyon na aking inilahad tungkol sa aking sarili at ng iba pang kasama sa renewal na ito para sa Medi-Cal ay susuriin sa pamamagitan ng mga detalyeng binigay ng aking mga amo, mga banko, nang SSA, nang IRS, Franchise Tax Board, social services, at iba pang mga ahensiya para malaman kung ako o iba pang kasama dito ay kwalipikado para i-renew ang health insurance.
- Nauunawaan ko na kapag ang Medi-Cal ay nagbayad ng mga gastusing pang-medical, anumang perang makukuha ko ng ibang tao na kasama ko dito sa renewal form na ito, mula sa ibang health insurance o mga bayaring legal sa gastusing iyon ay mapupunta sa Medi-Cal hanggang mabayaran ng buo ang mga gastusin.
- Para sa mga magulang na may mga anak na kwalipikado sa Medi-Cal: Alam ko na ako ay tatanungin para tulungan ang ahensiya na kumokolekta ng suportang pang-medikal mula sa sinumang magulang sa renewal form na ito na hindi naninirahan kasama ng bata at hindi nagbibigay ng suporta para sa bata. Kung sa tingin ko ay mapapahamak ako o ang mga anak ko sa pagtulong, ipapa-alam ko sa programa ng Medi-Cal na hindi ko kina-kailangang tumulong.

Karapatan sa Pag-aapela

Kung sa tingin ko na ang programa ng Medi-Cal o Covered California ay nagkamali, maaari akong mag-apela sa kanilang desisyon. Ang ibig sabihin ng pag-aapela ay pagsasabi sa programa ng Medi-Cal o Covered California na mali ang kanilang desisyon at ako ay humuhingi ng patas na pagsusuri ng kanilang aksyon.

Alam ko na kailangan kong mag sumite ng apela sa loob ng 90 araw nang ginawa nila ang desisyon. Alam ko na maaari kong gawing kinatawan ang aking sarili o maaari akong kumuha ng ibang tao para gawing kinatawan sa aking pag-aapela, tulad ng awtorisadong kinatawan, kaibigan, kamag-anak, o abogado.

Alam ko na kung kailangan ko ng tulong, sinuman sa programa ng Medi-Cal, Covered California, o lokal na opisina sa aking county ay maaaring magpaliwanag ng aking kaso.

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-2430

Fax: 1-833-281-0905

Walang bayad pag tumawag: 1-855-795-0634 or

Walang bayad pag nag tanong at tinugunan: 1-800-952-5253 o TDD 1-800-952-8349

Patakaran sa Hindi Pagdi-diskrimina

Ang mga programang Medi-Cal (DHCS) at Covered California ay umaalinsunod sa naayong batas pederal at batas sibil ng estado, at hindi iligal na nagdi-diskrimina base sa lahi, kulay, relihiyon, etniko, lipi, pinagmulan o pagka-kakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanang pisikal, kondisyong medikal, impormasyong genetiko, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, o oryentasyong sekswal.

Hindi ibinubukod ng programang Medi-Cal (DHCS) at Covered California nang hindi naayon sa batas ang mga tao o tinatrato sila nang naiiba dahil sa lahi, kulay relihiyon, lipi, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanang pisikal, kondisyong medikal, impormasyong genetiko, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, o oryentasyong sekswal.

Ang programang Medi-Cal (DHCS) at Covered California ay nagbibigay ng libreng mga tulong at serbisyo sa mga tao na may kapansanan upang maayos na makipag-ugnay sa atin, tulad ng kwalipikadong mga interpreter ng sign language at nakasulat na impormasyon sa iba pang mga format (malalaking print, audio, naa-access na mga elektronikong format, at iba pang mga format).

Ang programang Medi-Cal (DHCS) at Covered California ay nagbibigay din ng libreng mga serbisyo sa wika sa mga taong ang pangunahing wika ay hindi Ingles, tulad ng mga kwalipikadong interpreter at impormasyong nakasulat sa ibang wika. Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnay sa DHCS Office of Civil Rights sa **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) o mag-email sa CivilRights@dhcs.ca.gov, o tumawag sa Covered California sa **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

Paghain ng Hinaing tungkol sa Diskriminasyon

Kung naniniwala ka na ang programang Medi-Cal (DHCS) o Covered California ay nabigo sa pagbigay ng mga serbisyong ito o ikaw nadiskrimina sa ibang paraan batay sa lahi, kulay, relihiyon, lipi, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanang pisikal, kondisyong medikal, impormasyong genetiko, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, o oryentasyong sekswal, maaari kang maghain ng hinaing sa Tagapangasiwa ng Karapatang Sibil ng programang Medi-Cal (DHCS's) Office of Civil Rights o Covered California:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

Telepono: 1-916-440-7370

(Ext. 711, CA State Relay)

Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

Makukuha ang mga form para sa pagreklamo sa Medi-Cal sa:

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

Covered California

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

Telepono: 1-916-228-8764

Fax: 1-916-228-8909

Email: CivilRights@covered.ca.gov

Maaari ka ring maghain ng hiwalay na reklamo sa karapatang sibil sa pederal na Office for Civil Rights sa U.S. Department of Health and Human Services. Maaari mong gawin ito kung naniniwala kang nadiskrimina ka batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian:

U.S. Department of Health and Human Services

Mail: 200 Independence Ave. SW Room 509F

HHH Building, Washington, DC 20201

Telepono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Online Complaint Portal Assistant: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Mga form para sa pagreklamo online: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf