

แบบฟอร์มขอต่ออายุ Medi-Cal

คุณสามารถรับแบบฟอร์มนี้ในภาษาอื่น หรือรูปแบบอื่นที่คุณต้องการได้ เพื่อขอความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โทร:

คุณอาจเสียสิทธิ์
Medi-Cal หากคุณไม่
ตอบภายใน

วันแจ้ง:
หมายเลขกรณี:
ชื่อกรณี:
ชื่อผู้ทำงาน:
หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ทำงาน:


เป็นเวลาที่ต้องต่ออายุเพื่อรับสิทธิประโยชน์สำหรับ


ชื่อ	วันเกิด
------	---------

สมาชิกในครัวเรือนที่ไม่อยู่ในแบบฟอร์มนี้จะได้รับจดหมายอีกหนึ่งฉบับซึ่งระบุสถานะ Medi-Cal ของพวกเขา


- ➔ ขั้นตอนที่ 1. อ่านแบบฟอร์มและตอบคำถามเหล่านี้
- ➔ ขั้นตอนที่ 2. ลงชื่อและวันที่ในหน้าสำหรับการแจ้งและลงนาม
- ➔ ขั้นตอนที่ 3. ส่งแบบฟอร์มโดยมีหลักฐานยืนยันว่าส่งก่อนวันหมดเขตของ


วิธีการง่าย ๆ ที่ในการส่งแบบฟอร์มและหลักฐานยืนยันให้เรา:

 ทางออนไลน์
ที่
หรือ coveredca.com.

 ทางจดหมาย
ในซองจดหมายที่มาพร้อม
กับจดหมายฉบับนี้

 ทางโทรศัพท์
ที่หมายเลข

 ด้วยตนเอง
ส่งไปที่
ณ
เปิดตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์
a.m. to p.m.

 หากมีคำถามให้ถามที่สำนักงานท้องถิ่นประจำเขตที่
หมายเลข ก่อนวันหมดอายุ

ข้อมูลที่ติดต่อของคุณ

↓ ตรวจสอบข้อมูลของคุณ	↓ อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลเพิ่มเติมด้านล่าง
<input type="checkbox"/> ข้อมูลนี้ถูกต้อง หากถูกต้อง ไปที่หน้า 3	<input type="checkbox"/> ฉันได้อัปเดตข้อมูลด้านล่างของฉันแล้ว เขียนเฉพาะข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่ได้รับการเปลี่ยนแปลง
ชื่อ	ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)
ที่อยู่	ที่อยู่ อพาร์ทเมนต์ #
	เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์
ที่จัดส่งไปรษณีย์	ที่จัดส่งไปรษณีย์ (หากต่างจากที่อยู่ที่บ้าน หรือหากคุณไม่มีที่อยู่ที่บ้าน)
	เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์	โทรศัพท์ บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ ที่ทำงาน _____ อื่น ๆ _____
อีเมล	อีเมล (ใส่หรือไม่ใส่ก็ได้):
ภาษาที่จะใช้เขียนถึงคุณ คือ	ภาษาที่จะใช้เขียนถึงคุณ คือ
ภาษาที่จะใช้พูดกับคุณ คือ	ภาษาที่จะใช้พูดกับคุณ คือ
	วิธีการที่ดีที่สุดในการติดต่อ คุณ <input type="checkbox"/> อีเมล <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> จดหมาย

คุณจำเป็นต้องมีตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจหรือไม่

ติดต่อสำนักงานท้องถิ่นประจำเขตของคุณที่หมายเลข
หากคุณต้องการ

- มอบหมายถึงมอบอำนาจให้ตัวแทน เช่นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล ผู้รับมอบอำนาจ หรือทนายความเพื่อติดตามช่วยเหลือ หรือเป็นตัวแทนในการตรวจสอบสิทธิ์และลงทะเบียน Medi-Cal
- เปลี่ยนตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจของคุณ



หากคุณต้องการเพิ่มบุคคลหรือข้อมูลไม่ว่าในส่วนใดก็ตาม โปรดเขียนบนเอกสารอีกแผ่นหนึ่ง (หรือคุณอาจทำสำเนาของเอกสารหน้านี้) และส่งพร้อมกับแบบฟอร์มขอต่ออายุของคุณ

สมาชิกในครัวเรือน

เราต้องการข้อมูลเกี่ยวกับคุณและสมาชิกในครัวเรือนของคุณ

คุณทุกคน ซึ่งรวมถึง

- คู่สมรสหรือผู้จดทะเบียนอยู่กินร่วมกัน
- บุตรที่อาศัยอยู่กับคุณ
- บุพการีที่อาศัยที่บ้านกับบุตรของพวกเขา
- คนที่มีข้อมูลในการขอคืนภาษีเงินได้ของคุณจากรัฐบาลกลาง หากคุณยื่นแค่คนเดียว คุณไม่จำเป็นต้องยื่นภาษีเพื่อสมัครขอรับประกันสุขภาพ
- หากคุณแจ้งว่าเป็นบริวารในการขอภาษีคืนของใครคนหนึ่ง คุณจะต้องรวมรายชื่อสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่ยื่นภาษีโดยอ้างถึงคุณ และสมาชิกครอบครัวที่อยู่กับคุณ
- บุคคลใดก็ตามที่อยู่กับคุณจะต้องยื่นสมัครให้ตัวเองหากพวกเขาต้องการประกันสุขภาพ (เช่น แฟนหรือเพื่อนร่วมห้อง)

ตรวจสอบข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนของคุณ

ชื่อ	ความสัมพันธ์กับ	ที่อยู่	สิ่งนี้ถูกต้องใช่หรือไม่ หากใช่ ไปยังส่วนต่อไป หากไม่ใช่ ให้อัปเดตด้าน ล่าง
			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่

ไปยังหน้าต่อไป »

อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลสมาชิกใหม่ในครัวเรือน

บอกเราเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในครัวเรือนของคุณในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

เช่น มีสมาชิกในครัวเรือนสมรส มีบุตร ย้ายเข้ามาหรือย้ายออกไปจากบ้าน ถูกจองจำ หรือมีใครในครัวเรือนเสียชีวิตหรือไม่

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	ความสัมพันธ์กับ	เปลี่ยนแปลงอะไร
1.		
2.		
3.		

ข้อมูลภาษี

ผู้เสียภาษีหลักคือคนที่ถูกระบุเป็นชื่อแรกของรายชื่อในแบบขอคืนภาษีและในตารางนี้

ตรวจสอบข้อมูลภาษีของคุณ

ชื่อ	บุคคลนี้วางแผนยื่นขอภาษีคืนจากรัฐบาลกลางหรือไม่	บุคคลนี้จะต้องยื่นภาษีหรือไม่	สถานการณ์ยื่นภาษีของบุคคลนี้เป็นอย่างไร	สิ่งนี้ถูกต้องใช่หรือไม่ หากใช่ไปยังส่วนต่อไป หากไม่ใช่ให้อัปเดตรายละเอียดด้านล่าง
ผู้ยื่นภาษีหลัก				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่

อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลภาษีใหม่

มีการเปลี่ยนแปลงผู้ยื่นภาษีหลักของคุณใช่หรือไม่ (บุคคลที่มีรายชื่อเป็นคนแรกในแบบขอคืนภาษี)

ใช่ ไม่ หากใช่ ชื่อผู้ยื่นภาษีหลัก _____

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	บุคคลนี้วางแผนยื่นขอภาษีคืนจากรัฐบาลกลางหรือไม่	บุคคลนี้จะต้องยื่นภาษีหรือไม่	สถานการณ์ยื่นภาษีของบุคคลนี้เป็นอย่างไร
1.	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> สมรส ยื่นร่วมกับ _____ <input type="checkbox"/> สมรส ยื่นแยกกัน <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> บริวาร ถูกอ้างถึงโดย _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ผู้ที่ต้องยื่นภาษี
2.	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่	<input type="checkbox"/> สมรส ยื่นร่วมกับ _____ <input type="checkbox"/> สมรส ยื่นแยกกัน <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> เจ้าบ้าน <input type="checkbox"/> บริวาร ถูกอ้างถึงโดย _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ผู้ที่ต้องยื่นภาษี

รายได้

รายได้เป็นเงินที่คุณได้จากงาน การประกอบอาชีพอิสระ หรือจากแหล่งที่มาอื่น ๆ เช่น Social Security หรือบำนาญ คุณจะต้องยื่นหลักฐานรายได้ทั้งหมด เช่น

- สลิปเงินเดือนปัจจุบัน
- หนังสือรับรองรายได้หรือประโยชน์
- แบบขอคืนภาษีของปีที่แล้ว

ตรวจสอบข้อมูลรายได้ของคุณ

ชื่อ	แหล่งที่มาของรายได้	ยอดรวมก่อนหักภาษีและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (รายได้ที่ต้องหักภาษีให้รัฐบาลกลาง)	บ่อยเท่าใด (รายปี, รายเดือน, ราย 2 สัปดาห์, เดือนละสองครั้ง, รายสัปดาห์, รายวัน, หรือ รายชั่วโมง)	สิ่งนี้ถูกต้องใช่หรือไม่ หากใช่ ไปยังส่วนถัดไป หากไม่ใช่ ระบุวันสุดท้ายที่คุณได้รายได้นี้ แล้วอัปเดตหรือเพิ่มด้านล่าง
		\$		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ ____/____/____
		\$		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ ____/____/____
		\$		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ ____/____/____

[ไปยังหน้าถัดไป »](#)

อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลรายได้ใหม่

ตัวอย่างประเภทรายได้ที่พบบ่อย ๆ

- รายได้จากงานของคุณ
- รายได้จากการประกอบอาชีพอิสระ
- Social Security เงินเกษียณ เงินบำนาญสำหรับคู่สมรสที่ยังมีชีวิต และประโยชน์ของผู้พิการ
- ประโยชน์จากการเป็นผู้ว่างงาน
- การรับเงินช่วยเหลือจากคู่สมรส: กรอกวันล่าสุดหรือวันที่ที่เปลี่ยนแปลง ที่คุณได้จดทะเบียนหย่าหรือทำข้อตกลงเพื่อแยกกันอยู่ (เดือน/วัน/ปี) ที่นี่
_____ / _____ / _____

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	แหล่งเงิน ได้นี้มาจาก ไหน	ยอดรวมก่อนหัก ภาษีและค่าใช้จ่าย อื่นๆ (รายได้ที่ต้อง หักภาษีให้รัฐบาล กลาง)	วันเริ่ม (เดือน, วัน, ปี)	บ่อยเท่าใด (ราย ปี, รายเดือน, ราย 2 สัปดาห์, เดือน ละสองครั้ง, ราย สัปดาห์, รายวัน, หรือ รายชั่วโมง)	คาดว่ารายได้นี้ จะเป็นรายได้ ต่อเนื่องหรือไม่ หากไม่ให้ระบุวัน สุดท้ายที่คุณคาดว่าจะได้รับรายได้
1.		\$			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ ____ / ____ / ____

มีรายได้ของผู้ใดเปลี่ยนแปลงในแต่ละเดือนใช่หรือไม่

ใช่ ไม่ หากใช่ โปรดระบุรายได้รวมว่าจะมีจำนวนเท่าใดในอีก 12 เดือนข้างหน้า สิ่งนี้มีเพื่อช่วยให้จำนวนเงินได้รายปีถูกต้อง

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	รายได้ที่คุณคาดว่าจะได้รับใน 12 เดือน ข้างหน้ามีจำนวนเท่าใด
1.	\$
2.	\$

ค่าใช้จ่ายและเงินหัก

รายงานค่าใช้จ่ายและเงินหักที่คุณได้ชำระอาจทำให้รายได้ที่ Medi-Cal พิจารณาสีทธิขอ ว่าคุณมีจำนวนน้อยลง คุณจะต้องแนบเอกสารยืนยันค่าใช้จ่ายและเงินหักต่าง ๆ อาทิ

- งบกำไรขาดทุน
- แบบขอคืนภาษี

ตรวจสอบข้อมูลค่าใช้จ่ายและเงินหัก

ชื่อ	ประเภทค่าใช้จ่ายและเงินหัก	จำนวน	บอຍเท่าใด (รายเดือน, รายไตรมาส, รายปี)	สิ่งนี้ถูกต้องหรือไม่ หากไม่ อัปเดตและเพิ่มข้อมูลด้านล่าง
		\$		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
		\$		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่

อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลค่าใช้จ่ายและเงินหักใหม่ ๆ

ตัวอย่างค่าใช้จ่ายและเงินหักที่พบได้บ่อย

- ค่าใช้จ่ายจากการประกอบอาชีพอิสระ
- ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อการศึกษา
- เงินสมทบ IRA
- ค่าอุปการะเลี้ยงดู: กรอกวันล่าสุดหรือวันที่เปลี่ยนแปลงล่าสุดที่คุณทำการหย่าหรือทำข้อตกลงแยกกันอยู่ (เดือน/วัน/ปี) ที่นี้: _____ / _____ / _____

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	ประเภทค่าใช้จ่ายหรือเงินหัก	จำนวน	บอຍเท่าใด (รายเดือน, รายไตรมาส, รายปี)
1.		\$	
2.		\$	

การคุ้มครองของ Medicare

หากคุณไม่แน่ใจว่าคุณได้สมัครรับความคุ้มครองในส่วนใดบ้างของ Medicare โทร 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

ตรวจสอบข้อมูล Medicare ของคุณ

ชื่อ	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน A (ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล)	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน B (ผู้ป่วยนอกที่รับบริการบริการทางการแพทย์)	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน C (สิทธิประโยชน์ของ Medicare)	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน D (เภสัชกรรม)	สิ่งนี้ถูกต้องใช่หรือไม่ ถ้าใช่ไปในส่วนต่อไป ถ้าไม่ใช่ให้อัปเดตด้านล่าง
					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่

อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลใหม่ของ Medicare

หากคุณหรือใครก็ตามในครัวเรือนของคุณเพิ่งมีคุณสมบัติที่จะได้รับประโยชน์จาก Medicare หรือหากคุณได้ชำระเบี้ยประกันเพื่อตัวคุณเองหรือใครก็ตามในครัวเรือนของคุณ ให้กรอกข้อมูลด้านล่างนี้

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	หมายเลข Medicare	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน A (ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล)	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน B (ผู้ป่วยนอกที่รับบริการบริการทางการแพทย์)	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน C (สิทธิประโยชน์ของ Medicare)	เบี้ยประกันรายเดือน ส่วน D (เภสัชกรรม)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

การดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวคือบริการที่ตอบสนองความต้องการด้าน สุขภาพและการดูแลเฉพาะบุคคลเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถดูแล ตนเองได้ ในระยะยาว โดยมีผู้ให้บริการ อาทิ

- สถานพยาบาลที่มีทักษะการดูแลทางการแพทย์
- บ้านพักคนชราที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์
- สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ตรวจสอบข้อมูลการดูแลระยะยาวของคุณ

ชื่อของคนที่ได้รับการดูแลระยะยาว	ชื่อสถานดูแลระยะยาว	ที่อยู่สถานดูแลระยะยาว	สิ่งนี้ถูกต้องใช่หรือไม่ ถ้าใช่ไปยังส่วนต่อไป ถ้าไม่ใช่ให้อัปเดตรายด้านล่าง
			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลการดูแลระยะยาวของคุณ

คนที่ 1		
ชื่อของคนที่ได้รับการดูแลระยะยาว (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเข้ารักษา (เดือน/วัน/ปี) ____ / ____ / ____	วันออกจากสถานที่รักษา (เดือน/วัน/ปี) ____ / ____ / ____
ชื่อสถานดูแลระยะยาว	ที่อยู่สถานดูแลระยะยาว	
ชื่อผู้สมรสหรือผู้จดทะเบียนอยู่กินร่วมกัน (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	ที่อยู่ของผู้สมรสหรือผู้จดทะเบียนอยู่กินร่วมกัน หากเป็นคนละที่	
คนที่ 2		
ชื่อของคนที่ได้รับการดูแลระยะยาว (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเข้ารักษา (เดือน/วัน/ปี) ____ / ____ / ____	วันออกจากสถานที่รักษา (เดือน/วัน/ปี) ____ / ____ / ____
ชื่อสถานดูแลระยะยาว	ที่อยู่สถานดูแลระยะยาว	
ชื่อผู้สมรสหรือผู้จดทะเบียนอยู่กินร่วมกัน (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	ที่อยู่ของผู้สมรสหรือผู้จดทะเบียนอยู่กินร่วมกัน หากเป็นคนละที่	

ประกันสุขภาพอื่น ๆ

บอกให้เราทราบเกี่ยวกับการคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างอื่นที่คุณมี ซึ่งไม่ใช่ของ Medi-Cal หรือ Medicare เช่น คุณอาจมีประกันสุขภาพจาก Covered California หรือจากการงานของสมาชิกในครอบครัว

หากคุณไม่มีประกันสุขภาพอื่น ๆ ให้ข้ามส่วนนี้และไปยังส่วนต่อไป

ตรวจสอบข้อมูลด้านการประกันสุขภาพของคุณ

ชื่อ	บริษัทประกัน	ประเภทประกัน (เช่น สุขภาพ ฟัน การมองเห็น และ เกสซ์กรรม)	จำนวนเบี้ยประกันที่คุณชำระ	บอຍเท่าใด (รายเดือน, รายไตรมาส, รายปี)	สิ่งนี้ถูกต้องใช่หรือไม่ ถ้าใช่ ไปยังส่วนต่อไป ถ้าไม่ใช่ให้ อัปเดตด้านล่าง
			\$		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
			\$		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่

อัปเดตหรือเพิ่มข้อมูลประกันสุขภาพใหม่

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	บริษัทประกัน	ประเภทประกัน (เช่น สุขภาพ ฟัน การมองเห็น และ เกสซ์กรรม)	จำนวนเบี้ยประกันที่คุณชำระ	บอຍเท่าใด (รายเดือน, รายไตรมาส, รายปี)
1.			\$	
2.			\$	

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในครัวเรือน

กรอกข้อมูลด้านล่างหากคุณตอบว่าใช่ ในคำถามข้อใดก็ตาม

Medi-Cal

มีใครในครัวเรือนของคุณที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจาก Medi-Cal และต้องการสมัครรับความคุ้มครองใช่หรือไม่ ถ้าใช่ กรอกข้อมูลด้านล่าง

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเกิด (เดือน/วัน/ปี)	หมายเลข Social Security ของผู้ที่ต้องการสมัคร Medi-Cal หากมี ____ - ____ - ____
------------------------------------	------------------------	--

ผู้ตั้งครุภ

มีใครในครัวเรือนของคุณที่ตั้งครุภใช่หรือไม่ หากใช่ให้กรอกข้อมูลด้านล่างนี้

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	วันกำหนดคลอด (เดือน/วัน/ปี) ____ / ____ / ____	คาดว่าจะมีทารกกี่คน
------------------------------------	---	---------------------

เยาวชนที่เคยเป็นผู้ได้รับอุปการะ

หากมีคนในครัวเรือนของคุณที่มีอายุ 18 ถึง 26 ปี พวกเขาเคยเป็นเยาวชนในอุปการะของรัฐใด ณ วันที่มีอายุครบ 18 ปีใช่หรือไม่ หากใช่ให้กรอกข้อมูลด้านล่าง

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	รัฐ (เช่น: California)
------------------------------------	------------------------

การเข้าเมืองหรือการเป็นพลเมือง (ข้อมูลนี้ใช้ได้เพื่อพิจารณาการคุ้มครองทางสุขภาพเท่านั้น)

มีใครในครัวเรือนของคุณที่มี Medi-Cal และได้เปลี่ยนสถานการณเข้าเมืองและพลเมืองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาใช่หรือไม่ หากใช่ให้กรอกข้อมูลด้านล่าง

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	หมายเลขสถานะใหม่
------------------------------------	------------------

ความพิการ

มีใครในครัวเรือนของคุณมีความพิการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการใช่หรือไม่ หากใช่ให้กรอกข้อมูลด้านล่าง

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	ความพิการดังกล่าวเป็นผลมาจากการบาดเจ็บหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
------------------------------------	--

นักเรียน

มีใครในครัวเรือนของคุณที่มีอายุ 19 หรือ 20 ปีและเป็นนักเรียนแบบเต็มเวลาใช่หรือไม่ หากใช่ ให้กรอกข้อมูลด้านล่าง
ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)

Medicare

มีใครในครัวเรือนของคุณมี Medicare ใช่หรือไม่ หากใช่ ให้กรอกข้อมูลด้านล่าง

ชื่อ (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	เลข Medicare	เบี้ยประกันรายเดือนที่คุณชำระ \$
------------------------------------	--------------	-------------------------------------

การดูแลระยะยาว

มีใครในครัวเรือนของคุณได้รับการดูแลระยะยาวใช่หรือไม่ หากใช่ ให้กรอกข้อมูลด้านล่าง

ชื่อของคนที่ได้รับการดูแลระยะยาว (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	วันเข้ารับรักษา (เดือน/วัน/ปี) ____/____/____	วันออกจากสถานพัก ษา (เดือน/วัน/ปี) ____/____/____
ชื่อสถานดูแลระยะยาว	ที่อยู่สถานดูแลระยะยาว	
ชื่อคู่สมรสหรือผู้จดทะเบียนอยู่กินร่วมกัน (ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล)	ที่อยู่ของคู่สมรสหรือผู้จดทะเบียนอยู่กินร่วมกัน หากเป็นคนละที่	

ข้อมูลที่รายงานไปยังเขต

รายงานของเราระบุว่าคนนี้กำลังถูกจำคุก (คุกหรือเรือนจำ)

ชื่อ	บุคคลนี้ถูกจำคุกใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ หากไม่ใช่ให้กรอกวันที่ถูกปล่อยตัว ____/____/____
------	---

รายงานของเราระบุว่าคนนี้เสียชีวิต (ตายเพราะเหตุกะทันหันหรือความชรา)

ชื่อ	บุคคลดังกล่าวเสียชีวิตใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
------	---

ข้อมูลและผู้ส่งต่อผู้ป่วยโปรแกรมประกันสุขภาพ

ส่วนนี้จะกรอกหรือไม่ก็ได้ คุณสามารถเลือกไม่ตอบก็ได้ แต่คำตอบของคุณจะช่วยให้เราส่งให้คุณได้รับบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่

1. คุณต้องการข้อมูลโปรแกรมประกันสุขภาพที่ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 21 (Child Health and Disability Prevention Program หรือที่เรียกกันว่า CHDP) ใช่หรือไม่

ใช่ ไม่

2. คุณต้องการข้อมูลโปรแกรมอาหารเสริมที่ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคนที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี (Women, Infants, and Children Program, หรือที่เรียกว่า WIC)? ใช่หรือไม่

ใช่ ไม่

3. มีสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในบ้านได้รับการที่เกี่ยวข้องกับการฟอกไตใช่หรือไม่

ใช่ ไม่ หากใช่ใคร _____

4. มีสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในบ้านได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะภายใน 2 ปีที่ผ่านมาหรือไม่

ใช่ ไม่ หากใช่ใคร _____

5. คุณต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ Personal Care Services Program ซึ่งเป็นโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับคนชรา คนตาบอด หรือคนพิการ (หรือเรียกกันว่า In-Home Supportive Services) ใช่หรือไม่

ใช่ ไม่

6. มีใครในครัวเรือนของคุณต้องการความช่วยเหลือในลักษณะการดูแลระยะยาว หรือบริการดูแลสุขภาพของชุมชนหรือที่บ้าน ใช่หรือไม่

ใช่ ไม่ หากใช่ใคร _____

การแจ้งและการลงนาม

- ข้าพเจ้าขอรับรองภายใต้บทลงโทษและกฎหมายว่าด้วยการให้ข้อมูลเท็จของรัฐ California ว่าสิ่งที่ข้าพเจ้าได้กล่าวต่อไปนี้ ถูกต้องและเป็นความจริง
- ข้าพเจ้าเข้าใจคำถามทุกข้อในแบบฟอร์มต่ออายุ และให้คำตอบที่ถูกต้องและเป็นความจริงที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ สำหรับสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ทราบ ข้าพเจ้าก็ได้พยายามหาข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อรับรองคำตอบของข้าพเจ้ากับคนที่ทราบเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านหรือมีคนอ่านคำแถลงว่าด้วยความเป็นส่วนตัว สิทธิ และความรับผิดชอบในหน้าถัดไปจากนี้แล้ว
- ข้าพเจ้าทราบว่าหากข้าพเจ้าไม่ได้ระบุความจริงในแบบฟอร์มต่ออายุนี้ อาจมีโทษทางแพ่งหรืออาญาที่อาจรวมกันแล้ว เป็นโทษจำคุกสูงถึงสี่ปี (ดู California Penal Code section 126) ข้าพเจ้ารู้ว่าข้อมูลในแบบฟอร์มต่ออายุนี้จะใช้เพื่อพิจารณาว่าคนที่สมัครมีคุณสมบัติที่จะได้รับประกันสุขภาพหรือไม่ โปรแกรมของ Medi-Cal และ Covered California จะเก็บข้อมูลไว้เป็นข้อมูลส่วนตัว ตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐ California
- หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในแบบฟอร์มต่ออายุ ที่เป็นข้อมูลของใครก็ตามที่สมัครประกันสุขภาพ ข้าพเจ้ายินดีแจ้งให้โปรแกรม Medi-Cal รับทราบ หรือจะติดต่อสำนักงานท้องถิ่นประจำเขตภายใน 10 วันหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ขึ้น หากข้าพเจ้ามีประกันของ Covered California แล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะแจ้งการเปลี่ยนแปลงทุกอย่างภายใน 30 วัน

ลงนามและระบุวันที่ด้านล่าง

ลายเซ็นผู้สมัคร/ ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)
---	-----------------------

จำว่าจะต้องแนบเอกสารยืนยันที่เป็นปัจจุบันหากต้องใช้ และทำสำเนาเสริมหรือสำเนาเพิ่มเติมทั้งหมด

บันทึกไว้เป็นข้อมูลของคุณ

เอกสารหน้าเหล่านี้มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคำแถลงว่าด้วยความเป็นส่วนตัว สิทธิ และความรับผิดชอบ สิทธิในการอุทธรณ์ นโยบายว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติ และการแจ้งเหตุร้องทุกข์จากการเลือกปฏิบัติ

คำแถลงว่าด้วยความเป็นส่วนตัว

แบบฟอร์มต่ออายุฉบับนี้มีเพื่อต่ออายุสิทธิประโยชน์ของ Medi-Cal ผ่าน Department of Health Care Services (DHCS) และพิจารณาคุณสมบัติในการสมัครประกันชีวิตผ่าน Covered California ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ที่คุณให้ไว้จะถือว่าเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและเป็นความลับ DHCS หรือ Covered California ต้องการข้อมูลนี้เพื่อระบุตัวตนของคุณ และผู้อื่นในแบบฟอร์มต่ออายุนี้และการบริการโปรแกรม

เราจะแบ่งปันข้อมูลของคุณกับสำนักงานของรัฐอื่น ๆ รัฐบาลกลาง สำนักงานท้องถิ่น หรือผู้ให้บริการ สำนักแผนประกันสุขภาพ และโครงการอื่น ๆ เพื่อให้คุณได้รับการลงทะเบียนในแผนหรือโครงการ หรือเพื่อบริหารจัดการโครงการ กับรัฐอื่นหรือหน่วยงานของรัฐบาลกลางตามที่กฎหมายกำหนด

คุณจะต้องตอบคำถามทุกข้อในใบสมัครฉบับนี้ ยกเว้นที่มีคำว่า “เลือกกรอกหรือไม่ก็ได้” หรือได้รับคำชี้แจงให้เป็นอย่างอื่น หากแบบฟอร์มต่ออายุของคุณขาดข้อมูลใดก็ตามที่เราต้องการ เราจะติดต่อคุณเพื่อให้ได้ข้อมูลนั้นมา หาก你不ให้ข้อมูลดังกล่าว ทางเราจะไม่สามารถพิจารณาต่ออายุได้ คุณอาจต้องสมัครใหม่ หรือคุณอาจไม่สามารถได้รับประกันสุขภาพผ่าน Covered California หรือใบสมัครต่ออายุสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ อาจถูกปฏิเสธ

โดยส่วนใหญ่แล้ว คุณมีสิทธิที่จะได้ดูข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวกับคุณ ซึ่งอยู่ในบันทึกของรัฐบาลกลางและของรัฐ คุณสามารถดูได้ในรูปแบบทางเลือกเช่นการพิมพ์ข้อมูลแบบขยายขนาดหากคุณต้องการ เพื่อรับข้อมูลเพิ่มเติมหรือต้องการดูบันทึกของ Covered California ติดต่อสำนักงานความเป็นส่วนตัวของคุณ

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

โทรศัพท์ : 1-866-866-0602

TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

โทรศัพท์ : 1-800-300-1506

TTY: 1-888-889-4500

DHCS จะปฏิบัติตามกฎหมาย 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, และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องว่าด้วยการจัดเก็บ ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้

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

คุณสามารถดูหนังสือแจ้งเรื่องการปฏิบัติงานเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของข้อมูลที่โปรแกรม Medi-Cal ที่ www.dhcs.ca.gov และสำหรับ Covered California ที่ www.CoveredCA.com.

สิทธิและความรับผิดชอบ

- ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในแบบฟอร์มต่ออายุนี้เป็นความจริงมากที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าจะทราบได้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าอาจได้รับโทษหากข้าพเจ้าไม่บอกความจริง
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้นี้จะใช้เพื่อพิจารณาว่าสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าที่ขอต่ออายุประกันสุขภาพมีคุณสมบัติหรือไม่
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าโปรแกรม Medi-Cal และ Covered California จะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นข้อมูลส่วนตัวตามที่กำหนดโดยกฎหมาย สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม หรือการเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวในบันทึกที่โปรแกรม Medi-Cal หรือ Covered California เก็บไว้ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อสำนักงานท้องถิ่นในเขตที่ข้าพเจ้าอาศัย หรือข้าพเจ้าสามารถติดต่อสำนักงานความเป็นส่วนตัวของข้อมูลของ Covered California ที่หมายเลข **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500)
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการที่จะมีคุณสมบัติรับการคุ้มครองจาก Medi-Cal นั้น ข้าพเจ้าจะต้องยื่นขอรับรายได้หรือประโยชน์อื่นซึ่งข้าพเจ้าหรือสมาชิกคนใดในครัวเรือนของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ ยกเว้นหากเรามีเหตุผลที่เหมาะสมพอที่จะไม่กระทำเช่นนั้น ตัวอย่างของรายได้และประโยชน์ต่าง ๆ ได้แก่ เงินบำนาญ สิทธิประโยชน์จากรัฐ เงินเกษียณ เงินทหารผ่านศึก เงินได้รายปี เงินสำหรับผู้พิการ ประโยชน์จาก Social Security (หรือเรียกว่า OASDI หรือ Old Age, Survivors, and Disability Insurance) และประโยชน์ในกรณีว่างงาน แต่เงินได้หรือประโยชน์เหล่านี้จะไม่รวมกับสิทธิประโยชน์ที่เป็นความช่วยเหลือของสังคม เช่น CalWORKs หรือ CalFresh หากข้าพเจ้ามีคำถามเกี่ยวกับแหล่งที่มาของรายได้ ข้าพเจ้าสามารถโทรหาสำนักงานท้องถิ่นในเขตที่ข้าพเจ้าอาศัย หรือ Covered California ที่หมายเลข **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) เพื่อรับความช่วยเหลือ
- หากพบว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติได้รับความคุ้มครองจาก Medi-Cal ข้าพเจ้าจะต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิประจำเขตทราบว่ามีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณสมบัติของข้าพเจ้าในการทำประกันสุขภาพภายใน 10 วันหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นให้สำนักงานท้องถิ่นประจำเขตที่ข้าพเจ้าอาศัยรับทราบ การเปลี่ยนแปลงนั้นรวมถึงแต่ไม่จำกัดกรณีดังต่อไปนี้
 - » ข้าพเจ้าย้ายที่พักอาศัย
 - » รายได้ของข้าพเจ้าเปลี่ยนแปลง
 - » มีการเปลี่ยนแปลงในครัวเรือนของข้าพเจ้า (เช่น การสมรส/ การหย่า การตั้งครรภ์ หรือการมีบุตร)
 - » ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติทำประกันสุขภาพอื่น
- หากข้าพเจ้าลงทะเบียนใน Covered California ข้าพเจ้าเข้าใจว่าจะต้องรายงานการเปลี่ยนแปลงภายใน 30 วัน ข้าพเจ้าสามารถโทรหา Covered California ได้ที่หมายเลข **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) หรือเข้าเว็บไซต์ **CoveredCA.com**.
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าจะต้องแจ้งการเปลี่ยนแปลงของรายได้ให้สำนักงานท้องถิ่นที่ข้าพเจ้าอาศัยทราบเพราะสิ่งนี้อาจมีผลต่อคุณสมบัติในการได้รับประโยชน์จาก Medi-Cal หรือ Covered California ที่ข้าพเจ้าพึงได้ตามจำนวนเงินช่วยเหลือที่กำหนดโดยรัฐบาลกลางหรือแต่ละรัฐ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าได้รับเงินช่วยเหลือมากเกินไปในระหว่างปีที่มีสิทธิรับผลประโยชน์นั้น ข้าพเจ้าจะต้องชดใช้เงินประกันช่วยเหลือหรือเงินช่วยเหลือของรัฐส่วนที่เกินมาให้ IRS หรือ California Franchise Tax Board เมื่อข้าพเจ้ายื่นภาษีเงินได้ให้รัฐบาลกลางหรือรัฐในปีที่มีสิทธิรับผลประโยชน์นั้น
- ข้าพเจ้าอนุญาตให้ Covered California และโปรแกรม Medi-Cal ตรวจสอบบันทึกในคอมพิวเตอร์ของสำนักงานอื่นเพื่อตรวจสอบสถานการณ์เป็นพลเมืองและตรวจสอบว่าข้าพเจ้าอยู่ใน U.S. อย่างถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ ข้อมูลภาษีและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของข้าพเจ้าเท่านั้น เพื่อพิจารณาว่าข้าพเจ้าและบุคคลอื่นที่มีชื่อระบุในใบขอต่ออายุนั้นมีคุณสมบัติได้รับประกันสุขภาพหรือไม่

- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าตามกฎหมายแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเองและผู้อื่นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบขอต่ออายุ Medi-Cal ฉบับนี้ จะได้รับการตรวจสอบโดยคอมพิวเตอร์ตามข้อเท็จจริงที่นายจ้าง ธนาคาร SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board สำนักงานบริการสังคม และหน่วยงานอื่น ๆ ได้ให้ไว้ เพื่อพิจารณาว่าข้าพเจ้าและบุคคลอื่นในใบขอต่ออายุนี้มีคุณสมบัติได้รับประกันสุขภาพหรือไม่
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Medi-Cal จะชำระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้าและบุคคลใดก็ตามในใบขอต่ออายุพึงได้รับจากประกันสุขภาพอื่น ๆ หรือเงินชดเชยทางกฎหมายใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะถูกนำส่งให้ Medi-Cal เพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายจนกว่าจะชำระครบจำนวน
- สำหรับบิดามารดาที่บุตรหนึ่งคนหรือหลายคนมีคุณสมบัติได้รับความคุ้มครองจาก Medi-Cal ข้าพเจ้ารู้ว่าข้าพเจ้าจะถูกขอให้ช่วยหน่วยงานเก็บอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์จากบิดามารดา ที่ระบุชื่อในแบบฟอร์มขอต่ออายุนี้ โดยบิดามารดาอาจไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรและไม่ได้ส่งอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ให้บุตร หากข้าพเจ้าเห็นว่าการช่วยเหลือจะก่อให้เกิดอันตรายต่อข้าพเจ้าหรือบุตรของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถแจ้งโปรแกรม Medi-Cal และข้าพเจ้าไม่จำเป็นต้องช่วยเหลือ

สิทธิ์ในการอุทธรณ์

หากข้าพเจ้าเห็นว่าโปรแกรม Medi-Cal หรือ Covered California ได้ทำผิดพลาด ข้าพเจ้าสามารถอุทธรณ์การพิจารณาได้ การอุทธรณ์หมายถึงการบอกเจ้าหน้าที่ของโปรแกรม Medi-Cal หรือ Covered California ว่าข้าพเจ้าคิดว่า การตัดสินใจของพวกเขานั้นผิดพลาดและขอให้มีการตรวจสอบการดำเนินการอย่างยุติธรรม

ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าจะต้องยื่นอุทธรณ์ภายใน 90 วันหลังจากมีการพิจารณา ข้าพเจ้ารู้ว่าข้าพเจ้าสามารถกระทำการด้วยตนเองหรือมีคนอื่นเป็นตัวแทนเพื่ออุทธรณ์แทนข้าพเจ้า เช่น ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ เพื่อน ญาติ หรือทนายความ

ข้าพเจ้ารู้ว่าหากข้าพเจ้าต้องการความช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ที่โปรแกรม Medi-Cal หรือ Covered California หรือสำนักงานท้องถิ่นที่ข้าพเจ้าอาศัยอยู่สามารถอธิบายกรณีต่าง ๆ ให้ข้าพเจ้าทราบ

California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, California 94244-2430

แฟกซ์: 1-833-281-0905

โทรศัพท์แบบไม่เสียค่าใช้จ่าย: 1-855-795-0634 หรือ

บริการสอบถามโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย: 1-800-952-5253 หรือ TDD 1-800-952-8349

นโยบายการไม่เลือกปฏิบัติ

โปรแกรม Medi-Cal (DHCS) และ Covered California ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิของพลเมืองแห่งรัฐบาลกลางและรัฐ และจะไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคลใด เนื่องด้วยเชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ชาติกำเนิด ชาติพันธุ์ อายุ ความพิการทางจิตใจ ความพิการทางร่างกาย สุขภาพ ข้อมูลพันธุกรรม สถานะสมรส เพศ เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ

โปรแกรม Medi-Cal (DHCS) และ Covered California จะไม่ยกเว้นการปฏิบัติหรือปฏิบัติกับบุคคลใดอย่างแตกต่างจากบุคคลอื่นเนื่องด้วยเชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ชาติกำเนิด ชาติพันธุ์ อายุ ความพิการทางจิตใจ ความพิการทางร่างกาย สุขภาพ ข้อมูลพันธุกรรม สถานะสมรส เพศ เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ

โปรแกรม Medi-Cal (DHCS) และ Covered California จะให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ แก่ผู้พิการโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เพื่อให้สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับเรา เช่นล่ามภาษามือที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และเอกสารในรูปแบบอื่น (พิมพ์ขนาดใหญ่ เอกสารเสียง เอกสารรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้ และรูปแบบอื่น ๆ)

โปรแกรม Medi-Cal (DHCS) และ Covered California จะให้บริการภาษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษ เป็นภาษาแม่ เช่น การจัดหาล่ามและข้อมูลในภาษาอื่น ๆ หากคุณต้องการบริการเหล่านี้ ติดต่อ DHCS Office of Civil Rights ที่หมายเลข **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) หรืออีเมลที่ CivilRights@dhcs.ca.gov, หรือติดต่อ Covered California ที่หมายเลข **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

การยื่นเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ

หากคุณเชื่อว่าโปรแกรม Medical (DHCS) หรือ Covered California ไม่สามารถให้บริการเหล่านี้ หรือคุณถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะด้วยวิธีใด อันเนื่องด้วย เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษชาติกำเนิด ชาติพันธุ์ อายุ ความพิการทางจิตใจ ความพิการทางร่างกาย สุขภาพ ข้อมูลพันธุกรรม สถานะสมรส เพศ เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ คุณสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์ที่ (DHCS's) Office of Civil Rights ของโปรแกรม Medi-Cal หรือ ผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของ Covered California

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

โทรศัพท์: 1-916-440-7370

(Ext. 711, CA State Relay)

อีเมล: CivilRights@dhcs.ca.gov

แบบฟอร์มร้องทุกข์ของ Medi-Cal มีที่

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

Covered California

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

โทรศัพท์: 1-916-228-8764

แฟกซ์: 1-916-228-8909

อีเมล: CivilRights@covered.ca.gov

คุณสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับสิทธิของพลเมืองต่างหากกับ Office for Civil Rights ของรัฐบาลกลางที่ U.S. Department of Health and Human Services คุณสามารถดำเนินการในเรื่องนี้ได้หากคุณเชื่อว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติ เนื่องจากด้วย เชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ ความพิการ หรือเพศ

U.S. Department of Health and Human Services

จดหมาย: 200 Independence Ave. SW Room 509F

HHH Building, Washington, DC 20201

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

พอร์ทัลผู้ช่วยเรื่องร้องทุกข์ออนไลน์ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

แบบฟอร์มร้องทุกข์ออนไลน์ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf