

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
ການລົງລະຫັກຂອງຜູ້ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກເມດິແຄ(QMB),ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກເມດິແຄເນື່ອງຈາກລາຍຮັບຕໍ່າຕາມທີ່ກຳນົດ (SLMB) ແລະ ບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດ (QI)

ຊື່		ໝາຍເລກຂອງSocial Security		ໝາຍເລກຂອງMedicare		ວັນທີ
ເບີໂທລະສັບ ()	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເພດ <input type="checkbox"/> ຜູ້ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຜູ້ຍິງ	ສະຖານະການແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແລ້ວ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກກັນຢູ່ <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ເປັນໝ້າຍ			
ທີ່ຢູ່ (ໝາຍເລກ, ຖະໜົນ)		ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ		

ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນເພື່ອຊ່ວຍທ່ານສະໝັກເອົາໂຄງການສໍາລັບ Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (ຜູ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Medicare ທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (ຜູ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Medicare ທີ່ມີລາຍຮັບຂັ້ນຕໍ່າທີ່ລະບຸໄວ້ຂັດເຈນ), ຫຼື Qualifying Individual (QI) (ບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ). ລັດຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare Parts A ແລະ B, ທີ່ບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າພາສີລາຍໄດ້, ແລະ ຄ່າທຳນຽມການປະກັນໄພຮ່ວມກັນສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບໂຄງການ QMB. ລັດຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare Part B ສໍາລັບຄົນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບ SLMB ຫຼື QI. ທ່ານສາມາດສະໝັກເປັນ QMB, SLMB, ຫຼື QI ໄດ້ໂດຍການປະກອບ ແລະ ການສົ່ງແບບຟອມສະບັບນີ້ໄປຍັງໜ່ວຍງານຮັບໃຊ້ສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບ QMB, SLMB, ຫຼື QI, ທ່ານຕ້ອງ

- ມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບ Medicare Part A (ການປະກັນໄພສໍາລັບໂຮງໝໍ).
 - ມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບ Medicare Part B (ການປະກັນໄພທາງການແພດ).
 - ຕອບສະໜອງຂໍ້ກຳນົດທາງດ້ານລາຍຮັບຕໍ່ໄປນີ້
 - QMB:** ມີລາຍຮັບສຸດທິຢ່າງເປັນທາງການເທົ່າກັບ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ 100% ຂອງ Federal Poverty Level (FPL) (ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ) (ເທົ່າກັບ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ \$1,074* ສໍາລັບຄົນໂສດ, ຫຼື \$1,452* ສໍາລັບຄູ່ຜົວເມຍ).
 - SLMB:** ມີລາຍຮັບສຸດທິຢ່າງເປັນທາງການຕໍ່າກວ່າ 120% ຂອງ FPL (ຕໍ່າກວ່າ \$1,288* ສໍາລັບຄົນໂສດ, ຫຼື \$1,742* ສໍາລັບຄູ່ຜົວເມຍ).
 - QI:** ມີລາຍຮັບສຸດທິຢ່າງເປັນທາງການຕໍ່າກວ່າ 135% ຂອງ FPL (ຕໍ່າກວ່າ \$1,449* ສໍາລັບຄົນໂສດ, ຫຼື \$1,960* ສໍາລັບຄູ່ຜົວເມຍ)
- ຖ້າຫາກທ່ານມີລູກທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນນຳທ່ານ, ຈຳນວນເງິນເຫຼົ່ານີ້ອາດສູງຂຶ້ນ. ຈຳນວນເງິນເຫຼົ່ານີ້ອາດວ່າຈະເພີ່ມຂຶ້ນໃນເດືອນເມສາຂອງແຕ່ລະປີ. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບການປັບປຸງສໍາລັບຄ່າຄອງຊີບຈາກ Title II Social Security ໃນເດືອນມັງກອນ, ຈຳນວນເງິນນີ້ຈະບໍ່ຖືກນັບເຂົ້າຈົນກວ່າຈະເຖິງເດືອນເມສາ.
- ມີຊັບສິນທີ່ຖືກຫັກຄ່າພາສີແລ້ວບໍ່ເກີນກວ່າ \$7,970 ໂດຍບໍ່ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນສໍາລັບຄົນໂສດ ຫຼື \$11,960 ສໍາລັບຄູ່ຜົວເມຍ.
 - ຕອບສະໜອງຂໍ້ກຳນົດ ແລະ ເງື່ອນໄຂບາງຢ່າງ, ເຊັ່ນວ່າ ການເປັນຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນ California.

ສົ່ງສໍາຄັນ

ທ່ານອາດມີສິດສໍາລັບໂຄງການຂອງ Medi-Cal ອື່ນໆອີກ ນອກຈາກໂຄງການ QMB ແລະ SLMB, ເຊັ່ນ: CalFresh ແມ່ນ ບໍ່ ແລະ/ຫຼື Medi-Cal ໂດຍໄດ້ຮັບການຫຼຸດລົງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເດືອນ (ການແບ່ງຈ່າຍ). ທ່ານອາດຍັງມີສິດສໍາລັບ Medi-Cal ພ້ອມກັບການແບ່ງຈ່າຍປະຈຳເດືອນ ຖ້າລາຍຮັບຂອງທ່ານກາຍຂອບເຂດລາຍຮັບຂອງໂຄງການ QMB, SLMB ແລະ QI. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການລົງສະໝັກສໍາລັບໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ໝາຍຕົກ ແມ່ນແລ້ວ ແລະ ເຂດການປົກຄອງຈະສົ່ງແບບຟອມອື່ນໆໃຫ້ທ່ານຕື່ມໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ທ່ານຕ້ອງການສະໝັກເອົາການຄຸ້ມຄອງຢ້ອນຫຼັງສາມເດືອນສໍາລັບໂຄງການສໍາລັບ SLMB ແລະ QI ບໍ່ (ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ຢ້ອນຫຼັງສໍາລັບ QMB). ແມ່ນ ບໍ່

ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບແລ້ວໄປຍັງໜ່ວຍງານຮັບໃຊ້ສັງຄົມຂອງເຂດປົກຄອງປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ລະບຸລາຍຊື່ທຸກຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ (ຄູ່ສົມລົດ/ລູກ). ຖ້າຫາກທ່ານມີຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ນຳທ່ານຫຼາຍກວ່າສາມຄົນ, ທ່ານສາມາດລະບຸລາຍຊື່ເຂົາເຈົ້າໃນໜ້າໜຶ່ງຕ່າງຫາກ.

ຊື່	ໝາຍເລກຂອງ Social Security	ເພດ ຜູ້ຊາຍ ຜູ້ຍິງ	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນຕໍ່ກັບທ່ານ

A. ລາຍຮັບທີ່ສາມາດນັບໄດ້

COUNTY USE

1. ໃຫ້ຕື່ມລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາລາຍເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍຜູ້ສະໝັກ QMB/SLMB/QI:

- a. ໃບຮັບເງິນຂອງ Social Security \$ _____
- b. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ VA \$ _____
- c. ດອກເບ້ຍຈາກບັນຊີທະນາຄານ ຫຼື ໜັງສືເງິນຝາກທະນາຄານ \$ _____
- d. ລາຍຮັບຈາກເບ້ຍບຳນານ \$ _____
- e. ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາອື່ນໆໃດໜຶ່ງ \$ _____
- f. Total ຂອງລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາ—ຂຽນເພີ່ມແຖວ a. ຫາ e \$ _____

Applicant's unearned income (line f) \$ _____

Spouse's unearned income (line l) + _____

2. ຖ້າຫາກທ່ານແຕ່ງງານແລ້ວ ແບະ ກຳລັງອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັບຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕື່ມລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາລາຍເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ:

- g. ໃບຮັບເງິນຂອງ Social Security \$ _____
- h. ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ VA \$ _____
- i. ດອກເບ້ຍຈາກບັນຊີທະນາຄານ ຫຼື ໜັງສືເງິນຝາກທະນາຄານ \$ _____
- j. ລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາອື່ນໆ \$ _____
- k. ລາຍຮັບຈາກເບ້ຍບຳນານ \$ _____
- l. Total ຂອງລາຍຮັບທີ່ໄດ້ມາໂດຍບໍ່ຕ້ອງຫາຂອງຄູ່ສົມລົດ—ຂຽນເພີ່ມແຖວ g. ຫາ k. \$ _____

Any Income deduction - _____

Net unearned income _____

3. ໃຫ້ຕື່ມລາຍຮັບທີ່ຫາມາໄດ້ລາຍເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍຜູ້ສະໝັກ QMB/SLMB/QI ແລະ ຄູ່ສົມລົດ:

- m. ລາຍໄດ້ທັງໝົດສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ຕ້ອງການເປັນ QMB, SLMB, ຫຼື QI \$ _____
- n. ລາຍໄດ້ທັງໝົດສຳລັບຄູ່ສົມລົດ \$ _____
- o. Total—ຂຽນເພີ່ມແຖວ m. ຫາ n. \$ _____
- p. ລົບອອກ \$65 \$ _____
- q. ຈຳນວນເຫຼືອ \$ _____
- r. ຫານໃຫ້ 2 \$ _____

Net earned income (line r) + _____

Total net income _____

4. ລາຍຮັບທັງໝົດ:

- ຂຽນເພີ່ມແຖວ f., l., ແລະ r \$ _____
- s. ລົບ \$20 (ການຫັກລາຍຮັບໃດໜຶ່ງອອກ) \$ _____

MFBU size _____

5. ລາຍຮັບທີ່ສາມາດນັບໄດ້ທັງໝົດ

\$ _____

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

6. ສິດທິສຳລັບ QMB, SLMB, ຫຼື QI ທີ່ອາດເປັນໄປໄດ້:

- ທ່ານອາດມີສິດເປັນ QMB ຖ້າຫາກລາຍຮັບຂອງທ່ານເທົ່າກັບ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ 100% ຂອງ FPL (ຢູ່ລະຫວ່າງ \$1,074* ສຳລັບຄົນໂສດ, ຫຼື ຢູ່ລະຫວ່າງ \$1,452* ສຳລັບຄູ່ຜົວເມຍ).

If over income limit, is there a spouse and/or children

- ທ່ານອາດມີສິດເປັນ SLMB ຖ້າຫາກລາຍຮັບຂອງທ່ານຕໍ່າກວ່າ 120% ຂອງ FPL (ຕໍ່າກວ່າ \$1,288* ສໍາລັບຄົນໂສດ, ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ \$1,742* ສໍາລັບຄູ່ຜົວເມຍ).
- ທ່ານອາດມີສິດເປັນ QI ຖ້າຫາກລາຍຮັບຂອງທ່ານຕໍ່າກວ່າ 135% ຂອງ FPL (ຕໍ່າກວ່າ \$1,449* ສໍາລັບຄົນໂສດ, ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ \$1,960* ສໍາລັບຄູ່ຜົວເມຍ).

COUNTY USE

in the home?
Complete the MC
176-2 A QMB/
SLMB/QI form.

B. ຊັບສິນ *ຖ້າຫາກທ່ານມີລູກຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ, ຈໍານວນເງິນເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະສູງຂຶ້ນ.

QMB, SLMB, ຫຼື QI ຜູ້ທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ແຕ່ງງານ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ກໍາລັງອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັບຄູ່ສົມລົດຂອງລາວສາມາດມີຊັບສິນທີ່ສາມາດນັບໄດ້ ເຊິ່ງເທົ່າກັບ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ \$7,970. QMB, SLMB, ຫຼື QI ຜູ້ທີ່ແຕ່ງງານແລ້ວ ແລະ ກໍາລັງອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັບຄູ່ສົມລົດຂອງລາວຕ້ອງ ມີຊັບສິນທີ່ສາມາດນັບໄດ້ ເຊິ່ງເທົ່າກັບ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ \$11,960.

ສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງ ຊັບສິນທີ່ຄິດໄລ່ໄດ້. **ສໍາຄັນ:** ບ້ານທີ່ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຄູ່ສົມລົດອາໄສຢູ່ແມ່ນບໍ່ນັບ. ລົດໜຶ່ງຄັນສໍາລັບການ ເດີນທາງ ແມ່ນບໍ່ນັບ. ຖ້າທ່ານໄດ້ສະໝັກທີ່ ຕົວແທນບໍລິການສັງຄົມເຂດທ້ອງຖິ່ນ ຂອງທ່ານທີ່ເປັນ QMB, SLMB, ຫຼື QI, ເຂດທ້ອງຖິ່ນ ອາດປະຕິບັດກັບຊັບສິນທີ່ທ່ານລວມຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້ແຕກຕ່າງກັນ. ມີຊັບສິນປະເພດອື່ນໆທີ່ ຕົວແທນບໍລິການສັງຄົມເຂດທ້ອງຖິ່ນ, ທີ່ຍັງ ຈະໄດ້ເບິ່ງ, ຕົວຢ່າງ, ໃບຢັ້ງຢືນເງິນຝາກ. ນີ້ແມ່ນຊັບສິນປະເພດອື່ນໆທີ່ **ອາດ** ຫຼື **ອາດບໍ່** ນັບເຖິງການຈໍາກັດຊັບສິນ.

ໃຫ້ຕື່ມມູນຄ່າຂອງຊັບສິນຕໍ່ໄປນີ້ ເຊິ່ງເປັນຂອງທ່ານ, ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ຫຼື ຂອງທ່ານທັງສອງ.

- 1. ບັນຊີໃບຮັບເງິນ \$ _____
- 2. ບັນຊີເງິນຝາກ \$ _____
- 3. ໜັງສືເງິນຝາກທະນາຄານ \$ _____
- 4. ທຸ້ນ \$ _____
- 5. ພັນທະບັດ \$ _____
- 6. ລົດຄັນທີສອງ (ມູນຄ່າລົບຈໍານວນເງິນທີ່ຄ້າງຊໍາລະ) \$ _____
- 7. ເຮືອນຫຼັງທີສອງ (ມູນຄ່າລົບຈໍານວນເງິນທີ່ຄ້າງຊໍາລະ) \$ _____
- 8. ມູນຄ່າເງິນສົດຂອງສັນຍາປະກັນໄພຊີວິດ ຖ້າຫາກ ມູນຄ່າທີ່ກຳນົດຂຶ້ນຂອງສັນຍາປະກັນໄພ**ທັງໝົດ** ທີ່ຮວມເຂົ້າກັນຫຼາຍກວ່າ \$1,500 (ບໍ່ລວມເອົາ “ໄລຍະເວລາ” ຂອງສັນຍາປະກັນໄພ) \$ _____
- 9. ຊັບສິນທັງໝົດ- ຂຽນເພີ່ມແຖວ 1 ຫາ 8 **\$ _____

**ຈໍານວນລວມນີ້ຕ້ອງບໍ່ເກີນ \$7,970 ສໍາລັບຄົນໂສດ ຫຼື \$11,960 ສໍາລັບຄູ່ຜົວເມຍ.

COUNTY USE

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ: ທ່ານສາມາດມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງຢ້ອນຫຼັງຈົນເຖິງສາມເດືອນຂອງຄ່າປະກັນໄພ Medicare Part B ຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ໂຄງການສໍາລັບ SLMB ແລະ QI.

ໝາຍເຫດ: ໂຄງການ Medi-Cal ຕ້ອງເອົາການຊໍາລະຄືນຈາກ ຊັບຂອງສະມາຊິກຂອງ Medi-Cal ທີ່ຕາຍແລ້ວ, ເພື່ອ ປຸດການຊໍາລະທີ່ລວມມີຄ່າການບໍລິຫານການດູແລ, ການບໍລິການຕ່າງໆໃນສະຖານທີ່ພະຍາບານ ແລະ ການບໍລິການ ຢູ່ເຮືອນ ແລະ ໃນຊຸມຊົນ, ແລະ ໂຮງໝໍ ແລະ ການບໍລິການທາງການຢາທີ່ໄດ້ໃຫ້ກັບສະມາຊິກທີ່ຕາຍແລ້ວ ໃນວັນເກີດ ຄົບຮອບ 55 ປີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ. ຖ້າສະມາຊິກ Medi-Cal ທີ່ຕາຍແລ້ວ ບໍ່ມີຊັບໄວ້ໃຫ້ ຫຼື ບໍ່ມີໜີ້ກັບພວກເຮົາໃນຕອນຕາຍ, ເຂົາເຈົ້າຈະບໍ່ມີໜີ້ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ທ່ານອາດໄປຢ້ຽມຢາມທີ່ເວັບໄຊການຟື້ນຟູຊັບສິນ ທີ່ <http://dhcs.ca.gov/er> ຫຼື ໂທ (916) 650-0590. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ບຸກຄົນທີ່ລົງທະບຽບໃນໂຄງການສໍາລັບ QMB/SLMB/QI (ທັງ ໃນການຮ່ວມກັນກັບ Medi-Cal ຫຼື ບໍ່ມີການຮ່ວມກັນ), ບໍ່ເຮັດໃຫ້ມີການໄດ້ຮັບເງິນຄືນມາສໍາລັບ ຄ່າປະກັນໄພ Medicare, ທີ່ບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າພາສີລາຍຮັບ ຫຼື ການຊໍາລະເງິນຮ່ວມກັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດກ່ຽວກັບການໃຫ້ຂໍ້ຄວາມເທັດ, ພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງສະຫະລັດ ອາເມຣິກາ ແລະ State of California, ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ,

ລາຍເຊັນ (ຫຼື ເຄື່ອງໝາຍ) ຂອງຜູ້ສະໝັກ	ວັນທີ
County Use	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Eligibility Worker's signature	Date

ຄຳຖະແຫຼງການຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ DHCS

ແບບຟອມສະບັບນີ້ແມ່ນເພື່ອການໄດ້ຮັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຜ່ານ Department of Health Care Services (DHCS). ຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນ ແລະ ທາງການແພດທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ກ່ຽວກັບມັນແມ່ນເປັນການສ່ວນຕົວ ແລະ ເປັນຄວາມລັບ. DHCS ຕ້ອງການມັນເພື່ອລະບຸຕົວທ່ານ ແລະ ຄົນອື່ນໆໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ ແລະ ເພື່ອບໍລິຫານຈັດການໂຄງການຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຮ່ວມກັບໜ່ວຍງານຂອງລັດ, ລັດຖະບານກາງ, ແລະ ໜ່ວຍງານອື່ນໆ, ຜູ້ເຮັດສັນຍາ, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແລະ ໂຄງການສະເພາະເພື່ອບໍລິຫານຈັດການໂຄງການເຫຼົ່ານັ້ນ, ແລະ ຮ່ວມກັບໜ່ວຍງານຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງອື່ນໆຕາມທີ່ກົດໝາຍກຳນົດ.

ທ່ານຕ້ອງຕອບທຸກຄຳຖາມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າພວກມັນຖືກໝາຍໄວ້ວ່າ “ບໍ່ບັງຄັບ.” ຖ້າແບບຟອມຂອງທ່ານຂາດຫາຍອັນໃດອັນໜຶ່ງທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການ, ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານເພື່ອຮັບມັນ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສະໜອງໃຫ້ມັນ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ສາມາດເຮັດຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງໃໝ່, ຫຼື ການບໍລິການອາດຖືກປະຕິເສດ.

ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຢູ່ໃນບົດບັນທຶກຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດ. ທ່ານສາມາດເບິ່ງມັນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ເຊັ່ນວ່າ ຕົວພິມໃຫຍ່) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການແບບນັ້ນ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ DHCS Information Protection Unit ທີ່:

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

ກົດໝາຍຂອງລັດເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ສິດທິແກ່ພວກເຮົາໃນການຮວບຮວມ ແລະ ບັນທຶກຂໍ້ມູນ: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17 ສະບັບນີ້ແກ່ທ່ານ.