

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
Reduction of Benefits Notice

December 21, 2005

If you have questions regarding this notice,
contact your eligibility worker.

Dear Beneficiary,

We are sending you this letter to inform you that commencing on January 1, 2006, Medicare will pay for most of your prescription drugs through the new Medicare Part D Prescription Drug Program. As of that date, Medi-Cal will discontinue paying for those drugs that are covered by Medicare.

We are required to discontinue your Medi-Cal covered drugs as January 1, 2006, pursuant to 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) of the Social Security Act, which requires that Medi-Cal coverage be discontinued once Medicare begins to cover those costs. This law applies only to people who are on both Medicare and Medi-Cal, commonly referred to as dual eligibles. Our files show that you have both Medicare and Medi-Cal, and are therefore subject to having your Medi-Cal prescription benefits discontinued on January 1, 2006. If you think a mistake has been made regarding your dual eligibility, please call your eligibility worker immediately.

There are certain kinds of drugs that Medicare will not cover, also known as "excluded from coverage" by Part D. Medi-Cal will continue to pay for some of these Part D excluded categories of drugs that Medi-Cal currently covers. These categories include all of the following:

- 1) Benzodiazepines (drugs used to relieve anxiety, treat insomnia (trouble sleeping), help relax muscles, and relieve muscle spasms).
- 2) Non-prescription drugs.
- 3) Barbituates (drugs used to relieve anxiety or tension or to help control seizures).
- 4) Drugs used for the relief of cough and cold symptoms.
- 5) Prescription vitamins and mineral products (combination vitamin/mineral products or dietary supplements are not covered).
- 6) Drugs when used for anorexia, weight loss, or weight gain.

In order to facilitate the receipt of your prescriptions, when you go to the pharmacy to pick up your prescriptions, show the pharmacist both your Medi-Cal card and the card from your Medicare drug plan.

If you are a full-scope Medi-Cal beneficiary, Medi-Cal will pay for a 100-day supply of your Medi-Cal covered prescription drugs as long as your doctor provides you with a prescription for the 100-day supply and your pharmacist fills the prescription on or before December 31, 2005.

It is important for you to know how to get your medicines. To get your prescriptions paid for through Medicare, you need to join a Medicare drug plan. If you have not already joined a plan, or if you need help choosing the plan that's right for you, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048. If you don't choose a plan yourself, Medicare will put you in a plan in your area. If you don't like that plan, you will be able to switch to another plan at any time.

You have the right to request an appeal if you think this change is wrong, but you will be granted a hearing only if you think the law does not apply to you because we have incorrect facts about you. If your only basis for an appeal is that you think the law is wrong or unfair, your appeal will be dismissed without a hearing. If you want to appeal this action, please read the back of this letter.

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE

YOUR HEARING RIGHTS

You have the right to ask for a hearing if you disagree with any county action. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county gave or mailed you this notice.

If you ask for a hearing before an action on Cash Aid, Medi-Cal, Food Stamps, or Child Care takes place:

- Your Cash Aid or Medi-Cal will stay the same while you wait for a hearing.
- Your Child Care Services may stay the same while you wait for a hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra Cash Aid, Food Stamps or Child Care Services you got. To let us lower or stop your benefits before the hearing, check below:

Yes, lower or stop: Cash Aid Food Stamps Child Care

While You Wait for a Hearing Decision for:

Welfare to Work:

You do not have to take part in the activities.

You may receive child care payments for employment and for activities approved by the county before this notice.

If we told you your other supportive services payments will stop, you will not get any more payments, even if you go to your activity.

If we told you we will pay your other supportive services, they will be paid in the amount and in the way we told you in this notice.

- To get those supportive services, you must go to the activity the county told you to attend.
- If the amount of supportive services the county pays while you wait for a hearing decision is not enough to allow you to participate, you can stop going to the activity.

Cal-Learn:

- You cannot participate in the Cal-Learn Program if we told you we cannot serve you.
- We will only pay for Cal-Learn supportive services for an approved activity.

OTHER INFORMATION

Medi-Cal Managed Care Plan Members: The action on this notice may stop you from getting services from your managed care health plan. You may wish to contact your health plan membership services if you have questions.

Child and/or Medical Support: The local child support agency will help collect support at no cost even if you are not on cash aid. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you current support money collected but will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Division will set up a file. You have the right to see this file before your hearing and to get a copy of the county's written position on your case at least two days before the hearing. The state may give your hearing file to the Welfare Department and the U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

TO ASK FOR A HEARING:

- Fill out this page.
- Make a copy of the front and back of this page for your records. If you ask, your worker will get you a copy of this page.
- Send or take this page to:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

OR

- Call toll free: 1-800-952-5253 or for hearing or speech impaired who use TDD, 1-800-952-8349.

To Get Help: You can ask about your hearing rights or for a legal aid referral at the toll-free state phone numbers listed above. You may get free legal help at your local legal aid or welfare rights office.

If you do not want to go to the hearing alone, you can bring a friend or someone with you.

HEARING REQUEST

I want a hearing due to an action by the Welfare Department of _____ County about my:

- Cash Aid Food Stamps Medi-Cal
 Other (list) _____

Here's Why: _____

- If you need more space, check here and add a page.
- I need the state to provide me with an interpreter at no cost to me. (A relative or friend cannot interpret for you at the hearing.)

My language or dialect is: _____

NAME OF PERSON WHOSE BENEFITS WERE DENIED, CHANGED OR STOPPED _____

BIRTH DATE _____ PHONE NUMBER _____

STREET ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

SIGNATURE _____ DATE _____

NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM _____ PHONE NUMBER _____

- I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or go to the hearing for me. (This person can be a friend or relative but cannot interpret for you.)

NAME _____ PHONE NUMBER _____

STREET ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

MEDI-CAL

AVISO DE ACCIÓN

Aviso de Reducción de Beneficios

21 de diciembre de 2005

Si tiene preguntas sobre este aviso,
comuníquese con su trabajador de elegibilidad.

Estimado Beneficiario,

Le estamos enviando esta carta para informarle que a partir del 1° de enero de 2006, Medicare pagará la mayoría de sus medicamentos con receta a través del nuevo Programa de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare. A partir de esa fecha, Medi-Cal dejará de pagar los medicamentos que están cubiertos por Medicare.

La ley nos exige que discontinuemos la cobertura de sus medicamentos cubiertos por Medi-Cal a partir del 1° de enero de 2006, en conformidad con el 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) de la Ley de Seguridad Social, el cual requiere discontinuar la cobertura de Medi-Cal una vez que Medicare comience a cubrir esos costos. Esta ley sólo se aplica a las personas que tienen Medicare y Medi-Cal, comúnmente referidas como personas con elegibilidad dual. Nuestros archivos indican que usted tiene Medicare y Medi-Cal, y por lo tanto está sujeto a que sus beneficios de Medi-Cal para medicamentos con receta se descontinúen a partir del 1° de enero de 2006. Si usted cree que se ha cometido un error respecto a su elegibilidad dual, llame inmediatamente a su trabajador de elegibilidad.

Hay ciertos tipos de medicamentos que Medicare no cubrirá, también conocidos como medicamentos "excluidos de la cobertura" por la Parte D. Medi-Cal continuará pagando algunas de estas categorías de medicamentos excluidas de la Parte D que cubre actualmente. Estas categorías incluyen todo lo siguiente:

- 1) Benzodiazepinas (medicamentos utilizados para aliviar la ansiedad, tratar el insomnio (dificultad para dormir), ayudar a relajar los músculos y aliviar los espasmos musculares).
- 2) Medicamentos de venta sin receta.
- 3) Barbitúricos (medicamentos utilizados para aliviar la ansiedad o la tensión, o para ayudar a controlar las convulsiones).
- 4) Medicamentos utilizados para aliviar la tos y los síntomas de resfrío.
- 5) Vitaminas y productos minerales con receta (las combinaciones de productos de vitaminas y minerales o suplementos alimenticios no están cubiertos).
- 6) Medicamentos cuando se utilizan para la anorexia, para perder o aumentar de peso.

Para facilitar el recibo de sus medicamentos, cuando vaya a la farmacia a buscar sus medicamentos, muéstrele al farmacéutico su tarjeta de Medi-Cal y la tarjeta del plan de medicamentos de Medicare.

Si usted es un beneficiario con cobertura completa de Medi-Cal, Medi-Cal pagará un suministro para 100 días de sus medicamentos con receta que estén cubiertos por Medi-Cal, siempre que su médico le haga una receta para un suministro de 100 días, y su farmacéutico expendá el medicamento en o antes del 31 de diciembre de 2005.

Es importante que sepa cómo obtener sus medicamentos. Para obtener los medicamentos que Medicare paga, necesita inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si todavía no se ha inscrito en un plan, o si necesita ayuda para elegir el plan indicado para usted, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted no elige un plan, Medicare le asignará un plan en su área. Si ese plan no le gusta, podrá cambiarse a otro plan en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de solicitar una apelación si cree que este cambio es incorrecto, pero sólo se le dará una audiencia si cree que la ley no se aplica a usted debido a que la información que tenemos sobre usted es errónea. Si la única base para su apelación es que usted cree que la ley es incorrecta o injusta, su apelación se rechazará sin una audiencia. Si desea apelar esta medida, por favor lea al dorso de esta carta.

POR FAVOR LEA AL DORSO DE ESTE AVISO

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria Estamp. para comida Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos; aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

OTRA INFORMACION

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].)

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- Envíe o lleve esta hoja a:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

- Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253. Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al 1-800-952-8349.

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mí(s):

- Asistencia monetaria Estampillas para comida Medi-Cal
 Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

- Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.
 Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

DIRECCION: CALLE _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

FIRMA _____ FECHA _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

- Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE _____ NUMERO DE TELEFONO _____

DIRECCION: CALLE _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

*TDD: aparato de telecomunicaciones para las personas sordas

MEDI-CAL
行動通知
福利減除通知

2005年12月21日

如果您對本通知有任何問題，
請與您的資格工作人員聯繫。

親愛的受益人：

本信的目的是通知您，從2006年1月1日起，Medicare將會透過新的Medicare D部分處方藥計畫（Medicare Part D Prescription Drug Program）支付您大部分的處方藥費用。從該日起，Medi-Cal將會停止支付由Medicare承保的藥物。

根據《社會安全法案》42 U.S.C. 1396u-5(d)(1)規定，我們將於2006年1月1日終止您由Medi-Cal承保的藥物。這項法律規定，在Medicare開始承保這些開支後，Medi-Cal承保將會終止。這項法律僅適用於同時參加Medicare和Medi-Cal的人士，他們通常稱為雙重合格者。我們的檔案顯示您同時參加了Medicare和Medi-Cal，因此您的Medi-Cal處方藥福利將在2006年1月1日終止。如果您認為我們對您的雙重資格處理有誤，請立即打電話給您的資格工作人員。

某些種類的藥物不會獲得Medicare承保，亦即D部分所謂的「排除承保」。在這些D部分的排除藥物中，Medi-Cal會持續支付目前承保的藥物。這些藥物的類別如下：

- 1) 苯二氮泮類（Benzodiazepines，緩解焦慮、治療失眠（睡眠問題）、協助放鬆肌肉以及緩解肌肉痙攣的藥物）。
- 2) 非處方藥物。
- 3) 巴比妥酸鹽（Barbituates，緩解焦慮或緊張或協助控制癲癇的藥物）。
- 4) 緩解咳嗽和感冒症狀的藥物。
- 5) 處方維他命和礦物質（綜合維他命／礦物質或飲食輔助品不會獲得承保。）
- 6) 用於厭食、減輕體重或增加體重的藥物。

為了方便您獲得處方藥，當您到藥局領藥時，請向藥劑師出示您的Medi-Cal卡和Medicare藥物計畫卡。

如果您是Medi-Cal全面受益人，只要您的醫生開立100天的處方藥，而且您的藥劑師在2005年12月31日當天或之前為您配藥，Medi-Cal就會為承保的藥物支付100天的藥量開支。

知道如何獲得您的藥物很重要。若要以Medicare支付您的處方藥，您必須加入一項Medicare藥物計畫。如果您還沒有加入一項計畫，或是您在選擇合適的計畫時需要幫助，請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請致電1-877-486-2048。您也可以致電您的州立健康保險計畫，即HICAP（健康保險諮詢與倡議計畫）1-800-434-0222。如果您沒有自行選擇計畫，Medicare將會幫您加入一項當地的計畫。如果您不喜歡那項計畫，您可以隨時轉到另一個計畫。

如果您認為這項改變有誤，您有權利要求上訴，但是只有在您認為我們對您的資料有誤，而使法律不適用您的情況時，您才可以舉行聽證會。如果您上訴的唯一根據是您認為法律有錯誤或不公平，您的上訴將在不舉行聽證會的情況下取消。如果您希望對這項行動提出上訴，請閱讀這封信的背面。

請閱讀本通知背面的內容

你的聽證權利

假如你不同意郡政府所採取的任何行動的話，你有權利請求聽證。你只有90天的時間請求聽證。90天開始於郡政府發給你或寄給你通知後的那一天。

假如在對你的現金補助，加州醫藥補助(Medi-Cal)，糧食券，或托兒照顧採取行動以前你請求聽證：

- 在你等待聽證期間你的現金補助或Medi-Cal將保持不變。
- 在你等待聽證期間你的托兒照顧服務保持不變。
- 你的糧食券保持不變，直至聽證時或你證明期的結束時，視那一個先發生。

假如聽證決定認為我們是對的，你將欠我們你所得到的額外現金補助，糧食券，或托兒照顧服務。

若在聽證以前，要我們減少或停止你的福利金，請在下面作記號：

要，減少或停止： 現金補助 糧食券 托兒照顧

在你為下列項目等待聽證期間

福利引至工作計劃：

你不必參加活動。

在寄你這份通知以前你因著就業和參加郡政府批准的活動可以領取托兒照顧付款。

假如我們通知你將停止你其它的協助性服務付款，即使你參加活動，你也不能再領取任何付款。

假如我們通知你將支付你其它的協助性服務付款，我們將以通知中告訴你的金額和付款方式付款。

- 若要得到這些協助性服務，你必須參加郡政府要你參加的活動。
- 在你等待聽證決定時，假如郡政府付你的協助性服務的金額不足夠讓你參加活動的話，你可以停止參加。

加州領取民眾補助十幾歲家長的教育計劃(Cal-Learn)：

- 假如我們通知你我們不能為你服務，你就不能參加Cal-Learn計劃。
- 我們只為被批准的活動支付Cal-Learn協助性服務。

其他資料

Medi-Cal 地區管理護理計劃成員：在這份通知上所採取的行動會停止你從地區管理保健計劃項下領取服務。假如你有問題的話，你可以和你的健康計劃會員服務部門聯絡。

子女撫養費和/或醫藥方面撫養費：即使你沒有領取現金補助，你當地的子女撫養代理機構也會免費幫助你收取撫養費。假如他們現在為你收取撫養費的話，他們將保持進行收取，除非你書面通知他們停止這樣做。他們將寄給你現在所收取到的撫養費。但他們將保留收取到的欠郡政府週期未付的錢。

家庭計劃：你的福利所將把你索取的資料提供給你。

聽證檔案：假如你請求聽證的話，州政府聽證部門將設立一份檔案。在你聽證以前，你有權查看這份檔案，並且至少在聽證前的兩天內得到一份郡政府對你案件的立場聲明的副本。州政府可以把你的聽證檔案交給福利所，聯邦健康人文服務部和聯邦農業部。(W&I Code Sections 10850 和 10950.)

若要請求聽證

- 填寫這一頁。
- 複印一份本頁的正反面留作你的記錄。假如你索取的話，你的工作人員會給你一份本頁的副本。
- 請把這一頁寄至或送至：

California Department of Social Services
P.O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

或者

- 打免費電話：1-800-952-5253 或者對聽或說有障礙，使用聾者電傳機(TDD)的人，打1-800-952-8349。

要取得幫助：你可以打上面所列州政府的免費電話詢問你的聽證權利或者尋求法律諮詢的推薦。你可以在你當地的法律諮詢所或福利權利所取得免費的法律幫助。

假如你不願意單獨去聽證，你可以帶朋友或某位人士前去。

聽證要求

我因為_____ 郡福利所採取有關下列計劃的行動而要求聽證：

- 現金補助 糧食券 Medi-Cal
 其他(請列出)_____

理由在於：_____

假如你需要更多篇幅的話，請在此作記號並另加一頁。

我需要州政府提供我一不需要我付費的翻譯員。(你的親戚或朋友在聽證時不能為你翻譯。)

我的語言或方言是：_____

福利被拒絕，改變或停止人的姓名

出生日期 _____ 電話號碼 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞號碼 _____

簽名 _____ 日期 _____

填寫此表格人姓名 _____ 電話號碼 _____

我要求下面提名人士在聽證時代表我。我准許這位人士查看我的記錄或為我去聽證。(這人可以是朋友或親戚，但不能為你作翻譯。)

姓名 _____ 電話號碼 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞號碼 _____

ПРОГРАММА MEDI-CAL УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ Уведомление о сокращении льгот

21 декабря 2005 г.

Если у Вас есть вопросы, связанные с данным уведомлением, обратитесь к своему работнику по вопросам права на получение льгот.

Уважаемый получатель льгот!

В данном письме мы сообщаем Вам о том, что с 1 января 2006 г. программа Medicare будет оплачивать большее количество Ваших отпускаемых по рецепту препаратов за счет новой Программы обеспечения отпускаемыми по рецепту препаратами в рамках части D программы Medicare (Medicare Part D Prescription Drug Program). Начиная с указанной даты, программа Medi-Cal прекратит оплату данных препаратов, покрываемых программой Medicare.

Мы обязаны прекратить оплату препаратов, покрываемых программой Medi-Cal, с 1 января 2006 г. в соответствии со статьей 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act), который требует отмены страхового покрытия программы Medi-Cal, если данные затраты начинают покрываться программой Medicare. Действие данного закона распространяется только на лиц, которые участвуют как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal, и обычно упоминаются как имеющие двойное право на участие. Согласно нашим данным Вы являетесь участником обеих программ (Medicare и Medi-Cal), и в связи с этим в отношении Вас действует условие отмены льгот на отпускаемые по рецепту препараты в рамках программы Medi-Cal с 1 января 2006 г. Если Вы считаете, что в отношении Вашего двойного права на участие была допущена ошибка, пожалуйста, немедленно свяжитесь со своим работником по вопросам права на получение льгот.

Существуют определенные виды препаратов, которые не будут покрываться программой Medicare, их также называют «исключенными из страхового обеспечения» в рамках части D. Программа Medi-Cal продолжит оплачивать некоторые из данных категорий препаратов, исключенных в рамках части D, которые программа Medi-Cal покрывает в настоящее время. Данные категории включают все из перечисленного ниже:

- 1) Бензодиазепины (препараты, используемые для уменьшения чувства беспокойства, лечения бессонницы (нарушений сна), расслабления мышц и ослабления мышечных спазмов).
- 2) Препараты, отпускаемые без рецепта.
- 3) Барбитураты (препараты, используемые для уменьшения чувства беспокойства или снятия напряжения, а также помогающие контролировать эпилептические припадки).
- 4) Препараты, используемые для облегчения кашля и симптомов простуды.
- 5) Отпускаемые по рецепту витамины и минеральные продукты (комбинации витаминов/минеральных продуктов или пищевые добавки не покрываются).
- 6) Препараты, применяемые при снижении аппетита, потере или наборе веса.

Для упрощения процедуры получения препаратов, отпускаемых по рецепту в аптеке, предъявляйте фармацевту как свою карточку Medi-Cal, так и карточку плана обеспечения препаратами по программе Medicare, когда Вы будете обращаться в аптеку для получения выписанных Вам лекарств.

Если Вы являетесь получателем льгот по программе Medi-Cal в полном объеме, программа Medi-Cal оплатит Вам 100-дневный запас отпускаемых по рецепту препаратов, покрываемых программой Medi-Cal, если ваш врач выпишет Вам рецепт на 100-дневный запас и фармацевт приготовит выписанные Вам лекарства не позднее 31 декабря 2005 г.

Важно знать, как получать свои лекарственные препараты. Для того чтобы выписываемые Вам препараты оплачивались программой Medicare, Вы должны стать участником плана обеспечения препаратами по программе Medicare. Если Вы до сих пор не являетесь участником плана или если Вам требуется помощь в выборе подходящего для Вас плана, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Телефон для пользователей ТТУ 1-877-486-2048. Кроме того, Вы можете позвонить в Программу адвокатской и консультационной помощи по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), Программу медицинского страхования Вашего штата по телефону 1-800-434-0222. Если Вы не выбрали план самостоятельно, Вы будете включены в план программы Medicare, действующий в Вашем районе. Если Вам не понравится этот план, Вы сможете поменять его на другой в любое время.

У Вас есть право подать апелляцию, если Вы считаете, что данное изменение неправомерно, однако провести слушание по Вашей апелляции будет разрешено только в том случае, если Вы считаете, что действие закона не распространяется на Вас ввиду того, что мы располагаем неверными данными о Вас. Если же Вашим **единственным** основанием для подачи апелляции будет Ваше мнение о том, что закон неправомерен или несправедлив, Вам будет отказано в апелляции без проведения слушания. Если Вы хотите подать апелляцию по этому решению, пожалуйста, прочтите информацию на обратной стороне данного письма.

ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧТИТЕ ИНФОРМАЦИЮ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

RUSSIAN

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотра за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы платим вам, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid Food Stamps Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округу.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

Дело для слушания: Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (W&I Code Sections 19850 и 10950.)

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
- По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

- денежной помощи талонов на питание
- Medi-Cal
- другого (перечислите) _____

Причина: _____

- Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.
- Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: _____

ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОМУ БЫЛО ОТКАЗАНО В ЛЬГОТАХ ИЛИ ЛЬГОТЫ БЫЛИ ОСТАНОВЛЕНЫ ИЛИ ИЗМЕНЕНЫ

ДАТА РОЖДЕНИЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС

ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОДПИСЬ ДАТА

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ АНКЕТУ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

- Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо не может быть вашим другом или родственником не не может переводить для вас.)

ИМЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС

ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

MEDI-CAL

ໝັງສືແຈ້ງການດຳເນີນການ

ໝັງສືແຈ້ງການລົດຜ່ອນຜົນປະໂຫຍດລົງ

ວັນທີ 21 ທັນວາ 2008

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບໝັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້,
ໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ເຮັດວຽກກ່ຽວກັບການມີສິດຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ຮັກແພງ,

ພວກເຮົາສົ່ງຈົດໝາຍສະບັບນີ້ມາໃຫ້ທ່ານເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າ ນັບແຕ່ວັນທີ 1 ມິຖະສາ 2008 ນີ້ເປັນຕົ້ນໄປ, ເມດີແຄຣ໌ ຈະຈ່າຍຄ່າຢາປົວພະຍາດທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງໃຫ້ທ່ານ ໂດຍສ່ວນຫລາຍ ໂດຍຜ່ານໂຄງການເມດີແຄຣ໌ ຕອນ D ສຳຫລັບຢາປົວພະຍາດທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງ. ນັບແຕ່ວັນນັ້ນເປັນຕົ້ນໄປ, ເມດີ-ຄາລ ຈະຢຸດການຈ່າຍເງິນສຳຫລັບຢາດັ່ງກ່າວ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ ເມດີແຄຣ໌ ນັ້ນ.

ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຢຸດການຄຸ້ມຄອງຢາປົວພະຍາດ ເມດີ-ຄາລ ຂອງທ່ານນັບແຕ່ວັນທີ 1 ມິຖະສາ 2008 ເປັນຕົ້ນໄປ, ອີງຕາມກົດໝາຍເລກທີ 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມປອດໄພສັງຄົມ, ຊຶ່ງບັນຍັດໃຫ້ ການຄຸ້ມຄອງຂອງ ເມດີ-ຄາລ ຕ້ອງຢຸດລົງເວລາທີ່ ເມດີແຄຣ໌ ເລີ່ມຕົ້ນຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນັ້ນແລ້ວ. ກົດໝາຍນີ້ບັງຄັບໃຊ້ກັບຄົນຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນ ເມດີແຄຣ໌ ແລະເມດີ-ຄາລ ທັງສອງຢ່າງເທົ່ານັ້ນ, ໂດຍທົ່ວໄປເອີ້ນກັນວ່າມີຄຸນສົມບັດທັງສອງອັນ. ໃນປະຫວັດຂອງພວກເຮົາສະແດງ ໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີທັງ ເມດີແຄຣ໌ ແລະເມດີ-ຄາລ, ແລະດ້ວຍເຫດນີ້ຈຶ່ງໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດດ້ານຢາປົວພະຍາດຂອງທ່ານກັບ ເມດີ-ຄາລ ນັ້ນຢຸດໄປໃນວັນທີ 1 ມິຖະສາ 2008. ຖ້າ ຫາກທ່ານຄິດວ່າມີຄວາມຜິດພາດເກີດຂຶ້ນກ່ຽວກັບການມີຄຸນສົມບັດທັງສອງອັນຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຣະສັບຫາຜູ້ເຮັດວຽກກ່ຽວກັບການມີສິດຂອງທ່ານໂດຍທັນທີທັນໄດ.

ມີຢາຫລາຍປະເພດທີ່ ເມດີແຄຣ໌ ບໍ່ຄຸ້ມຄອງໃຫ້, ອີກອັນໜຶ່ງເອີ້ນກັນວ່າ "ຍົກເວັ້ນຈາກການຄຸ້ມຄອງ" ໂດຍພາກ ຕີ. ເມດີ-ຄາລ ຈະຍັງຄົງຈ່າຍຄ່າຢາບາງອັນທີ່ ພາກ ຕີ ຍົກເວັ້ນ ນັ້ນຕໍ່ໃຊ້ເປັນຢາປະເພດທີ່ ເມດີ-ຄາລ ກຳລັງຄຸ້ມຄອງຢູ່ໃນປະຈຸບັນ. ປະເພດຢາເຫລົ່ານັ້ນປະກອບດ້ວຍທັງໝົດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- 1) ຢາ Benzodiazepines (ຢາທີ່ໃຊ້ເພື່ອຮະຽບຄວາມກຸ້ມອົກກຸ້ມໃຈ, ປົນປົວໂຮກນອນບໍ່ຫລັບ (ນອນຫລັບຍາກ), ຊ່ວຍຜ່ອນຄາຍກ້າມເນື້ອ, ແລະລົດຜ່ອນ ກ້າມເນື້ອກະຕຸກ.
- 2) ຢາທີ່ບໍ່ແມ່ນທ່ານໝັ້ງສືງ.
- 3) ຢາ Barbituates (ຢາທີ່ໃຊ້ເພື່ອຮະຽບຄວາມກຸ້ມອົກກຸ້ມໃຈ ຫລືຄວາມດັນ ຫລືເພື່ອຊ່ວຍບັງຄັບອາການຊັກ).
- 4) ຢາທີ່ໃຊ້ເພື່ອຮະຽບອາການໂອ ແລະອາການຫວັດ.
- 5) ຢາໂອຕາມິນທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງ ແລະຜະລິດພັນແຮ່ທາດ (ຢາໂອຕາມິນ/ແຮ່ທາດປະສົມກັນ ຫລືຢາເສີມອາຫານນັ້ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ).
- 6) ຢາເວລາໃຊ້ເພື່ອອາການບໍ່ຢາກເຂົ້າຢາກນ້ຳ, ລົດນ້ຳໜັກ, ຫລືນ້ຳໜັກເພີ່ມຂຶ້ນ.

ເພື່ອທີ່ຈະອ່ານວ່າຄວາມສະດວກໃນການຮັບຢາທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງຂອງທ່ານ, ເວລາທ່ານໄປທີ່ຮ້ານຂາຍຢາເພື່ອຮັບເອົາຢາທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງຂອງທ່ານ, ໃຫ້ສະແດງບັດ ເມດີ-ຄາລ ແລະບັດຈາກ ເມດີແຄຣ໌ ຈາກແຜນຢາປົວພະຍາດຂອງທ່ານໃຫ້ຜູ້ຈ່າຍຢາເບິ່ງທັງສອງບັດ.

ຖ້າຫາກທ່ານເປັນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຕົ້ນສິດຂອງ ເມດີ-ຄາລ, ເມດີ-ຄາລ ກໍຈະຈ່າຍຄ່າຢາເພື່ອໃຊ້ສຳຫລັບ 100 ວັນຂອງຢາທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງຈາກ ການຄຸ້ມຄອງຂອງ ເມດີ-ຄາລ ຕາມໃດທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງທ່ານໃຫ້ໃບສັ່ງສຳຫລັບໄວ້ໃຊ້ 100-ວັນ ແລະຜູ້ຈ່າຍຢາຂອງທ່ານເຕີມຢາໃຫ້ໃນວັນທີ່ ຫລືກ່ອນວັນທີ 31 ທັນວາ 2008.

ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນສຳຫລັບທ່ານທີ່ຈະຮູ້ຈັກວິທີໄປເອົາຢາຂອງທ່ານໄວ້. ເພື່ອຈະໄປເອົາຢາທີ່ທ່ານໝັ້ງສືງຊຶ່ງຈ່າຍໃຫ້ຜ່ານ ເມດີແຄຣ໌ ຂອງທ່ານນັ້ນ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນ ແຜນຢາປົວພະຍາດຂອງ ເມດີແຄຣ໌. ຖ້າຫາກທ່ານຍັງບໍ່ທັນໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມແຜນນັ້ນເທື່ອ, ຫລືຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການເລືອກແຜນທີ່ເໝາະສຳຫລັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຣະສັບຫາເລກ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນຈະໂທຣະສັບຫາເລກ 1-877-486-2048. ຫລື, ທ່ານສາມາດໂທຣະສັບຫາ HICAP (Health Insurance Counseling and Advocacy Program) ໂຄງການປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງຣັດທ່ານທີ່ເລກ 1-800-434-0222. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເລືອກເອົາແຜນຄ່າຢາຂອງທ່ານເອງ, ເມດີແຄຣ໌ ກໍຈະເອົາທ່ານເຂົ້າໃນແຜນໜຶ່ງທີ່ຢູ່ໃນເຂດຂອງທ່ານໃຫ້. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມັກແຜນນັ້ນ, ທ່ານກໍຈະສາມາດປ່ຽນໄປຫາແຜນອື່ນໄດ້ ໃນເວລາໃດກໍໄດ້.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂອບອັນໄດ້ກັບທ່ານຄິດວ່າການປ່ຽນມີບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ແຕ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບອະນຸມັດການຜິຈາຣະນາໄດ້ກໍຕໍ່ເມື່ອທ່ານຄິດວ່າກົດໝາຍບໍ່ໄດ້ໃຊ້ກັບທ່ານເພາະວ່າ ພວກເຮົາມີຄວາມຈິງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງກ່ຽວກັບຕົວທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາພົ້ນຖານຂອງທ່ານໃນການອອກອັນນັ້ນແມ່ນທີ່ທ່ານຄິດວ່າກົດໝາຍນັ້ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫລືບໍ່ຢຸດໃຫ້, ຄຳອອກອັນຂອງ ທ່ານກໍຈະຍົກເລີກໂດຍບໍ່ມີການຜິຈາຣະນາ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການອອກອັນການກະທຳດັ່ງກ່າວນີ້, ກະລຸນາອ່ານດ້ານຫລັງຂອງຈົດໝາຍສະບັບນີ້.

ກະລຸນາອ່ານດ້ານຫລັງຂອງໝັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້

ສິດທິຂອງທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ
ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີໄດ້ ຖ້າວ່າ ທ່ານຫາກບໍ່ເຫັນດີນຳ
ການປະຕິບັດການໂດຍ ຂອງຄາວຕີ. ທ່ານມີເວລາພຽງ 90 ວັນ ເພື່ອຮ້ອງ
ຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ. ຈຳນວນ 90 ວັນນີ້ ແມ່ນເລີ່ມແຕ່ວັນທີ່ທ່ານ
ຄາວຕີ ໄດ້ໃຫ້ ຫລືສົ່ງໃບແຈ້ງການປະຕິບັດມື້ໃຫ້ທ່ານ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ ກ່ອນໜ້າທີ່ຈະມີການປະຕິບັດເພື່ອຢຸດ
ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອສຳລັບ Cash Aid, Medi-Cal, Food Stamps, ຫລື
Child Care ຕົວຂຶ້ນ:

- Cash Aid ຫລື Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະຍັງຢູ່ຄືເກົ່າ ໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານລໍຖ້າ
ການພິຈາລະນາຄະດີ.
- Child Care Services ຂອງທ່ານອາດຈະຍັງຢູ່ຄືເກົ່າ ໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານລໍຖ້າ
ການພິຈາລະນາຄະດີ.
- Food Stamps ຂອງທ່ານຈະຍັງຢູ່ຄືເກົ່າ ຈົນກວ່າຈະມີການພິຈາລະນາຄະດີ
ຫລືການຍິ່ງຍົນການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ, ອັນໃດກໍ່ໄດ້ທີ່ເກີດຂຶ້ນກ່ອນ.

ຖ້າວ່າ ຄຳຕັດສິນບົ່ງວ່າ ພວກເຮົາເປັນຝ່າຍຖືກ, ທ່ານກໍ່ຈະຕົກເປັນລູກໝີ່ຂອງ
ພວກເຮົາ ສຳລັບຄຳຈ່າຍເງິນໂດຍ ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ Cash Aid, Food Stamps
ຫລື Child Care Services.

ເພື່ອຂໍໃຫ້ພວກເຮົາລິດ ຫລືຢຸດຊະກຳການຊ່ວຍເຫລືອໃຫ້ທ່ານ ກ່ອນທີ່ຈະມີການ
ພິຈາລະນາຄະດີ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:
ແມ່ນ, ໃຫ້ລິດ ຫລືຢຸດ: Cash Aid Food Stamps Child Care

ໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານລໍຖ້າຄຳຕັດສິນຄະດີ ສຳລັບ:

ໂຄງການ Welfare to Work:

ທ່ານບໍ່ຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳຕ່າງໆ.
ທ່ານອາດໄດ້ຮັບຄຳຈ່າຍສຳລັບຄ່າຝາກເດັກ ໃນເວລາທຳການ ແລະເຮັດກິດຈະກຳອື່ນໆ
ທີ່ອະນຸມັດໃຫ້ໂດຍທາງຄາວຕີ ກ່ອນແຈ້ງການນີ້.

ຖ້າວ່າ ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານແລ້ວວ່າ ຄຳຈ່າຍຊ່ວຍເຫລືອອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຢຸດຊະກຳ,
ທ່ານກໍ່ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນໂດຍອີກ, ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານຈະໄປເຮັດກິດຈະກຳຂອງທ່ານ.
ຖ້າວ່າ ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານວ່າ ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າຊ່ວຍເຫລືອອື່ນໆໃຫ້ທ່ານ,
ເງິນຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຈະຈ່າຍໃຫ້ທ່ານນີ້ ກໍ່ຈະມີຈຳນວນຕາມທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບອກໃນແຈ້ງການນີ້.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫລືອເຫລົ່ານີ້, ທ່ານຕ້ອງໄປເຂົ້າຮ່ວມເຮັດກິດຈະກຳ
ທີ່ທາງຄາວຕີໄດ້ບອກໃຫ້ໄປຮ່ວມ.
- ຖ້າວ່າ ຈຳນວນເງິນຊ່ວຍເຫລືອ ທີ່ທາງຄາວຕີຈ່າຍໃຫ້ທ່ານ ໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານລໍຖ້າ
ຄຳຕັດສິນນັ້ນ ບໍ່ພຽງພໍສຳລັບໃຊ້ໃນການໄປຮ່ວມກິດຈະກຳ, ທ່ານກໍ່ສາມາດຢຸດ
ເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳໄດ້.

ໂຄງການ Cal-Learn:

- ທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Cal-Learn ໄດ້ ຖ້າວ່າ ພວກເຮົາໄດ້ບອກ
ທ່ານວ່າ ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບໃຊ້ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານໄດ້.
- ພວກເຮົາຈະຈ່າຍໃຫ້ພຽງແຕ່ ສຳລັບຄ່າບໍລິການຊ່ວຍເຫລືອຂອງໂຄງການ Cal-Learn
ສຳລັບກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດແລ້ວເທົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ມູນອື່ນໆ

ສະມາຊິກຂອງໂຄງການສຸຂະພາບ Medi-Cal Managed Care Plan: ແຈ້ງການນີ້
ອາດຈະຢຸດທ່ານບໍ່ໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຕ່າງໆ ຈາກໂຄງການ managed care health
plan ຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານອາດຕ້ອງການຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງ ໂຄງການ
ສຸຂະພາບ ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄຳຖາມໂດຍ.

ຄຳລ້ຽງລູກ ແລະ/ຫລືຄຳບິນປົວຮັກສາ: ອົງການດູແລເຮືອງຄຳລ້ຽງລູກໃນເຂດຂອງທ່ານ
ຈະຊ່ວຍເກັບຄຳລ້ຽງລູກໃຫ້ທ່ານຟຣີ ເຖິງແມ່ນວ່າ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນໂຄງການໃຫ້ເງິນຊ່ວຍເຫລືອ
ເປັນເງິນສົດ ກໍ່ຕາມ. ຖ້າວ່າ ດຽວນີ້ເຂົາເຈົ້າເກັບຄຳລ້ຽງລູກໃຫ້ທ່ານ, ເຂົາເຈົ້າກໍ່ຈະສືບຕໍ່ເຮັດ
ແນວນີ້ໄປ ນອກຈາກວ່າ ທ່ານຈະຊຸມໜັງສືບອກບໍ່ເຂົາເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ເຮັດແນວນີ້ນ. ເຂົາເຈົ້າຈະ
ລ້ຽງເງິນຄຳລ້ຽງລູກບັດຈຸຍັນທີ່ເກັບໄດ້ໃຫ້ທ່ານ ແຕ່ວ່າເຂົາເຈົ້າຈະເກັບເງິນຄ່າເກົ່າທີ່ເກັບໄດ້
ຊຶ່ງທ່ານຄາວຕີໄດ້.

ການວາງແຜນຄອບຄົວ: ຫ້ອງການປະຊາສົ່ງເຄາະຈະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານ ເມື່ອທ່ານຂໍ.
ການຍື່ນເຮືອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ: ຖ້າວ່າ ທ່ານຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ, ທາງ
ພະແນກພິຈາລະນາຄະດີຂອງຮັຖ ກໍ່ຈະເຮັດແຟມບັນທຶກເຮືອງ. ທ່ານມີສິດຂໍເບິ່ງແຟມນີ້ໄດ້
ກ່ອນໜ້າທີ່ຈະມີການພິຈາລະນາຄະດີ ແລະຂໍເອົາສຳເນົາໜັງສືຂອງທາງຄາວຕີກ່ຽວກັບ
ຄະດີຂອງທ່ານໄດ້ ຢ່າງໜ້ອຍສອງວັນກ່ອນການພິຈາລະນາຄະດີ. ທາງຮັຖອາດເອົາແຟມ

ຄະດີຂອງທ່ານ ໃຫ້ແກ່ກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະ ແລະກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະກະສິກຳ
ແຫ່ງສະຫະຣັຖອາເມລິກາ. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

ເພື່ອຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ:

- ປະກອບຟອມໜ້ານີ້.
- ອັດສຳເນົາທັງດ້ານໜ້າແລະດ້ານຫລັງຂອງໜ້ານີ້ ເພື່ອເກັບໄວ້ເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານເອງ.
ຖ້າວ່າ ທ່ານຂໍເອົາ, ພະນັກງານຊ່ວຍວຽກຂອງທ່ານ ຈະເອົາສຳເນົາໜ້ານີ້ໃຫ້ທ່ານ.
- ສົ່ງ ຫລືຖືເອົາໜ້ານີ້ໄປທີ່:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

ຫລື

- ໂທສຟຣີ: 1-800-952-5253 ຫລື ສຳລັບຜູ້ມີບັນຫາດ້ານການຟັງ ຫລືການເວົ້າ
ທີ່ໃຊ້ສາຍໂທສ TDD, 1-800-952-8349.

ເພື່ອຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫລືອ: ທ່ານສາມາດຖາມເບິ່ງກ່ຽວກັບສິດທິໃນການຂໍເອົາການ
ພິຈາລະນາຄະດີ ຫລື ກ່ຽວກັບການແນະນຳການຊ່ວຍເຫລືອທາງກົດໝາຍ ໂດຍໃຊ້
ສາຍໂທສຟຣີຂອງຮັຖ ຕາມເລກໂທສຂ້າງເທິງນີ້. ທ່ານອາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ
ທາງກົດໝາຍຟຣີ ທີ່ຫ້ອງການກົດໝາຍ ຫລືສິດທິພະຫວັດດີການ ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໄປທີ່ບ່ອນພິຈາລະນາຄະດີຕາມລຳພັງ, ທ່ານສາມາດເອົາເພື່ອນ
ຫລືໃຜກໍ່ໄດ້ໄປນຳທ່ານໄດ້.

ໃບຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການພິຈາລະນາຄະດີ

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການການພິຈາລະນາຄະດີ ເນື່ອງຈາກການປະຕິບັດການຂອງ
ພະແນກປະຊາສົ່ງເຄາະຂອງຄາວຕີ _____
ກ່ຽວກັບເຮືອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າດັ່ງນີ້:

- Cash Aid Food Stamps Medi-Cal
- ອື່ນໆ (ໃຫ້ລະບຸ) _____

ມີຄືເຫດຜົນວ່າເປັນຫຍັງ: _____

- ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຂຽນເພີ່ມເຕີມອີກ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ຂໍ້ນີ້ ແລະຂຽນໃສ່ເຈ້ງຕື່ມ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຮັຖ ຈັດຫານາຍພາສາໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ.
(ຍາດພິນ້ອງ ຫລືເພື່ອນ ບໍ່ສາມາດແປໃຫ້ທ່ານໄດ້ທີ່ບ່ອນພິຈາລະນາຄະດີ).
ພາສາ ຫລືພາສາທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຄື: _____

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກປະຕິເສດ, ຖືກປຸງ ຫລືຖືກຢຸດ ການຊ່ວຍເຫລືອ

ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກໂທຣະສັບ	
ທີ່ຢູ່		
ເມືອງ	ຮັຖ	ລະຫັດໄປສະນີ
ລາຍເຮັບ	ວັນທີ	
ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ປະກອບຟອມນີ້	ເລກໂທຣະສັບ	

ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເປັນຕົວແທນຂອງ ຂ້າພະເຈົ້າ
ໃນການພິຈາລະນາຄະດີດັ່ງນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນນີ້ ເປັນຕົວແທນ
ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ ຫລືຕ່າງໜ້າຂ້າພະເຈົ້າທີ່ບ່ອນ ພິຈາລະນາຄະດີ. (ບຸກຄົນນີ້
ອາດເປັນເພື່ອນ ຫລືຍາດພິນ້ອງ ກໍ່ໄດ້ ແຕ່ວ່າຕ້ອງບໍ່ແມ່ນນາຍພາສາ ຂອງທ່ານ.)

ຊ	ເລກໂທຣະສັບ	
ທີ່ຢູ່		
ເມືອງ	ຮັຖ	ລະຫັດໄປສະນີ

MEDI-CAL ABISO NG AKSYON Abiso ng Pagbawas ng mga Benepisyo

ika-21 ng Disyembre 2005

Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa abiso na ito, kontakin ang iyong eligibility worker.

Mahal na Benepisyaryo,

Ipinapadala namin sa iyo ang sulat na ito upang sabihin na simula sa ika-1 ng Enero 2006, babayaran ng Medicare ang karamihan ng iyong mga de-resetang gamot sa pamamagitan ng bagong Part D Prescription Drug Program ng Medicare. Simula sa petsang iyon, Ititigil ng Medi-Cal ang pagbayad para sa mga gamot na iyon na sinasaklaw ng Medicare.

Inaatasan kaming itigil ang iyong mga Medi-Cal na sinasaklaw na gamot simula sa ika-1 ng Enero 2006, alinsunod sa 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) ng Batas ukol sa Social Security, na nag-uutos na itigil ang Medi-Cal coverage kapag inumpisahan ng Medicare saklawin ang mga gastos na iyon. Ang batas ay umaaplay lamang sa mga taong nasa Medicare at Medi-Cal, na karamiwang tinatawag na dual eligibles (kwalipikado sa dalawa). Ayon sa aming mga rekord, mayroon kang Medicare at Medi-Cal, at samakatwid, ang iyong mga benepisyo ng Medi-Cal para sa de-resetang gamot ay ititigil sa ika-1 ng Enero 2006. Kung sa palagay mo'y may pagkakamali hinggil sa iyong dual eligibility, mangyaring tawagan kaagad ang iyong eligibility worker.

Mayroong ilang uri ng mga gamot na hindi sasaklawin ng Medicare, na tinatawag ding "hindi saklaw ng coverage" ng Part D. Patuloy na babayaran ng Medi-Cal ang ilan sa mga Part D na 'di-saklaw na kategoriya ng mga gamot na kasalukuyang sinasaklaw ng Medi-Cal. Kabilang sa mga kategoriyang ito ang lahat ng mga sumusunod:

- 1) Benzodiazepines (mga gamot na ginagamit upang mabigyang-ginhawa ang anxiety (pagkabalisa), gamutin ang insomnia (nahihirapang makatulog), makatulong magrelaks sa mga kalamnan, at mabigyang-ginhawa ang mga muscle spasms).
- 2) Mga di-de-resetang gamot.
- 3) Barbituates (mga gamot na ginagamit upang bigyang-ginhawa ang anxiety o tensyon o upang makatulong kontrolahin ang seizure (mga biglang atake)).
- 4) Mga gamot na ginagamit upang bigyang-ginhawa ang ubo at mga sintomas ng sipon.
- 5) Mga de-resetang bitamina at mga mineral na produkto (ang kombinasyon ng bitamina/mga mineral na produkto, o mga dietary supplement ay 'di-sinasaklaw).
- 6) Mga gamot kapag ginagamit para sa anorexia, pagbawas ng timbang, o pagdagdag sa timbang.

Upang makuha ang iyong mga de-resetang gamot, kapag nagpunta ka sa botika upang kunin ang iyong mga de-resetang gamot, ipakita sa parmasyotiko ang iyong Medi-Cal card at ang card mula sa iyong plano ng Medicare para sa gamot.

Kung ikaw ay isang full-scope (tumatanggap ng lahat) na Medi-Cal na benepisyaryo, babayaran ng Medi-Cal ang isang 100-araw na supply ng iyong mga de-resetang gamot na sinasaklaw ng Medi-Cal basta binigyan ka ng iyong doktor ng isang reseta para sa 100-araw na supply at ibinigay sa iyo ng iyong parmasyotiko ang mga gamot sa o bago mag-ika-31 ng Disyembre 2005.

Mahalaga para sa iyo na malaman kung paano mo makukuha ang iyong mga gamot. Upang makuha ang iyong mga de-resetang gamot na binayaran sa pamamagitan ng Medicare, kailangan mong sumali sa isang plano ng Medicare para sa gamot. Kung hindi ka pa nakakasali sa isang plano, o kung kailangan mo ng tulong sa pagpili ng plano na tama para sa iyo, tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Para sa mga gumagamit ng TTY, tawagan ang 1-1-877-486-2048. O kaya'y tawagan ang HICAP (Health Insurance Counseling and Advocacy Program), ang iyong State Health Insurance Program sa 1-800-434-0222. Kung hindi ka mismo pumili ng plano para sa iyo, ilalagay ka ng Medicare sa isang plano sa iyong lugar. Kung ayaw mo ang planong iyon, makakalipat ka sa ibang plano kahit kailan.

Mayroon kang karapatang humingi ng apela kung sa palagay mo'y mali ang pagbabagong ito, ngunit bibigyan ka lamang ng pagkakataon para sa paglilitis kapag lamang iniisip mo na ang batas ay hindi umaaplay sa iyo dahil ang mga katotohanang mayroon kami tungkol sa iyo ay 'di-wasto. Kung ang iyong isang batayan para sa isang apela ay dahil iniisip mo na ang batas ay mali o 'di-makatarungan, ipapawalang-saysay ang iyong apela nang walang paglilitis. Kung gusto mong apelahin ang aksyon na ito, mangyaring basahin ang likod ng sulat na ito.

MANGYARING BASAHIN ANG LIKOD NG ABISONG ITO

ANG IYONG MGA KARAPATAN SA PAGDINIG

Mayroon kang karapatang humingi ng isang pagdinig kung hindi ka sumasang-ayon sa anumang aksyon ng county. Mayroon ka lamang 90 araw upang humingi ng isang pagdinig. Ang 90 araw ay nagsimula sa araw pagkatapos ibinigay o ikinoreo sa iyo ng county ang abisong ito.

Kung humingi ka ng isang pagdinig bago mangyari ang isang aksyon sa Cash Aid (Salaping Tulong), Medi-Cal, Food Stamps, o Child Care:

- Ang iyong Cash Aid o Medi-Cal ay mananatiling pareho habang ikaw ay naghihintay para sa isang pagdinig.
- Maaaring manatiling pareho ang iyong Serbisyo sa Child Care habang naghihintay ka para sa isang pagdinig.
- Ang iyong Food Stamps ay mananatiling pareho hanggang sa pagdinig o katapusan ng iyong panahon ng sertipikasyon, alinman ang mas maaga.

Kung sasabihin ng pagpapasiya sa pagdinig na kami ay tama, magiging utang mo sa amin ang anumang ekstrang Cash Aid, Food Stamps o Serbisyo sa Child Care na nakuha mo.

Upang ipababa o ipatigil sa amin ang iyong mga benepisyo bago ng pagdinig, itsek ang nasa ibaba:

Oo, ibaba o itigil: Cash aid Food Stamps Child Care

Habang Naghihintay ka ng Pagpapasiya sa Pagdinig para sa: Welfare to Work:

Hindi mo kailangang lumahok sa mga-gawain.

Maaari kang makatanggap ng mga child care na pagbabayad para sa pagtatrabaho at para sa mga gawaing inaprubahan ng county bago ng abisong ito.

Kung sinabi namin sa iyo na ang iyong mga pagbabayad sa supportive services ay itigil, hindi ka na makakakuha ng anumang iba pang mga pagbabayad, kahit na magpunta ka sa iyong gawain.

Kung sinabi namin sa iyo na babayaran namin ang iyong ibang supportive services, babayaran sila sa halaga at paraan na sinabi namin sa iyo sa abisong ito.

- Upang makuha ang supportive services na iyon, dapat kang magpunta sa gawain na sinabi sa iyo ng county na puntahan mo.
- Kung ang halaga ng supportive services na binabayaran ng county habang hinihintay mo ang desisyon sa pagdinig ay 'di-sapat upang pahintulutan kang lumahok, maaari kang tumigil sa magpunta sa gawain.

Cal-Learn:

- Hindi ka maaaring lumahok sa Cal-Learn na Programa kung sinabi namin sa iyo na hindi ka namin masisiibihan.
- Babayaran lamang namin ang supportive services ng Cal-Learn para sa isang inaprubahang gawain.

IBA PANG IMPORMASYON

Para sa mga Miyembro ng Plano ng Medi-Cal Para sa Pinamahalaang Pangangalaga: Maaari kang pigilan ng aksyon sa abisong ito na makakuha ng mga serbisyo mula sa iyong plano sa kalusugan para sa pinamahalaang pangangalaga. Kontakin ang iyong mga serbisyo sa pagiging miyembro ng plano sa kalusugan kung mayroon kang mga katanungan.

Pambata at/o Medikal na Suporta: Tutulong ang lokal na ahensiya sa child support na kolektahin ang suporta nang walang gastos kahit na wala ka sa cash aid. Kung nangongolekta na sila ngayon ng suporta para sa iyo, ipagpapatuloy nilang gawin ito hanggang sinulatan mo sila at pinatigil mo ito. Padadalhan ka nila ng kasalukuyang pansuportang pera na nakolekta ngunit itatago nila ang dating nakolektang pera na dapat ng bayaran na utang sa county.

Pagpapalano ng Pamilya: Bibigyan ka ng iyong tanggapan ng welfare ng impormasyon kapag hiniling mo ito.

File ng Pagdinig: Kung humingi ka ng pagdinig, gagawa ng file ang Dibisyon ng Pagdinig ng Estado. Mayroon kang karapatang makita ang file na ito bago ng iyong pagdinig at makakuha ng kopya ng nakasulat na posisyon ng county tungkol sa iyong kaso dalawang araw man lamang bago ng pagdinig. Maaaring ibigay ng estado ang iyong file ng pagdinig sa Welfare Department at sa U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. (W&I Code Mga Seksyon 10850 at 10950.)

UPANG HUMINGI NG ISANG PAGDINIG:

- Kumpletohin ang pahinang ito.
- Gumawa ng kopya ng harap at likod ng pahinang ito para sa iyong mga rekord. Kung gusto mo, ikukuha ka ng iyong worker ng kopya ng pahinang ito.
- Ipadala o dalhin ang pahinang ito sa:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

O KAYA

- Tumawag nang libre: 1-800-952-5253 o kaya para sa may kapansanan sa pandinig o pagsasalita na gumagamit ng TDD, 1-800-952-8349.

Upang Makakuha ng Tulong: Maaari kang magtanong tungkol sa iyong mga karapatan sa pagdinig o humingi ng pangalan na makapagbibigay ng legal aid sa walang bayad na mga estadong numero ng telepono na nakalista sa itaas. Maaari kang makakuha ng libreng legal na tulong sa tanggapan ng legal aid o welfare rights (mga karapatan sa kapakanan) sa iyong lugar.

Kung ayaw mo magpunta nang mag-isa sa pagdinig, maaari kang magdala ng isang kaibigan o ng sinuman.

HILING NG PAGDINIG

Nais kong magkaroon ng pagdinig dahil sa isang aksyon ng Welfare Department ng _____ County tungkol sa aking:

- Cash Aid Food Stamps Medi-Cal
- Iba pa (ilista): _____

Ito ang Dahilan: _____

Kung kailangan mo ng karagdagang lugar, magtsek dito at magdagdag ng isang pahina.

Dapat ako bigyan ng estado ng isang tagasalin nang walang gastos sa akin.

(Hindi maaaring magsalin ang isang kamag-anak o kaibigan para sa iyo sa pagdinig.)

Ang aking wika o diyalekto ay: _____

PANGALAN NG TAO NA ANG MGA BENEPISYO AY TINANGGIHAN, PINALITAN O ITINIGIL
PETA SA NG KAPANGANAKAN TELEPONO

KALYENG ADDRESS

LUNGSOD ESTADO ZIP CODE
PIRMA PETA

PANGALAN NG TAONG NAGKUKUMPLETO SA TELEPONO
PORMANG ITO

Nais kong magpakatawan sa pagdinig na ito sa taong nakapangalan sa ibaba. Ibinibigay ko ang aking pahintulot sa taong ito na makita ang aking mga rekord o magpunta sa pagdinig para sa akin. (Ang taong ito ay maaaring maging isang kaibigan o kamag-anak ngunit hindi siya maaaring magsalin para sa iyo.)

PANGALAN TELEPONO
KALYENG ADDRESS

LUNGSOD ESTADO ZIP CODE

MEDI-CAL THÔNG BÁO VỀ THỦ TỤC Thông Báo về Việc Giảm Bớt Quyền Lợi

Ngày 21 tháng Mười Hai, 2005

Nếu quý vị có thắc mắc về thông báo này,
xin liên lạc với nhân viên phụ trách tình trạng
hội đủ điều kiện của quý vị.

Kính gửi Người Nhận Trợ Cấp,

Chúng tôi gửi thư này để thông báo với quý vị rằng bắt đầu từ ngày 1 tháng Giêng năm 2006, Medicare sẽ đài thọ đa số các loại thuốc theo toa của quý vị qua Chương Trình Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa Medicare Phần D (Medicare Part D Prescription Drug Program) mới. Bắt đầu từ ngày đó, Medi-Cal sẽ ngừng bao trả cho các loại thuốc được Medicare đài thọ.

Chúng tôi phải ngừng bao trả cho các loại thuốc được Medi-Cal đài thọ bắt đầu từ ngày 1 tháng Giêng năm 2006, chiếu theo qui định 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act), trong đó qui định rằng bảo hiểm Medi-Cal sẽ ngừng ngay sau khi Medicare bắt đầu đài thọ các chi phí này. Đạo luật này chỉ áp dụng đối với những người được nhận cả trợ cấp Medicare và Medi-Cal, thường được gọi là những người hội đủ điều kiện nhận trợ cấp kép. Hồ sơ của chúng tôi cho thấy rằng quý vị được nhận cả bảo hiểm Medicare và Medi-Cal, vì vậy quyền lợi bảo hiểm thuốc theo toa Medi-Cal của quý vị sẽ ngừng vào ngày 1 tháng Giêng năm 2006. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi đã có sai sót trong việc xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp kép của quý vị, xin gọi ngay cho nhân viên phụ trách tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị.

Có một số loại thuốc mà Medicare sẽ không bao trả, hay còn được gọi là "không được bảo hiểm" bởi chương trình Phần D. Medi-Cal sẽ tiếp tục đài thọ cho một số hạng mục thuốc không được bao trả theo Phần D mà Medi-Cal hiện đang đài thọ. Các hạng mục này bao gồm tất cả các loại thuốc sau đây:

- 1) Benzodiazepines (các loại thuốc được sử dụng để chữa chứng lo âu, chữa mất ngủ (khó ngủ), giúp thư giãn cơ bắp và chữa chứng co thắt cơ.)
- 2) Các loại thuốc không phải là thuốc theo toa.
- 3) Barbituates (các loại thuốc được sử dụng để chữa chứng lo âu hoặc căng thẳng hoặc giúp kiểm soát tai biến mạch máu não).
- 4) Các loại thuốc được sử dụng để chữa bệnh ho và các triệu chứng cảm lạnh.
- 5) Các loại sinh tố và các sản phẩm khoáng chất theo toa (các sản phẩm kết hợp sinh tố/ khoáng chất hoặc chất bổ ăn kiêng không được bao trả).
- 6) Các loại thuốc khi sử dụng để chữa chứng biếng ăn, sụt cân, hoặc tăng cân.

Để giúp quý vị nhận thuốc theo toa thuận lợi hơn, khi quý vị tới lấy thuốc theo toa tại tiệm thuốc, xin xuất trình cho dược sĩ cả thẻ bảo hiểm Medi-Cal và thẻ từ chương trình bảo hiểm thuốc Medicare của quý vị.

Nếu quý vị là người được nhận bảo hiểm Medi-Cal toàn diện, Medi-Cal sẽ đài thọ lượng thuốc theo toa (thuộc diện được Medi-Cal bao trả) đủ dùng trong 100 ngày, miễn là bác sĩ của quý vị cho quý vị một toa thuốc đủ dùng trong 100 ngày và được sĩ của quý vị cấp toa thuốc đó vào hoặc trước ngày 31 tháng Mười Hai năm 2005.

Điều quan trọng là quý vị cần phải biết cách có được thuốc men của mình. Để được đài thọ thuốc theo toa qua Medicare, quý vị cần tham gia vào chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare. Nếu quý vị vẫn chưa tham gia chương trình nào, hoặc nếu quý vị cần giúp chọn một chương trình phù hợp, xin gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Những người sử dụng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Hoặc quý vị có thể gọi HICAP (Chương Trình Bệnh Vực và Cố Vấn Về Bảo Hiểm Sức Khỏe - Health Insurance Counseling and Advocacy Program), Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (State Health Insurance Program) của quý vị tại số 1-800-434-0222. Nếu quý vị không tự chọn một chương trình bảo hiểm, Medicare sẽ đưa quý vị vào một chương trình trong khu vực của quý vị. Nếu không hài lòng với chương trình này, quý vị có thể chuyển sang chương trình khác vào bất cứ lúc nào.

Quý vị có quyền xin kháng cáo nếu quý vị nghĩ rằng sự thay đổi này là không đúng, nhưng quý vị sẽ chỉ được ra điều trần nếu quý vị nghĩ rằng đạo luật này không áp dụng cho quý vị vì chúng tôi đã có dữ kiện không đúng về quý vị. Nếu nguyên nhân kháng cáo **duy nhất** là vì quý vị nghĩ rằng đạo luật này không đúng hoặc không công bằng, trường hợp kháng cáo của quý vị sẽ bị bác bỏ mà không đưa ra điều trần. Nếu quý vị muốn kháng cáo quyết định này, xin đọc mặt sau của bức thư này.

XIN ĐỌC MẶT SAU CỦA THÔNG BÁO NÀY

CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ VỀ BUỔI THỤ LÝ

Quý vị có quyền xin một buổi thụ lý nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ một biện pháp nào của Ty Xã Hội Hạt. Quý vị chỉ có thời hạn là 90 ngày để xin một buổi thụ lý. Thời hạn 90 ngày này được khởi tính kể từ sau ngày Ty Xã Hội Hạt trao hay gửi thông báo này cho quý vị.

Nếu quý vị xin một buổi thụ lý trước khi biện pháp áp dụng đối với trợ cấp tiền mặt, Medi-Cal, phiếu thực phẩm, hay trợ cấp gửi giữ trẻ có hiệu lực:

- Trợ cấp tiền mặt hay Medi-Cal (trợ cấp y tế của California) của quý vị sẽ được giữ nguyên như cũ trong khi quý vị chờ có buổi thụ lý.
- Trợ cấp về các dịch vụ gửi giữ trẻ của quý vị có thể được giữ nguyên như cũ trong khi quý vị chờ có buổi thụ lý.
- Trợ cấp phiếu thực phẩm của quý vị sẽ được giữ nguyên như cũ cho tới khi có buổi thụ lý hoặc cho tới cuối của kỳ hạn trong giấy xác nhận hội đủ điều kiện của quý vị, tính theo điều nào đến trước.

Nếu quyết định của buổi thụ lý tuyên bố là chúng tôi đúng, quý vị sẽ thiếu nợ chúng tôi bất kỳ số trợ cấp tiền mặt, trợ cấp phiếu thực phẩm hoặc trợ cấp về các dịch vụ gửi giữ trẻ trội dư nào mà quý vị đã nhận lãnh. Nếu muốn để cho chúng tôi cắt giảm hay ngưng trợ cấp của quý vị trước khi có buổi thụ lý, xin đánh dấu vào một hay các ô dưới đây:

Vâng, xin giảm hay ngưng:

- Trợ cấp tiền mặt Phiếu thực phẩm Trợ cấp gửi giữ trẻ

Trong khi quý vị chờ có một quyết định của buổi thụ lý liên quan đến:

Welfare to Work (Kế hoạch giúp người nhận trợ cấp tiến tới tình trạng có việc làm):

Quý vị không phải tham gia vào các sinh hoạt.

Quý vị có thể nhận các cấp khoản về gửi giữ trẻ vì đi làm và cấp khoản cho các sinh hoạt đã được Ty Xã Hội chấp thuận trước khi có thông báo này.

Nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là cấp khoản trả cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị sẽ bị ngưng, quý vị sẽ không nhận được thêm bất kỳ một cấp khoản nào nữa, kể cả khi quý vị vẫn tham dự vào sinh hoạt của quý vị.

Nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là chúng tôi sẽ trả tiền cho các dịch vụ hỗ trợ khác của quý vị, các dịch vụ đó sẽ chỉ được trả với số tiền và theo cách chúng tôi đã báo cho quý vị biết trong thông báo này.

- Để nhận các dịch vụ hỗ trợ đó, quý vị phải dự vào sinh hoạt mà Ty Xã Hội đã chỉ định cho quý vị tham gia.
- Nếu số tiền về các dịch vụ hỗ trợ do Ty Xã Hội trả trong khi quý vị chờ có quyết định của buổi thụ lý không đủ để cho quý vị tham dự, quý vị có thể ngưng tham dự vào sinh hoạt đó.

Cal-Learn (Chương trình học văn hóa của California dành cho những người cha/mẹ là thanh thiếu niên dưới 19 tuổi hiện có hưởng trợ cấp):

- Quý vị không thể tham dự vào chương trình Cal-Learn nếu chúng tôi đã báo cho quý vị biết là chúng tôi không thể phục vụ cho quý vị được.
- Chúng tôi sẽ chỉ trả tiền các dịch vụ hỗ trợ thuộc chương trình Cal-Learn đối với một sinh hoạt đã được chấp thuận.

NHỮNG DỮ KIỆN KHÁC

Về chương trình Medi-Cal Managed Care Plan (chương trình điều hành sự săn sóc y tế dành cho những người thụ hưởng trợ cấp Medi-Cal): Biện pháp áp dụng trong thông báo này có thể làm ngưng không cho quý vị nhận các dịch vụ thuộc chương trình điều hành sự săn sóc y tế của quý vị. Quý vị có thể cần phải liên lạc với ban phục vụ các thành viên của chương trình này nếu quý vị có điều gì thắc mắc.

Về việc cấp dưỡng cho con và/hoặc cấp dưỡng về y tế: Cơ quan địa phương phụ trách vấn đề cấp dưỡng cho con sẽ giúp miễn phí việc thu tiền cấp dưỡng cho con cho dù quý vị hiện không có hưởng trợ cấp tiền mặt. Nếu họ hiện đang thu tiền cấp dưỡng cho con họ cho quý vị, họ sẽ tiếp tục thu ngoại trừ khi quý vị yêu cầu họ ngưng thu bằng văn bản. Họ sẽ gửi trả quý vị bất cứ khoản nào thu được về tiền cấp dưỡng cho con thuộc kỳ hiện tại nhưng họ sẽ giữ lại các khoản tiền nào thu được về nợ cấp dưỡng đã qua hiện còn thiếu lại Ty Xã Hội.

Về vấn đề kế hoạch hóa gia đình: Ty Xã Hội sẽ cung cấp cho quý vị các dữ kiện khi quý vị yêu cầu.

Về hồ sơ của buổi thụ lý: Nếu quý vị xin một buổi thụ lý, Sở Điều Hành Việc Thụ Lý của Tiểu Bang sẽ thiết lập một hồ sơ. Quý vị có quyền tham khảo hồ sơ này trước khi có buổi thụ lý của quý vị. Chính quyền tiểu bang có thể chuyển hồ sơ thụ lý của quý vị cho Ty Xã Hội Hạt, Bộ Y Tế và Nhân Sự Vụ Hoa Kỳ và Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (chiếu theo Điều 10850 và 10950 W&I Code, [Bộ Luật về Phúc Lợi An Sinh và về Các Tổ Chức, Cơ Quan, Hiệp Hội]).

ĐỂ XIN MỘT BUỔI THỤ LÝ:

- Xin điền vào trang này.
- Làm phỏng ảnh mặt trước và mặt sau của trang này để cất giữ trong hồ sơ của riêng quý vị.
- Mang gửi hoặc đem đến nộp cho:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

HOẶC

- Gọi số điện thoại miễn phí: 1-800-952-5253 hoặc người bị yếu kém thính giác và dùng điện thoại TDD, xin gọi số 1-800-952-6349.

Để xin được sự giúp đỡ: Quý vị có thể hỏi về các quyền của quý vị đối với buổi thụ lý hoặc xin giới thiệu về cơ sở trợ giúp pháp lý (legal aid office) hay ban bảo vệ quyền của người nhận trợ cấp (welfare rights office) ở địa phương.

Nếu quý vị không muốn đến dự buổi thụ lý một mình, quý vị có thể đi cùng với một người bạn hay một người nào đó đến dự buổi thụ lý.

ĐƠN XIN BUỔI THỤ LÝ

Tôi muốn xin một buổi thụ lý bởi vì một biện pháp áp dụng của Ty Xã Hội Hạt _____ liên quan đến trợ cấp sau đây của tôi:

- Tiền mặt Phiếu thực phẩm Trợ cấp y tế Medi-Cal
 Điều khác (ghi rõ) _____

Sau đây là lý do: _____

Nếu cần thêm chỗ, xin đánh dấu vào ô này và viết thêm ra một tờ giấy rời.

Tôi muốn chính quyền cung cấp cho tôi một thông dịch viên miễn phí. (Thân nhân hay người bạn không thể thông dịch cho quý vị tại buổi thụ lý.)

Ngôn ngữ hoặc thể ngữ của tôi là tiếng: _____

TÊN HỌ CỦA NGƯỜI MÀ TRỢ CẤP BỊ BẮC, BỊ THAY ĐỔI HOẶC BỊ NGỪNG

NGÀY SINH

SỐ ĐIỆN THOẠI

SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

SỐ KHU VỰC BƯU ĐIỆN

CHỮ KÝ

NGÀY

TÊN HỌ NGƯỜI ĐIỀN MẪU NÀY

SỐ ĐIỆN THOẠI

Tôi muốn người có tên dưới đây đại diện cho tôi tại buổi thụ lý. Tôi cho phép người này được xem các giấy tờ hồ sơ của tôi hoặc đến dự buổi thụ lý thay cho tôi. (Người này có thể là một người bạn hay thân nhân nhưng không thể thông dịch cho quý vị.)

TÊN HỌ

SỐ ĐIỆN THOẠI

SỐ NHÀ, TÊN ĐƯỜNG PHỐ

THÀNH PHỐ

TIỂU BANG

SỐ KHU VỰC BƯU ĐIỆN

MEDI-CAL

TSAB NTAWV QHIA TXOG KEV TXIAV TXIM
Tsab Ntawv Qhia Txog Kev Txo Hauv Cov Kev Pab

Lub Kaum Ob Hlis Ntuj Tim 21, 2005

Yog koj muaj lus nug txog tsab ntawv no,
nug tau rau koj tus neeg ua hauj lwm saib xyuas rau kev
tsim nyog (eligibility worker).

Txog Rau Tus Neeg Tau Kev Pab,

Peb xa tsab ntawv no tuaj qhia koj paub hais tias pib lub lb Hlis Ntuj Tim 1, 2006, Medicare yuav them feem ntau ntawm koj cov nqi tshuaj uas kws kho mob sau los yuav los ntawm qhov kev pab tshiab Medicare Seem D Qhov Kev Pab Them Cov Nqi Tshuaj Uas Kws Kho Mob Sau Los Yuav (Medicare Part D Prescription Drug Program). Txij li hnub ntawv mus, Medi-Cal yuav tsis them rau cov nqi tshuaj uas twb tau kev pab them los ntawm Medicare lawm.

Peb yuav tsum tau txiav koj qhov kev pab them nqi tshuaj los ntawm Medi-Cal suav bxi lub lb Hlis Ntuj Tim 1, 2006, raws li 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) hauv Social Security Act, uas tau hais kom yuav tsum tau txiav cov kev pab them nqi los ntawm Medi-Cal thaum uas Medicare pib them cov nqi ntawv. Txoj cai no tsuas yog siv rau cov neeg uas tau txais ob qho kev pab los ntawm Medicare thiab Medi-Cal, thiab feem ntau hu ua cov neeg tsim nyog tau ob qho kev pab. Peb cov ntau ntawv qhia tias koj tau ob yam kev pab los ntawm Medicare thiab Medi-Cal, thiab vim yog li ntawv thiab li yuav tau txiav koj cov kev pab them nqi tshuaj los ntawm Medi-Cal rau lub lb Hlis tim 1, 2006. Yog koj xav tias muaj ib qho ua yuam kev hais txog qhov uas koj tsim nyog rau ob qho kev pab, thov hu rau koj tus neeg ua hauj lwm saib xyuas rau kev tsim nyog (eligibility worker) tam sim ntawv.

Muaj qee yam tshuaj uas Medicare yuav tsis them, uas tseem hu ua "tsis nyob hauv qhov kev pab them" los ntawm Seem D. Medi-Cal yuav them txuas ntiv rau qee yam tshuaj uas nyob rau hauv Seem D ntawm tej pawg tshuaj uas tsis nyob hauv qhov kev pab them uas Medi-Cal pab them tsam sim no. Tej pawg tshuaj no muaj tag nrho li cov nram no:

- 1) Benzodiazepines (cov tshuaj siv los bxo kev txhawj xeeb, pab rau kev pw tsis taus (teeb meem pw tsis tsaug zog), pab kom cov leeg muaj zog (muscles), thiab txo cov leeg uas nruj nruj.
- 2) Cov tshuaj uas tsis yog kws kho mob sau los yuav.
- 3) Barbituates (cov tshuaj uas siv los bxo kev txhawj xeeb los sis kev nruj ib ce los sis mob taub hau vim muaj kev xav ntau los sis pab rau kev qaug dab peg).
- 4) Cov tshuaj siv los pab rau kev hnoos thiab cov tsos mob ua daus no.
- 5) Cov tshuaj noj kom qab los noj mov (vitamins) thiab cov khoom minerals uas kws kho mob sau los yuav (yuav tsis them rau cov tshuaj qab los/cov khoom minerals sib tov los sis cov tshuaj noj kom yuag).
- 6) Cov tshuaj thaum siv rau ib tug mob uas tsis noj dab tsi li vim ntshai tsam rog (anorexia), kev ua kom poob paus (weight loss), los sis kev ua kom nce phaus (weight gain).

Yuav kom pab tau txoj kev uas muab koj cov tshuaj uas kws kho mob sau los yuav ntawv rau koj, thaum uas koj mus rau tom lub khw muab tshuaj, muab koj daim yuaj (card) Medi-Cal thiab daim yuaj uas los ntawm koj qhov Medicare uas pab them nqi tshuaj rau koj tus kws muab tshuaj.

Yog hais tias koj yog ib tug neeg uas tau tag nrho cov kev pab los ntawm Medi-Cal, Medi-Cal yuav them rau cov tshuaj noj 100-hnub ntawm koj cov tshuaj uas Medi-Cal pab them cov nqi tshuaj suav yog hais tias koj tus kws kho mob sau ntawv los yuav qhov tshuaj noj 100-hnub ntawv thiab koj tus kws muab tshuaj ntim cov tshuaj ua ntej lub Kaum Ob Hlis Ntuj Tim 31, 2005.

Nws yog ib qho tseem ceeb uas koj yuav tsum tau paub seb koj yuav mus nga koj cov tshuaj li cas. Yuav kom Medicare them rau koj cov tshuaj uas kws kho mob sau los yuav, koj yuav tsum tau koom hauv Medicare ib qho kev pab them nqi tshuaj. Yog hais tias koj tsis tau koom hauv ib qho kev pab them nqi, los sis yog hais tias koj xav tau kev pab xaiv qhov kev pab them nqi uas yog rau koj, hu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg uas siv TTY yuav tsum hu rau 1-877-486-2048. Los sis, koj hu tau rau HICAP Qhov Kev Pab Tawm Tswv Yim Txog Kev Them Nqi Kho Mob thiab Kev Pab Tawm Suab Sawv Cev (Health Insurance Counseling and Advocacy Program), koj Lub Xeev Qhov Kev Pab Them Nqi Kho Mob (State Health Insurance Program) ntawm 1-800-434-0222. Yog hais tias koj tsis xaiv ib qho kev pab them nqi ntawm koj tus kheej, Medicare yuav muab koj tso rau hauv ib qho kev pab uas nyob hauv koj cheeb tsam. Yog hais tias koj tsis nyiam qhov kev pab them nqi ntawv, koj yuav hloov mus rau lwm qhov kev pab them nqi thaum twg los tau.

Koj muaj cai thov kom muaj ib qho kev soj ntsuam yog hais tias koj xav hais tias qhov kev hloov no yuam kev lawm, tiam sis koj tsuas yog tau ib qho kev hais yog hais tias koj xav tias txoj cai tsis raug rau koj vim peb tau cov lus qhia yam muaj tseeb txog koj tsis yog lawm xwb. Yog hais tias qhov koj thov kom muaj ib qho kev soj ntsuam tsuas yog vim koj xav hais tias txoj cai tsis yog lawm los sis tsis ncaj ncees lawm xwb, koj txoj kev thov ntawv yuav muab tshem tawm mus yam tsis muaj kev soj ntsuam. Yog hais tias koj xav thov kom soj ntsuam txog qhov kev txiav txim no, thov nyeem sab nraum qab ntawm tsab ntawv no.

THOV NYEEM SAB NRAUM QAB NTAWM TSAB NTAWV QHIA NO

HMONG

KOJ MUAJ CAI CIA XAM TXIAV TXIM (HEARING RIGHTS)

Koj muaj cai hais kom lawv teem ib lub caij rau koj mus ntsib lawv yog koj tsis txaus siab rau county qhov kev txlav txim. Koj tsuas muaj 90 hnub los ceeb toom rau lawv. Qhov 90 hnub ntawd yuav pib txij li hnub tom qab uas county muab los yog xa daim ntawv no rau koj.

Yog koj hais kom lawv teem caij ntsib xam rau koj (hearing) ua ntej koj yuav raug txlav rau Nylaj Ntsuab, Medi-Cal, Nylaj Muas Noj, los yog Kev Zov Me nyuam:

- Koj cov nyiaj pab los sis Medi-Cal yuav nyob li qub thaum lub sij hawm uas koj tseem tos mus ntsib xam (hearing).
- Koj li kev pab txog zov menyuam yuav nyob li qub thaum lub sij hawm uas koj tseem tos mus ntsib xam (hearing).
- Koj cov nyiaj muas noj (Food Stamps) yuav nyob li qub thaum lub sij hawm uas koj tseem tos mus ntsib xam (hearing) los sis txog thaum yuav rov xam phaj, qhov twg xub txog ces siv qhov ntawd.

Yog kev txlav txim ntawm lub rooj hais plaub (hearing decision) pom tau tias qhov peb tau ua yog lawm no ces koj yuav tshuav peb nqi hais txog nyiaj ntsuab, nyiaj muas noj, los yog nyiaj zov menyuam uas peb tau pab rau koj lawm.

Yog yuav kom peb txo los sis nres koj cov nyiaj ua ntej mus ntsib xam, kos hauv qab:

Tsaus siab, txo los sis nres: Nyiaj ntsuab Nyiaj muas noj
 Nyiaj pab zov menyuam

Thaum lub sij hawm uas koj tseem tos kev txlav txim txog:

Welfare to Work:

Koj tsis tas mus koom ua lawv tej dej num los tau.

Koj muaj cuab kav txais tau nyiaj pab them nqi zov menyuam thiab tej yam hauv lwm uas county tau tso cai rau koj ua ntej tsab ntawv no.

Yog peb twb qhia rau koj tias tej kev pab cuam koj yuav txais tsis tau ntxim lawm ces koj txawm mus ua tej dej num los peb yeej tsis pab lawm.

Yog peb tau hais tias peb yuav them rau tej kev pab cuam uas koj txais los lawm, peb yuav them raws li uas tau hais thiab raws tsab ntawv ua qhia no.

- Yog yuav tau txais kev pab cuam koj yuav tau mus koom tej dej num raws li county tau hais rau koj lawm.
- Yog hais tias cov nyiaj uas county them pab rau koj thaum lub sij hawm uas koj tseem tos ntawm kev txlav txim tsawg heev tsis txaus koj mus koom nrog tej dej num, koj tsum tsis mus koom ntxiv lawm los tau.

Cal-Learn:

- Koj yuav koom tsis tau nrog Cal-Learn Program yog hais tias peb tau hais rau koj tias peb pab tsis tau koj.
- Peb tsuas pab them rau tej dej num uas peb tau tso cai rau Cal-Learn xwb.

LWM YAM XOY

Cov uas tau nkag rau hauv Medi-Cal Managed Care Plan: Tej zaum cov nqe lus uas tau hais los saum no yuav ua rau koj tsis tau txais kev pab cuam los ntawm koj qhov qhoos kas kuaj mob (managed care health plan). Yog hais tias koj muaj lus noog dab tsi no hu rau cov tuav npe ntawm koj qhov qhoos kas kuaj mob.

Nylaj yug me nyuam thiab/los yog ntawv kuaj mob (Child and/or Medical Support): Lub koom haum sau nyiaj pab yug me nyuam nyob hauv koj lub zos yuav pab koj sau cov nqi yug menyuam rau koj yam tsis tau them nqi dab tsi li tab txawm tias koj tsis txais nyiaj ntsuab. Yog tias lawv sau nyiaj pab koj, lawv yuav sau rau koj kom txog thaum uas koj sau ntawv qhia rau lawv hais tias koj tsis xav tau lawm. Lawv yuav xa cov nyiaj yug menyuam rau koj tiamsis yuav tseg yog hais tias tshuav qub nqi yug me nyuam tsis tau them rov rau county.

Family Planning: Lub tuam tsev welfare hauv koj lub zos mam li muab tej ntaub ntawv rau koj yog hais tias koj noog txog.

Hearing File: Yog tias koj nrog peb teem caij sib tuaj hais cai vim tuaj koj tsis pom zoo li peb tau txlav txim, the State Hearing Division yuav npaj ib lub file rau koj. Koj muaj cai yuav mus tshawb thiab luam tau tej ntaub ntawv nyob hauv phau file no ua ntej rau hnub uas koj mus ntsib lawv. Tej zaum tom Xeev ho yuav muab koj tej ntaub ntawv rau tom Welfare Department thiab tom U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

YOG KOJ XAV TEEM CAIJ TUAJ MUS NTSIB XAM (HEARING):

- Ua daim ntawv no kom tiav.
- Luam ob sab tib si khaws cia ua pov thawj.
Yog koj noog koj tus worker yuav luam pub rau koj.
- Xa los yog nqa daim ntawv no mus rau:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

LOS SIS

- Hu tus xov tooj hu dawb: 1-800-952-5253 los yog hais tias koj tsis hnov lus zoo thiab hais tsis tau lus li no siv tus TDD, 1-800-952-8349.

Xav tau kev pab: Koj muaj cai noog txog tej cai ncaj ncees uas koj muaj los yog kev pab cuam rau tej kev cai yog hais tias koj hu rau tus xov tooj hu dawb saum no. Tej zaum koj yuav tau kev pab dawb los ntawm tej chaw hais plaub los sis hauv chaw uas hais txog welfare cov cai.

Yog koj tsis xav mus tom lub rooj txlav txim (hearing) no ib leeg, koj coj tau ib tug phooj ywg los sis ib tug neeg nrog koj.

TSAB NTAWV THOV MUS NTSIB XAM

Kuv xav thov ib lub rooj txlav txim (hearing) vim kuv tsis pom zoo li lub Welfare Department hauv _____ County hais rau kuv txog:

Nyiaj Ntsuab Nyiaj Muas Noj Medi-Cal

Lwm yam (sau) _____

Vim yog li no: _____

Yog koj sau ntawm no tsis txaus kos lub thawv no thlab xuas ib daim ntawv sau ntxiv.

Kuv xav kom tom xeev nrhiav ib tug neeg txhais lus rau kuv yam kuv yuav tsis tau them nyiaj li. (Ib tug kwv tij los sis koj tus phooj ywg yuav txhais tsis tau lus rau koj nyob tom lub rooj txlav txim [hearing].)

Kuv hom lus yog: _____

TUS-NEEG UAS RAUG TXIAV, HLOOV, THIAB TSIS TAU TXAIS KEV PAB LUB NPE

HNUB YUG	XOV TOOJ
----------	----------

CHAW NYOB	
-----------	--

NROOG	XEEV	ZIP CODE
-------	------	----------

XEES NPE	HNUB
----------	------

TUS UAS SAU DAIM NTAWV NO LUB NPE	XOV TOOJ
-----------------------------------	----------

Kuv xav tau tus neeg hauv qab no sawv cev kuv rau hnub uas kuv mus lub rooj txlav txim ntawd. Kuv tso cai rau tus neeg saib kuv tej ntaub ntawv los sis mus lub rooj txlav txim (hearing) rau kuv. (Tus neeg no ib tug phooj ywg los yog ib tug kwv tij los tau tiam sis txhais tsis tau lus rau koj.)

NPE	XOV TOOJ
-----	----------

CHAW NYOB	
-----------	--

NROOG	XEEV	ZIP CODE
-------	------	----------

메디-칼 시행 통지 혜택 감소 통지서

2005년 12월 21일

본 통지서에 대해 의문 사항이 있으시면, 복지
신청 심사관에게 연락하시기 바랍니다.

수혜자분께,

본 편지는 2006년 1월 1일부터 수혜자분이 복용하시는 대부분의 처방약 비용을 메디케어(Medicare)가 신규 메디케어 파트-D 처방약 프로그램을 통해 지불하게 될 것임을 알려드리기 위한 것입니다. 메디-칼(Medi-Cal)은 2006년 1월 1일부로, 메디케어에 의해 보상되는 그러한 약품 비용에 대한 지불을 중단하게 됩니다.

메디-칼은 2006년 1월 1일부로, 미국 사회보장법(Social Security Act) 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1)에 위거하여, 메디-칼의 담당해은 수혜자분의 처방약에 대한 보상을 중단하기로 되어 있으며, 일단 메디케어가 처방약 비용에 대한 지불을 시작하게 되면, 메디-칼은 보상을 중단해야만 합니다. 본법은 메디케어와 메디-칼에 동시에 가입되어 있으며, 통상 이중 자격자라고 불리는 수혜자들의 경우에만 적용됩니다. 저희 기록에 의하면, 귀하가 메디케어와 메디-칼에 동시에 가입되어 있으며, 따라서 2006년 1월 1일부터 처방약 혜택이 중단되도록 되어 있습니다. 만일 귀하가 이중 자격자로 판정된 것이 실책에 의한 것으로 생각되시면, 즉시 복지 신청 심사관에게 연락해 주시기 바랍니다.

메디케어는 파트-D 처방약 프로그램에 의해 "보상에서 제외된 약품"이라고 불리는 일부 약품들에 대해서는 보상을 하지 않을 것입니다. 메디-칼은 파트-D 처방약 프로그램에서 보상이 제외된 약품들의 범주 중 메디-칼이 현재 보상하고 있는 일부 약품들에 대해서는 지불을 계속할 것입니다. 이러한 약품들의 범주는 다음을 포함합니다:

- 1) 벤조디아제핀계(Benzodiazepines); 불안증 경감, 불면증(잠들기 힘든 증세) 치료, 근육의 이완, 근육 경련의 경감 등에 사용되는 약품들.
- 2) 비처방 약품들.
- 3) 바비츠티레이트계(Barbiturates); 불안증이나 긴장의 경감 또는 발작 증세의 조절에 사용되는 약품들.
- 4) 기침 및 감기 증세의 경감을 위해 사용하는 약품들.
- 5) 처방된 비타민 및 미네랄; 비타민/미네랄의 배합 제품 또는 영양 보충제(dietary supplements)는 해당되지 않음.
- 6) 식욕결핍증, 체중감소 또는 체중증가 등의 증세에 사용되는 약품들.

처방약을 받기 위해 약방에 가실 때, 약품 수령 절차의 촉진을 위해, 메디-칼 카드 및 메디케어 약품 방안(Medicare drug plan) 카드를 모두 제시해 주시기 바랍니다.

만일 귀하가 총괄적 메디-칼 수혜자이며, 담당 의사가 100일간 복용을 위한 약품을 처방해 주었고, 약제사가 2005년 12월 31일이나 그 이전에 처방약을 조제해 준 경우, 메디-칼은 메디-칼에 의해 보상되는 처방약의 100일간 복용분에 대한 비용을 지불할 것입니다.

귀하가 복용하시는 약물의 수령 방법에 대해 알아두시는 것이 중요합니다. 복용하시는 처방약의 비용을 메디케어가 지불하도록 하시려면, 메디케어 약품 방안에 가입하셔야 합니다. 아직 메디케어 약품 방안에 가입하지 않으셨거나, 귀하에게 적합한 약품 방안을 선택하는데 도움이 필요하신 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY(문자 전화기)를 사용하시는 분들은 1-877-486-2048로 전화하시면 됩니다. 또는 1-800-434-0222로 캘리포니아주 의료보험 프로그램인 HICAP(의료보험 상담 및 옹호 프로그램)에 전화하실 수도 있습니다. 귀하가 약품 방안을 선택하지 않으실 경우, 메디케어는 임의로 귀하의 거주 지역에서 운영되는 처방 방안에 귀하를 가입시키게 됩니다. 만일 이 처방 방안이 마음에 들지 않을 경우, 언제라도 다른 처방 방안으로 변경하실 수 있습니다.

금번의 변화가 부당한 것이라고 생각하시는 경우, 귀하에게는 항소를 신청할 권리가 있으나, 저희가 소유한 귀하에 대한 자료의 부정확성 때문에 본 법안이 귀하에게 적용되지 않는다고 생각하시는 경우에 한해서만 증언 청구의 기회가 주어질 것입니다. 만일 귀하의 유일한 항소 이유가 본 법안이 부당하거나 불공평하다는 생각에 근거한 경우, 귀하의 항소 신청은 증언 청구 없이 기각될 것입니다. 본 조치에 대해 항소를 원하시는 경우, 본 편지의 뒷면을 참조하시기 바랍니다.

본 통지서의 뒷면을 읽어보시기 바랍니다.

귀하의 청문회 권리

귀하는 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우, 청문회를 신청할 권리가 있습니다. 청문회는 90 일 이내에 신청하여야 합니다. 90 일의 기간은 카운티가 직접 또는 우편으로 이 통지서를 귀하에게 보낸 다음날로부터 시작됩니다.

귀하가 현금보조 (Cash Aid), 메디-칼 (Medi-Cal), 식품교환권 (Food Stamps), 또는 유아교육 (Child Care) 등에 대한 결정이 내려지기 이전에 청문회를 신청하실 경우:

- 귀하의 현금보조 또는 메디-칼 혜택은 귀하가 청문회를 기다리는 기간중 변함이 없습니다.
- 귀하의 유아교육 서비스는 귀하가 청문회를 기다리는 기간중 아마도 변함이 없을 것입니다.
- 귀하의 식품교환권은 청문회의 날 또는 증명기간의 종료일중에서 어느날이던 먼저오는 그날까지는 변함이 없습니다.

만일 청문회의 결과 우리가 카운티의 결정이 옳았다면, 귀하는 현금보조, 식품교환권 또는 유아교육 서비스를 통해 받은 초과된 비용에 대해 빚을 지게됩니다. 청문회 이전에 혜택의 지급을 낮추거나 중단하시려면, 아래에 체크해 주십시오:

네, 낮추거나 중단하십시오: 현금보조 식품교환권 유아교육

귀하는 다음에 대한 청문회 결정을 기다리는 동안:

근로를 통한 복지 (Welfare to Work):

근로를 통한 복지활동에 참가하지 않으셔도 됩니다.

이 통지서를 발행하기 이전에 카운티에서 허가한 고용과 근로를 통한 복지활동에 대해 지불되는 유아교육비를 받으실 수 있을지도 모릅니다.

다른 보조적인 서비스 지불금이 중단될 것이라고 귀하에게 언급한 경우, 귀하가 비록 근로를 통한 복지활동에 참가하더라도 아무런 지불금도 받지 못할 것입니다.

다른 보조적인 서비스에 대해 귀하에게 지불할 것이라고 언급한 경우, 이 통지서에서 알려준 금액과 방법에 따라 지불될 것입니다.

- 이러한 보조적인 서비스를 받으시려면, 카운티가 귀하에게 참가하라고 알려준 근로를 통한 복지활동에 반드시 참가하셔야 합니다.
- 만일 카운티의 보조적인 서비스 지불액이 청문회를 기다리는 동안 귀하가 근로를 통한 복지활동에 참가할 수 있도록 도움이 되지 못한다면, 근로를 통한 복지활동 참가를 중단하셔도 됩니다.

칼-러 (Cal-Learn):

- 카운티가 귀하에게 도움이 될 수 없다고 언급한 경우, 귀하는 칼-러 프로그램에 참가할 수 없습니다.
- 카운티는 단지 허가된 활동에 대해서만 칼-러 보조적인 서비스를 지불할 것입니다.

그밖의 정보사항

메디-칼 관리의료 플랜 (Medi-Cal Managed Care Plan) 회원: 이 통지서의 계획은 귀하가 관리의료 플랜 (managed care health plan) 으로부터 서비스를 받는 것을 중단 시킬지도 모릅니다. 의문사항이 있으시면, 의료플랜 회원 서비스에 연락해 보십시오.

자녀양육비 또는 의료지원 (Child and/or Medical Support): 지역 자녀양육기관은 귀하가 현금보조를 받고 있지 않은 경우에도 무료로 양육비 징수를 도와드릴 것입니다. 만일 현재 자녀양육기관이 귀하를 위해 양육비를 징수하고 있다면, 귀하가 문서상으로 중단해줄 것을 요청하지 않는 한 양육비 징수를 계속할 것입니다. 자녀양육기관은 징수한 최근의 양육비를 귀하에게 보낼 것이지만 지불일이 지난, 카운티에 빚진 양육비도 계속 징수할 것입니다.

가족계획 (Family Planning): 사회복지 사무소는 귀하가 요청하면, 가족계획에 관한 정보를 제공해 드릴 것입니다.

청문회 서류 (Hearing File): 귀하가 청문회를 신청하면, 주 정부 청문회 부서는 새로운 서류를 마련할 것입니다. 귀하는 청문회 이전에 이 서류를 볼 수 있는 권리가 있으며, 늦어도 청문회가 열리기 2 일 전에는 귀하의 상황 (case) 에 대한 카운티의 견해가 문서로 기록된 사본을 얻을 권리가 있습니다. 주 정부는 귀하의 청문회 서류를 사회복지국 (Welfare Department) 그리고 연방 보건 복지부와 농무부 (U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture) 에 보낼지도 모릅니다. (W&A 법전 10850 조와 10950 조)

청문회를 신청하시려면:

- 아래에 있는 청문회 신청서를 작성하십시오.
- 이 페이지의 전면과 후면을 복사해 귀하의 기록으로 보관하십시오. 직원에게 요청하시면, 이 페이지의 복사본을 마련해 드릴 것입니다.
- 이 페이지를 다음 주소로 보내시거나 가지고 가십시오:

California Department of Social Services
P. O. Box 944243, MS 19-97
744 P Street
Sacramento, CA 94244-2430

또는

- 무료 전화번호: 1-800-952-5253 아니면 전기통신장치 (TDD) 를 사용하시는 언어나 청각장애자를 위한 전화번호, 1-800-952-8349 를 사용하십시오.

도움을 받으시려면 위에 알려드린 주 정부 무료전화로 통해 청문회 권리에 관해 문의하시거나 또는 법률보조를 위한 추천을 신청하실 수 있습니다. 지역 법률보조 사무실이나 사회복지권리 사무실에서 무료로 법률지원을 받으실 수도 있습니다.

청문회에 혼자 참석하고 싶지 않으시면, 친구 또는 다른 사람과 함께 오실 수 있습니다.

청문회 신청서

_____ 카운티의 사회복지부에서 내린 _____ 내에 관한 다음의 결정에 대해 청문회를 신청합니다:

현금보조! 식품교환권! 메디-칼

기타 (특목) _____

신청 이유: _____

여백이 좀더 필요하시면, 체크를 하시고 한 페이지를 첨부 하십시오.

주 정부에서 나를 위해 무료로 통역사를 준비해 주었으면 합니다. (청문회에서 친척이나 친구는 귀하를 위해 통역을 할 수 없습니다.)

나의 언어 또는 지방 사투리: _____

혜택이 거절, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일	전화번호
주소 (STREET ADDRESS)	
시 (CITY)	주 (STATE) 우편번호 (ZIP CODE)
성명	날짜
이 서식을 작성하는 사람의 이름	전화번호

나는 아래에 기록된 사람이 이 청문회에서 나를 대표하기를 바랍니다. 나는 이 사람이 내 기록을 열람하고 나를 대표해 이 청문회에 참석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 귀하의 친구 또는 친척일 수 있으나 귀하를 위해 통역은 할 수 없습니다.)

이름	전화번호
주소 (STREET ADDRESS)	
시 (CITY)	주 (STATE) 우편번호 (ZIP CODE)

MEDI-CAL

ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Նպաստի Կրճատման Ծանուցում

Դեկտեմբերի 21, 2005

Եթե հարցեր ունեք այս ծանուցման վերաբերյալ, դիմեք
ձեր իրավունքների և արտոնությունների գործակալին:

Հարգելի Նպաստ Ստացող,

Ուղարկում ենք այս նամակը ձեզ տեղեկացնելու համար, որ հունվարի 1-ից, 2006, Medicare վճարելու է ձեր դեղատոմսով դեղորայքի մեծամասնության համար Medicare-ի մոր Մաս D Դեղատոմսով Դեղորայքի Ծրագրի շրջանակներում: Այդ օրվանից Medi-Cal-ը դադարեցնելու է վճարումները այն դեղորայքի համար, որը վճարվում է Medicare-ի կողմից:

Սեզանից պահանջել են, հունվարի 1-ից, 2006, դադարեցնել վճարումները Medi-Cal-ի կողմից վճարվող ձեր դեղորայքի համար, համաձայն Սոցիալական Ապահովության Ակտի 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) մասի, որը պահանջում է, որպեսզի դադարեցվեն Medi-Cal-ի վճարումները այն պահից, երբ Medicare-ը կսկսի վճարել այդ ծախսերը:

Այս օրենքը վերաբերվում է միայն այն անձանց, ովքեր ունեն և Medicare, և Medi-Cal, և որոնք սովորաբար համարվում են երկակի պայմաններին համապատասխանող անձինք: Մեր գրանցումները ցույց են տալիս, որ դուք ունեք Medicare և Medi-Cal և, հետևապես, հունվարի 1-ից, 2006, ձեր Medi-Cal-ի դեղատոմսով դեղորայքի նպաստները կդադարեցվեն: Եթե համարում եք, որ սխալ է տեղի ունեցել երկակի պայմաններին ձեր համապատասխանության վերաբերյալ, խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել ձեր իրավունքների և արտոնությունների գործակալին:

Medicare-ը չի վճարելու որոշակի դեղորայքի համար, որը հայտնի է որպես «ծածկույթից հանված» ըստ Մաս D-ի: Medi-Cal-ը կշարունակի վճարել Մաս D-ի կողմից հանված այդ որոշակի դեղամիջոցների համար, որոնք Medi-Cal-ը այժմ ծածկում է: Այս կատեգորիաները ներառում են բոլոր հետևյալ դեղամիջոցները՝

- 1) Բենզոդիազեպիններ (դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են անհանգստության զգացումը հանգստացնելու, անքնության (քնելու դժվարություն), մկանները և մկանային ջղաձգությունները թուլացնելու համար:
- 2) Առանց դեղատոմսի դեղորայք:
- 3) Բարբիտուրատներ (դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են անհանգստության զգացումը կամ լարվածությունը հանգստացնելու համար կամ օգնում են կարգավորել նոպաները):
- 4) Դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են հազի կամ մրսածության համար:
- 5) Դեղատոմսով վիտամիններ և հանքային նյութեր (վիտամին/ հանքային նյութեր համակցության կամ դիետային լրացումների համար չի վճարվում):
- 6) Դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են ախորժակի կորստի, քաշի կորստի կամ ավելացման համար:

Որպեսզի հեշտացնեք ձեր դեղատոմսի ստանալը, դեղատոմս գնալիս դեղագործին ցույց տվեք ձեր Medi-Cal-ի քարտը, ինչպես նաև Medicare-ի դեղորայքի պլանի քարտը:

Եթե դուք լիովին Medi-Cal-ի նպաստ ստացող եք, Medi-Cal-ը կվճարի ձեր Medi-Cal-ի դեղատոմսով դեղորայքի 100 օրվա պաշարի համար, եթե ձեր բժիշկը դուրս գրի 100 օրվա պաշարի դեղատոմս և ձեր դեղագործը լրացնի այդ դեղատոմսը մինչև կամ հենց Դեկտեմբերի 31-ին, 2005:

Կարևոր է, որ իմանաք, թե ինչպես ստանաք ձեր դեղորայքը: Որպեսզի Medicare-ը վճարի ձեր դեղատոմսերի համար, հարկավոր է անդամակցվեք Medicare-ի դեղորայքի պլանին: Եթե դեռ չեք միացել պլանին կամ եթե ձեզ հարմար պլանն ընտրելու օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): Հեռախոս օգտագործողների համար՝ զանգահարեք 1-877-486-2048: Կամ կարող եք զանգահարել HICAP (Առողջապահական Ապահովագրման Խորհրդատվական և Փաստաբանական Ծրագիր), ձեր Նահանգային Առողջապահական Ապահովագրման Ծրագիր 1-800-434-0222: Եթե ինքնուրույն պլան չընտրեք, ապա Medicare-ը ձեզ կներառնի ձեր տարածքային պլանի մեջ: Եթե չեք համակրում այդ պլանը, ապա ցանկացած պահին կարող եք փոխվել այլ պլանի:

Բողոք ներկայացնելու իրավունք ունեք, եթե կարծում եք, որ այս փոփոխությունը սխալ է, բայց այն կքննարկվի միայն այն դեպքում, եթե կարծում եք, որ օրենքը ձեզ չի վերաբերվում, քանի որ մենք սխալ տվյալներ ունենք ձեզ մասին: Եթե ձեր բողոքի միայն հիմնավորումն այն է, որ, ձեր կարծիքով, օրենքը սխալ է և անարդար, ապա ձեր բողոքը կմերժվի առանց քննարկման: Եթե ուզում եք բողոքարկել այս գործողությունը, խնդրում ենք կարդալ այս նամակի հետևում:

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԿԱՐԴԱԼ ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՀԱՎԱՈՒԿ ԿՈՂՄԸ

ՂԱՏԱԿԱՆ ՈՒՆԿԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ՉԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Եթե Դուք համաձայն չեք կոնսուլյան որևէ որոշման հետ, Դուք կարող եք դատական ունկնդրություն պահանջել: Ունկնդրության հայց ներկայացնելու համար դուք ընդամենը 90 օր ժամանակ ունեք: 90 օրվա ժամկետը սկսվել է այն օրվանից, երբ կոնսուլյունը հանձնել կամ փոստով ուղարկել է Ձեզ սույն ծանուցումը:

Եթե Դուք դատական ունկնդրություն եք պահանջում մախթան դրամական օգնության, «Medi-Cal»-ի, սննդամթերքի կարոնների կամ մանկական խնամքի ծառայությունների կապակցությամբ որոշման կիրառվումը, ապա՝

- ունկնդրությանը սպասելու ընթացքում՝ դրամական օգնություն և «Medi-Cal» ստանալու Չեր իրավունքները կմնան անփոփոխ:
- ունկնդրությանը սպասելու ընթացքում մանկական խնամքի ծառայություններ ստանալու Չեր իրավունքները կարող են մնալ անփոփոխ:
- սննդամթերքի կարոններ ստանալու Չեր իրավունքները կմնան անփոփոխ մինչև դրանց ժամկետի լրանալը կամ դատական ունկնդրությունը կախված նրանից, թե որն ավելի շուտ տեղի կունենա:

Եթե դատական ունկնդրության արդյունքում որոշվի, որ մենք միշտ ենք, ապա Ձեզանից փոխհատուցում կպահանջվի Չեր ստացած յուրաքանչյուր լրացուցիչ դրամական օգնության, սննդամթերքի կարոնի կամ մանկական խնամքի ծառայության համար:

Եթե ցանկանում եք, որ մենք կրճատենք կամ դադարեցնենք Ձեր նպաստները մինչև դատական ունկնդրությունը, նշան դրեք ներքևում:

- Այո, կրճատեք կամ դադարեցրեք՝ դրամական օգնությունը
 սննդամթերքի կարոնները մանկական խնամքի ծառայությունները

Եթե դուք դատական ունկնդրության վճարի են սպասում

Մասնատեղիական վերապահության համար տրամադրվող օգնության (Welfare to Work) կապակցությամբ, ապա՝

Դուք պարտավոր չեք մասնակցել միջոցառումներին:

Դուք կարող եք ստանալ մանկական խնամքի համար նախատեսված վճարումները՝ զբաղվածության և սույն ծանուցումից առաջ կոնսուլյան կողմից հաստատված միջոցառումների համար:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել ենք, որ սոցիալական օգնության այլ ծառայությունների համար վճարումները դադարեցվելու են, ապա Դուք այլևս չեք վճարվի, եթե անգամ համախեց համապատասխան միջոցառմանը:

Եթե մենք Ձեզ հայտնել ենք, որ Դուք վճարվելու եք սոցիալական օգնության այլ ծառայությունների համար, ապա Դուք կստանաք վճարումները սույն ծանուցման մեջ նշված չափով և եղանակով:

- Սոցիալական օգնության ծառայությունները ստանալու համար, Ձեզ հարկավոր է հաճախել կոնսուլյան կողմից նշված միջոցառմանը:
- Եթե սոցիալական օգնության ծառայությունների գումարը, որը կոնսուլյունը վճարում է մինչև դատական ունկնդրությունը, բավարար չէ, որպեսզի Ձեզ թույլ տա մասնակցել միջոցառմանը, Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր մասնակցությունը:

«Cal-Learn» ծրագիրը

- Դուք չեք կարող մասնակցել «Cal-Learn» ծրագրին, եթե մենք հայտնել ենք Ձեզ, որ չենք կարող Ձեզ սպասարկել:
- «Cal-Learn»-ի սոցիալական օգնության ծառայությունների համար մենք կվճարենք միայն այն դեպքում, եթե միջոցառումը հաստատվել է մեր կողմից:

ԱՅՆ ԵՐԿԵՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

«Medi-Cal» կառավարվող խնամքի ծրագրի (Medi-Cal Managed Care Plan) անդամներին, սույն ծանուցման մեջ նշված որոշմանը կարող են դադարեցվել կառավարվող խնամքի Չեր առողջապահական ծրագրի ծառայությունները: Եթե հարցեր ունեք, կարող եք դիմել Չեր առողջապահական ծրագրի անդամների սպասարկման ծառայությանը:

Երեխաներին տրամադրվող եկամտի օգնությունը, երեխաներին տրամադրվող օգնության տեղական կազմակերպությունն անվճար կօգնի Ձեզ դրամաօգնության հարցում, եթե անգամ Դուք ընդգրկված չեք դրամական օգնություն ստացողների ցուցակում: Եթե նրանք այժմ նախատեսվածներ են հավաքում Ձեզ համար, ապա նրանք կշարունակեն այդ անել, քանի դեռ Դուք զբաղվող կերպով չհնարեք նրանց դադարեցնել դրամաօգնությանը: Նրանք կողարկեն Ձեզ ներկայումս հավաքված գումարը, սակայն նախկինում կոնսուլյանը պարտք եղած գումարը կպահվի դրանից:

Ընտանիքի պահանջարկը, Անհրաժեշտ տեղեկությունների համար դիմեք նպաստների տրամադրման Չեր գրասենյակին:

Դատական ունկնդրության գործը, եթե Դուք դատական ունկնդրություն եք պահանջել, ապա Դատական ունկնդրությունների նախնադատական բաժանմունքը (State Hearing Division) Ձեզ համար առանձին գործ բաց կանի այդ կապակցությամբ: Դուք իրավունք ունեք ծանոթանալ Չեր գործին նախքան դատական ունկնդրությունը և ունկնդրությունից առնվազն երկու օր առաջ ստանալ Չեր գործի կապակցությամբ կոնսուլյան դիրքորոշման գրավոր օրինակ: Նախնադատ կարող է Չեր գործը հանձնել Նպաստների տրամադրման դեպարտամենտին և ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների, ինչպես նաև Գյուղատնտեսության դեպարտամենտներին: (տես՝ «Նպաստների և իրենցարկությունների մասին օրենքների ժողովածու» (W&I Code) 10850-րդ և 10850-րդ բաժինները):

ՂԱՏԱԿԱՆ ՈՒՆԿԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՐԱՆՁԵԼՈՒ ՀԱՍԱՐ

- Լրացրեք այս թերթիկը:
- Պատճենահանեք թերթիկի երկու կողմը Չեզ մոտ պահելու համար: Եթե դիմեք Չեր սոցիալական աշխատակցին, նա Ձեզ կարող է տալ այս թերթիկի օրինակը:
- Ուղարկեք կամ տարեք այս թերթիկը՝

California Department of Social Services
 P. O. Box 944243, MS 19-97
 744 P Street
 Sacramento, CA 94244-2430

ԿԱՅ

- **Ձանգահարեք 1-800-952-6253 կամ, եթե խոսքով կամ խոսելու դժվարություն ունեք և օգտվում եք TDD-ից՝ 1-800-952-8349 անվճար հեռախոսահամարներով:**

Օգնություն ստանալու համար՝ Դուք կարող եք զանգահարել ստորև նշված անվճար հեռախոսահամարով և իրավաբանական օգնություն ստանալ դատական ունկնդրության Չեր իրավունքների կապակցությամբ: Դուք կարող եք անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալ Չեր տեղական իրավաբանական օգնության կամ նպաստների տրամադրման գրասենյակից:

Եթե Դուք չեք ցանկանում միայնակ ներկայանալ դատական ունկնդրությանը, կարող եք ներկայանալ որևէ բարեխառն կամ ցանկացած այլ անձնակազմի հետ:

ՂԱՏԱԿԱՆ ՈՒՆԿԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՑ

Ես դատական ունկնդրություն եմ պահանջում _____ կոնսուլյան Սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտի որոշման կապակցությամբ, որը վերաբերում է իմ՝

- դրամական օգնությանը սննդամթերքի կարոններին «Medi-Cal»-ին

Այլ (նշեք) _____

Որի պատճառով՝ _____

- Եթե տեղը չի բավականացնում, նշան դրեք այստեղ և բերեք ավելացրեք:

- Ի՞նձ հարկավոր է, որ նախնադատ ի՞նձ անվճար բարգձմանիչ տրամադրի: (Ունկնդրության ժամանակ Չեր ազգականը կամ բարեկամը չեն կարող բարգձմանել Ձեզ համար):

Իմ լեզուն կամ բարբառն է՝ _____

ԱՅՆ ԱՇԽԱՏԱԿԱՆ ՈՒՆԿԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐՎՈՒՄ ԳՐԱՆՈՒՄ ԿԱՆ ՊԱՐԱՆՁԵԼ ԵՆ

ՕՆԼԱՅԻՆ ԱՆՄԱՐԿ	ԳԵՆԱՐԱՌԻ ՀԱՄԱՐԸ
----------------	-----------------

ՓՈՐՈՒՄԻ ՀԱՄԱՆՆ

ՔԱՐԿԸ	ԱՐԿԱՐԸ	ՓՈՏԱՑՆԱԿ ԻՆՏԵՐԸ
-------	--------	-----------------

ԱՍՏՈՒԿՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԿԻ
---------------	--------

ԱՅՆ ՓԵՐՈՒՄԿ ԼՐԱՆՆՈՒՄ ԱՄՈՒԿ	ԳԵՆԱՐԱՌԻ ՀԱՄԱՐԸ
----------------------------	-----------------

- Ես ցանկանում եմ, որ ներդրողային անձնակազմի անդամները ներկայացնեն ի՞նձ այս դատական ունկնդրության ժամանակ: Ես այդ անձնակազմի անդամներին արտոնում եմ ծանոթանալ իմ գործին կամ իմ փոխարեն ներկայանալ ունկնդրությանը: (Այլ անձնակազմի անդամները կարող են լինել Ձեր ազգականը կամ բարեկամը, սակայն նա չի կարող բարգձմանել Ձեզ համար):

ԱՄՈՒԿ	ԳԵՆԱՐԱՌԻ ՀԱՄԱՐԸ
-------	-----------------

ՓՈՐՈՒՄԻ ՀԱՄԱՆՆ

ՔԱՐԿԸ	ԱՐԿԱՐԸ	ՓՈՏԱՑՆԱԿ ԻՆՏԵՐԸ
-------	--------	-----------------

MEDI-CAL

សេចក្តីជូនដំណឹងពីការសំរេច សេចក្តីជូនដំណឹងពីការបន្ថយអត្ថប្រយោជន៍

ថ្ងៃទី 21 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2005

បើសិនជាអ្នកមានសំណួរអ្វី ស្តីពីសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ
សូមទាក់ទងទៅអ្នកធ្វើការខាងសិទ្ធិទទួលរបស់អ្នក ។

សូមជូនចំពោះអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ :

យើងសរសេរសំបុត្រនេះដើម្បីជំរុញអ្នកថា ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2006 នេះទៅ Medi-care និងបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសឹងតែទាំងអស់ តាមរយៈកម្មវិធីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី នៃមេឌីកែរ ផ្នែក D (Medicare Part D Prescription Drug Program) ។ នៅខណៈថ្ងៃនោះ Medi-Cal នឹងឈប់បង់ថ្លៃឱសថទាំងនោះដែលបានគំរាមដោយ Medicare ទៀតឡើយ ។

ច្បាប់បានតម្រូវឱ្យយើងឈប់ផ្តល់ឱសថ ឱសថដែល Medi-Cal បានរ៉ាប់រង ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2006 នេះទៅ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់លេខ 13986-5(d)(1) នៃក្រឹត្យស្នូលសុខាភិបាលសិក្សា (Social Security Act) ដែលតម្រូវថា ការរ៉ាប់រង Medi-Cal ត្រូវបានបញ្ឈប់ នៅពេលដែល Medicare ចាប់ផ្តើមរ៉ាប់រងបង់ថ្លៃទាំងនោះ ។ ច្បាប់នេះអនុវត្តទៅលើអ្នកដែលទទួលបាន Medicare និង Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ ដែលច្រើនតែសំដៅទៅលើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានពីប្រភេទ ។ សំណុំរៀងរបស់យើងបង្ហាញឱ្យឃើញថា អ្នកមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយដោយសារហេតុនេះ ជំនួយ(អត្ថប្រយោជន៍)ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medi-Cal របស់អ្នក នឹងត្រូវបញ្ឈប់នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2006 ។ បើអ្នកគិតថាយើងបានសំរេចមិនត្រឹមត្រូវ ស្តីពីសិទ្ធិទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកទាំងពីរប្រភេទ សូមទាក់ទងទៅអ្នកធ្វើការខាងសិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកភ្លាម ។

មានប្រភេទឱសថមួយចំនួនដែល Medi-Cal នឹងមិនរ៉ាប់រង ដែលគេហៅថា "បានផាត់ចេញពីការរ៉ាប់រង (excluded from coverage)" ដោយផ្នែក D ។ Medi-Cal នឹងបន្តបង់ថ្លៃប្រភេទឱសថផ្នែក D មួយចំនួន ដែលបានផាត់ចេញទាំងនេះ ដែលនៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ Medi-Cal រ៉ាប់រង ។ ប្រភេទទាំងនេះរាប់បញ្ចូលឱសថទាំងអស់ដែលមាននៅខាងក្រោម :

- 1) Benzodiazepines (ឱសថប្រើសំរាប់រ៉ាប់រងការថប់បារម្ភ ព្យាបាលរោគដេកមិនលក់ (បញ្ហាដេកមិនលក់) ជួយឱ្យសាច់ដុំស្រាកស្រាន្ត និងរ៉ាប់រងការកម្រិតសាច់ដុំ ។
- 2) ឱសថដែលគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ។
- 3) Barbituates (ឱសថប្រើសំរាប់រ៉ាប់រងការថប់បារម្ភ ឬការតានតឹងចិត្ត ឬដើម្បីជួយទប់ទល់ការប្រកាច់) ។
- 4) ឱសថប្រើសំរាប់បំបាត់ក្អក និងអាការរោគផ្តាសាយ ។
- 5) ថ្នាំវិភាមិ និងផលិតផលខនិដ មានវេជ្ជបញ្ជា (ថ្នាំវិភាមិច្រើនមុខ/ផលិតផលខនិដ ឬថ្នាំបន្ថែមរបបអាហារ គីមីនរ៉ាប់រងទេ) ។
- 6) ឱសថប្រើសំរាប់ការមិនឃ្លានអាហារ(សរីរសោសន) ការស្រាកទម្ងន់ ឬការឡើងទម្ងន់ ។

ត្រូវបង្ហាញទាំងប័ណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក និងប័ណ្ណដែលអ្នកបានពិគ្រោះឱសថ Medicare ទៅឱសថការី នៅពេលអ្នកទៅយកថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នក ដើម្បីសំរាប់សុំទទួលការទទួលថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នក ។

បើអ្នកជាអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ពេញលេញ នោះ Medi-Cal នឹងបង់ថ្លៃសំរាប់ការទប់ទល់ 100-ថ្ងៃ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែល Medi-Cal រ៉ាប់រង ឱ្យតែគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកផ្តល់ឱ្យអ្នក ឱសថស្រាវជ្រាវសំរាប់ទប់ទល់ 100-ថ្ងៃ ហើយឱសថការីរបស់អ្នកផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅថ្ងៃ ឬមុនថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2005 ។

ការដឹងរប្របទទួលថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នក គឺជាសារៈសំខាន់សំរាប់អ្នក ។ ដើម្បីទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដែលបានបង់ថ្លៃតាមរយៈ Medicare នោះអ្នកត្រូវការចូលរួមក្នុងគំរោងឱសថ Medicare ។ បើអ្នកមិនទាន់បានចូលរួមក្នុងគំរោងនោះឡើយទេ ឬបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ក្នុងការជ្រើសរើសគំរោងមួយដែលត្រឹមត្រូវសំរាប់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។ ឬអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ HICAP (Health Insurance Counseling and Advocacy Program កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំទ្រ) នៃកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៅរដ្ឋរបស់អ្នក លេខ 1-800-434-0222 ។ បើអ្នកមិនជ្រើសរើសគំរោងមួយសំរាប់ខ្លួនអ្នកទេ Medicare នឹងដាក់អ្នកឱ្យនៅក្នុងគំរោងមួយនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។ បើអ្នកមិនចូលចិត្តគំរោងនោះទេ អ្នកនឹងអាចផ្លាស់ប្តូរទៅគំរោងមួយទៀត នៅពេលណាក៏បានដែរ ។

បើអ្នកគិតថាការផ្លាស់ប្តូរនេះមិនត្រឹមត្រូវទេ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំតវ៉ាបាន ប៉ុន្តែលុះត្រាតែបើអ្នកគិតថាច្បាប់នេះមិនពាក់ព័ន្ធផលអ្នកទេ ពីព្រោះយើងមានធាតុមានអំពីរូបអ្នកមិនត្រូវត្រូវ ទើបអ្នកនឹងបានយល់ព្រមសំរាប់ការធ្វើសវនាការ(ដំណើរស្តាប់រឿងហេតុ) ។ បើមូលហេតុរបស់អ្នកសំរាប់ការតវ៉ា ដែលអ្នកត្រូវតែគិតថាច្បាប់នេះមិនត្រឹមត្រូវ ឬអយុត្តិធម៌ប៉ុណ្ណោះ នោះការតវ៉ារបស់អ្នកនឹងបានបញ្ចប់ ដោយពុំមានសវនាការឡើយ ។ បើអ្នកចង់តវ៉ាការសំរេចចិត្តនេះ សូមទាក់ទងខ្លួននៃសំបុត្រនេះ ។

សូមអានទំព័រម្ខាងទៀតនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ

សិទ្ធិរបស់លោកអ្នកក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ

លោកអ្នកមានសិទ្ធិសុំសេចក្តីបំភ្លឺ បើសិនជាលោកអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសកម្មភាពរបស់
 មន្ត្រីនោះ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិសុំសេចក្តីបំភ្លឺ ដើម្បីសុំសេចក្តីបំភ្លឺ ចំនួន១០ថ្ងៃបានចាប់
 ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលដែលទណ្ឌបានប្រកាស ឬសេចក្តីប្រកាសនេះទៅជូនលោកអ្នក ។

- បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ ឬទ្រង់ទ្រាយលើសកម្មភាពទៅលើប្រាក់ជំនួយ ជំនួយមេឌី-ទាល
 បណ្តុំចិញ្ចឹម ឬកិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយ ៖
- ប្រាក់ជំនួយ ឬ បណ្តុំចិញ្ចឹម ឬ កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយ ដែលលោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែលនៅក្នុងពេលលោកអ្នក
 រង់ចាំសេចក្តីបំភ្លឺ ។
 - កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយនឹងមានចំនួននៅដដែល នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីបំភ្លឺ
 មួយ ។
 - បណ្តុំចិញ្ចឹមរបស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួននៅដដែល រហូតទាល់តែពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ ឬរហូត
 ទាល់តែកិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយរបស់លោកអ្នក រយៈពេលណាមួយដែល
 ជាប់ជាង ។

បើសិនជាលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺថ្ងៃថ្មី យើងត្រូវរក្សា លោកអ្នកនឹងជំពាក់យើងនូវប្រាក់ជំនួយ
 បណ្តុំចិញ្ចឹម ឬកិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយដែលលោកអ្នកបានទទួល ។ ដើម្បីឱ្យយើងបន្ថយ ឬបញ្ឈប់ជំនួយ
 របស់លោកអ្នកនៅមុនពេលសេចក្តីបំភ្លឺ សូមគូសប្រអប់នៅខាងក្រោម ៖

មែន ឬទេ ឬ បញ្ឈប់ ប្រាក់ជំនួយ បណ្តុំចិញ្ចឹម កិច្ចថែរក្សាក្នុង

នៅក្នុងពេលលោកអ្នករង់ចាំសេចក្តីបំភ្លឺសំរាប់ ៖

កម្មវិធីជួយឱ្យរហ័សជំនួយសុខុមាលភាពទៅធ្វើការ (Welfare to Work) :

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងសកម្មភាពនៃកម្មវិធីនេះទេ ។

លោកអ្នកអាចទទួលបានប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយ និងសំរាប់សកម្មភាពណាដែលបាន
 ទទួលយល់ក្រុមដោយទណ្ឌនៅមុនពេលសេចក្តីប្រកាសនេះ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា ប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយដទៃទៀតនឹងបញ្ចប់ លោកអ្នក
 នឹងមិនត្រូវបានទទួលប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយនោះទេ ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោក
 អ្នកដោយ ។

បើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយដទៃទៀត កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់
 នោះនឹងបានទទួលប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយដទៃទៀត ទោះបីជាលោកអ្នកអញ្ជើញទៅសកម្មភាពរបស់លោក
 អ្នកនោះ ។

- ដើម្បីទទួលបានកិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយនោះ លោកអ្នកត្រូវតែអញ្ជើញទៅកាន់សកម្មភាពដែលទណ្ឌបាន
 ជំរាបលោកអ្នកឱ្យចូលរួម ។
- បើសិនជាចំនួនប្រាក់បង់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយដែលទណ្ឌបង់ឱ្យនៅក្នុងពេលដែលលោកអ្នករង់ចាំ
 សេចក្តីបំភ្លឺមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកចូលរួម លោកអ្នកអាចយល់ទៅកាន់សកម្មភាព
 នោះ ។

កម្មវិធីសិក្សារបស់លោកអ្នកលើវិធីវិជ្ជាជំនាញដើម្បីជួយឱ្យរហ័សជំនួយសុខុមាលភាព (Cal-Learn) :

- លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមជាមួយកម្មវិធី Cal-Learn បានទេបើសិនជាយើងបានជំរាបលោកអ្នកថា
 យើងមិនអាចធ្វើការជូនលោកអ្នកបានទេនោះ ។
- យើងនឹងបង់ប្រាក់សំរាប់កិច្ចថែរក្សាក្នុងតំបន់ជំនួយនៃកម្មវិធី Cal-Learn សំរាប់តែសកម្មភាពដែលទណ្ឌ
 ការយល់ព្រមឱ្យតែប៉ុណ្ណោះ ។

ព័ត៌មានដទៃទៀត

សមាជិកនៃគ្រោងការពារចែងថែរក្សាសុខភាពនៃកម្មវិធីមេឌី-ទាល : សកម្មភាពនៅលើសេចក្តីប្រកាស
 នេះអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកក្នុងការទទួលបានគ្រោងការពារចែងថែរក្សាសុខភាពរបស់លោកអ្នក ។ លោកអ្នក
 អាចទាក់ទងទៅកិច្ចជួយដោះស្រាយជំនាញដើម្បីជួយឱ្យរហ័សជំនួយសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក បើសិនជាលោកអ្នកមាន
 សំណួរ ។

កិច្ចជួយដល់ជំនាញដោះស្រាយ និង/ឬផ្នែកពេទ្យ : ភ្នាក់ងារទាមទារប្រាក់ជំនួយដល់ជំនាញដោះស្រាយ
 ទាមទារប្រាក់ជំនួយដល់ជំនាញដោះស្រាយដោយមិនអស់ប្រាក់ ទោះបីជាលោកអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយក៏ដោយ ។
 បើសិនជាលោកអ្នកមិនទទួលបានប្រាក់ជំនួយដោះស្រាយដោយមិនអស់ប្រាក់ លោកអ្នកនឹងបន្តកិច្ចការ
 នេះ រហូតដល់លោកអ្នកសរសេររបៀបបញ្ជាក់ឱ្យបានយល់ ។ ពួកគេនឹងធ្វើប្រាក់ជំនួយដល់ជំនាញដោះស្រាយ
 បានក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ប៉ុន្តែពួកគេនឹងទុកប្រាក់មិនបានបង់ជំនួយមកដែលបានប្រមូលដែលលោកអ្នកជំពាក់
 ទណ្ឌពីមុនមក ។

គំរោងការគ្រួសារ : ការិយាល័យក្រសួងសុខុមាលភាពរបស់លោកអ្នក នឹងផ្តល់ព័ត៌មានជូននៅពេល
 ដែលលោកអ្នកសុំ ។

សំណុំរឿងនៃសេចក្តីបំភ្លឺ : បើលោកអ្នកស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ ការិយាល័យទទួលសេចក្តីបំភ្លឺ
 (State Hearing Office) នឹងរៀបចំសំណុំរឿងមួយ ។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើល
 សំណុំរឿងនេះនៅមុនពេលសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក និងទទួលបានសេចក្តីចម្លងអំពីស្ថានភាពរបស់ទណ្ឌ
 ណាមួយស្តីពីការរៀបចំដោះស្រាយរបស់លោកអ្នក នៅក្នុងពេលយ៉ាងហោចណាស់ពីថ្ងៃមុនពេលធ្វើសេចក្តី
 បំភ្លឺ ។ រដ្ឋប្រហែលជានឹងប្រគល់សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកទៅឱ្យក្រសួងសុខុមាលភាព (Welfare
 Department) ក្រសួងសុខភាពនិងមនុស្សធម៌ (U.S. Department of Health and
 Human Services) និងក្រសួងកសិកម្មនិងរុក្ខាប្រមាញ់ (U.S. Department of Agriculture) ។
 (តាមច្បាប់សុខុមាលភាព និងស្ថាប័ននានាផ្នែក 10850 និង 10950) ។

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ :

- សូមបំពេញទំព័រនេះ ។
- ថតចម្លងផ្នែកខាងមុខ និងខាងក្រោមនៃទំព័រនេះសំរាប់ដាក់ណាត់ហេតុរបស់លោកអ្នក ។ បើសិនជា
 លោកអ្នកស្នើសុំ ទណ្ឌនឹងផ្តល់សន្លឹកចម្លងនៃទំព័រនេះមួយច្បាប់ជូនលោកអ្នក ។
- សូមធ្វើ ឬផ្តល់សន្លឹកនេះទៅឱ្យ ៖

California Department of Social Services
 P.O. Box 944243, MS 19-97
 744 P Street
 Sacramento, CA 94244-2430

- ឬ ទូរស័ព្ទទៅលេខកត់ត្រា **1-800-952-5253** ឬសំរាប់លោកអ្នកដែលអត់ត្រចៀក ឬមិន
 អាចនិយាយបានហើយប្រើត្រៀមដោយ TDD សូមទូរស័ព្ទ **1-800-952-8349** ។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ : លោកអ្នកអាចសាកសួរអំពីសិទ្ធិទទួលបានសេចក្តីបំភ្លឺរបស់លោកអ្នក ឬជំនួយណាមួយ
 ផ្នែកណាមួយនៃទូរស័ព្ទកត់ត្រាសំរាប់លោកអ្នកដែលមិនអាចនិយាយបាននៅខាងលើ ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយផ្នែក
 ច្បាប់ដោយមិនគិតប្រាក់នៅការិយាល័យផ្នែកច្បាប់ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬក៏តាមរយៈការស្នើសុំ
 អ្នកទទួលបានជំនួយសុខុមាលភាព ។

បើសិនជាលោកអ្នកមិនចង់ទៅធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺតែម្នាក់ឯង លោកអ្នកអាចអានមិត្តភក្តិ ឬអ្នកណាម្នាក់មក
 ជាមួយលោកអ្នក ។

ការស្នើសុំសេចក្តីបំភ្លឺ

ខ្ញុំចង់បានសេចក្តីបំភ្លឺដោយសារតែសកម្មភាពនៃក្រសួងសុខុមាលភាពទណ្ឌ
 នៅលើជំនួយរបស់ខ្ញុំ ដូចខាងក្រោមនេះ :

ប្រាក់ជំនួយ បណ្តុំចិញ្ចឹម ជំនួយមេឌី-ទាល
 ដទៃទៀត (សូមចុះ) _____

នេះគឺជាហេតុ : _____

- បើសិនជាលោកអ្នកត្រូវការការបន្ថែម សូមគូសនៅទំព័រនេះ និងបន្ថែមសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ។
- ខ្ញុំត្រូវការឱ្យរដ្ឋផ្តល់មកឱ្យខ្ញុំនូវអ្នកបកប្រែម្នាក់ដោយមិនគិតប្រាក់ពីខ្ញុំ ។
 (សំរាប់ច្បាប់ឬមិត្តភក្តិមិនអាចបកប្រែស្របលោកអ្នកនៅពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺបានឡើយ ។)

ភាសាប្រក្រាមភាសារបស់ខ្ញុំ : _____

ឈ្មោះនៃអ្នកដែលជំនួយត្រូវបានគេបដិសេធ ឆ្នាំសម្បូរ ឬបញ្ឈប់

កាលបរិច្ឆេទកំណត់	លេខទូរស័ព្ទ
កាលបរិច្ឆេទ	
ក្រុម	លេខទូរស័ព្ទ
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះមនុស្សបំពេញការងារនេះ	លេខទូរស័ព្ទ
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំចង់ឱ្យមនុស្សមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមនេះមកដាក់ណាត់ហេតុរបស់ខ្ញុំនៅពេលធ្វើសេចក្តីបំភ្លឺ ។ ខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យមនុស្សនេះពិនិត្យមើលកំណត់ហេតុរបស់ខ្ញុំ ឬទៅកាន់សេចក្តីបំភ្លឺសំរាប់ខ្ញុំ ។ (មនុស្ស នេះអាចជាមិត្តភក្តិ ឬសាច់ញាតិ ប៉ុន្តែមិនអាចបកប្រែស្របលោកអ្នកឡើយ ។)	
ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ
កាលបរិច្ឆេទ	
ក្រុម	លេខទូរស័ព្ទ

اعلامیه اقدام MEDI-CAL اعلامیه کاهش مزایا

۲۱ دسامبر ۲۰۰۵

اگر در مورد این اطلاعیه سوالی دارید با کارمند
تعیین واجد شرایط بودن خود تماس بگیرید.

شخص استفاده کننده از مزایای عزیز،

ما این نامه را برای شما نوشته ایم که به شما اطلاع دهیم که از اول ژانویه ۲۰۰۶، Medicare از طریق قسمت D برنامه جدید داروهای تجویزی مدیکر (Medicare Prescription Drug Program) هزینه بیشتر داروهای تجویزی شما را خواهد پرداخت. از آن تاریخ به بعد، Medi-Cal پرداخت برای داروهایی که تحت پوشش Medicare قرار دارند را قطع خواهد کرد.

بر طبق قانون سوسیال سکوریتی شماره 42 U.S.C. 1396u-5(d)(1) که Medi-Cal را ملزم می سازد که پوشش پرداخت برای داروهای تجویزی را از زمانی که Medicare شروع به پرداخت آنها می کند را قطع کند، ما موظف هستیم که پوشش Medi-Cal شما برای داروهای تجویزی را از اول ژانویه ۲۰۰۶ قطع کنیم. این قانون فقط شامل کسانی می شود که پوشش هر دوی Medicare و Medi-Cal را دارند که معمولاً آنرا "واجد شرایط بودن دو گانه" می نامند. مدارک ما نشان می دهد که شما هر دوی Medicare و Medi-Cal را دارید، و از این جهت ما موظف هستیم که مزایای داروهای تجویزی Medi-Cal شما را از اول ژانویه ۲۰۰۶ قطع کنیم. چنانچه فکر می کنید که در مورد واجد شرایط بودن دو گانه شما اشتباهی رخ داده است، لطفاً فوراً به کارمند تعیین واجد شرایط بودن خود تلفن کنید.

انواع داروهای بخصوصی هستند که Medicare آنها را تحت پوشش قرار نمی دهد که آنها را از طرف قسمت D "کنار گذاشته شده از پوشش" نامگذاری شده اند. Medi-Cal پرداخت برای بعضی از داروهای طبقه بندی شده کنار گذاشته شده از پوشش قسمت D را که Medi-Cal در حال حاضر تحت پوشش دارد را ادامه خواهد داد. این طبقه بندی ها شامل تمام موارد زیر است:

- 1) Benzodiazepine ها (داروهای که برای برطرف کردن اضطراب، درمان بیخوابی (مشکل خواب رفتن)، کمک به آرامش ماهیچه ها، و آرام کردن ماهیچه های گرفته استفاده می شوند).
- 2) داروهای که تهیه آنها نیاز به نسخه ندارد.
- 3) Barbituate ها (داروهای که برای برطرف کردن اضطراب یا فشار روانی یا برای کنترل کردن رعشه استفاده می شوند).
- 4) داروهای که برای برطرف سرفه و ناراحتی های سرما خوردگی استفاده می شوند.
- 5) ویتامین هائی که نیاز به نسخه دارند و محصولات معدنی (ترکیب ویتامین/محصولات معدنی و یا مکمل یا تغذیه تحت پوشش نیستند).
- 6) داروهای زمانی که برای بیماری بی اشتهائی (آنارکسیا)، کاهش وزن، یا افزایش وزن استفاده می شوند.

برای همکاری در سهولت دریافت نسخه های خود، زمانی که برای دریافت داروهای خود به داروخانه می روید، هر دوی کارتهای Medi-Cal و برنامه دارونی Medicare خود را نشان دهید.

اگر شما استفاده کننده مزایای کامل Medi-Cal هستید، Medi-Cal هزینه ۱۰۰ روز داروهای تجویزی تحت پوشش Medi-Cal را خواهد پرداخت به شرط آنکه پزشک شما نسخه ۱۰۰ روز داروهای تحت پوشش را بنویسد و داروخانه شما این داروها را حداکثر در روز و یا قبل از ۳۱ دسامبر ۲۰۰۵ بپیچد.

مهم است بدانید که چگونه داروهای خود را دریافت کنید. برای آنکه Medicare هزینه نسخه های شما را پرداخت کند، شما باید به عضویت یک برنامه دارونی Medicare درآید. اگر هنوز به عضویت برنامه ای درنیامده اید، یا برای انتخاب برنامه ای که مناسب شماست نیاز به کمک دارید، به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تلفن کنید. استفاده کنندگان از TTY باید به 1-877-486-2048 تلفن کنند. یا، شما می توانید با برنامه کمک و مشاوره بیمه پزشکی (HICAP)، برنامه ایالتی بیمه پزشکی خود به شماره 1-800-434-0222 تلفن کنید. اگر شما خودتان برنامه ای را انتخاب نکنید، Medicare شما را بر روی برنامه ای در منطقه خودتان خواهد گذاشت. اگر از آن برنامه راضی نبودید، در هر زمان می توانید آنرا به برنامه دیگری تغییر دهید.

اگر فکر می کنید که این تغییر اشتباه است می توانید درخواست تجدید نظر کنید، ولی به شما فقط در صورتی جلسه درخواست رسیدگی اعطا خواهد شد که شما معتقد هستید که این قانون شامل شما نمی شود به دلیل آنکه ما اطلاعات نادرستی در مورد شما داریم. اگر تنها دلیل شما برای درخواست جلسه رسیدگی آن است که این قانون اشتباه و یا غیر منصفانه است، بدون تشکیل جلسه رسیدگی در خواست شما رد خواهد شد. اگر شما مایلید که برای این اقدام درخواست جلسه رسیدگی کنید، لطفاً پشت این نامه را بخوانید.

لطفاً صفحه پشت این اعلامیه را بخوانید

حقوق شما در دادرسی

در صورت مخالفت با اقدام بخش، حق درخواست دادرسی را خواهید داشت. برای درخواست دادرسی فقط 90 روز فرصت دارید. این مهلت 90 روزه از زمان دریافت این اخطار به توسط بخش یا ارسال آن توسط پست آغاز می‌گردد.

اگر شما تقاضای شما برای دادرسی قبل از اقدام برای کمکهای مالی، مدی-کال، کوپنهای غذا، یا مراقبت کودکان انجام پذیرد:

- خدمات کمکهای نقدی یا مدی-کال به شما تا زمان شروع دادرسی یکسان باقی خواهد ماند.
- خدمات مربوط به مراقبت کودک تا زمان شروع دادرسی یکسان باقی خواهد ماند.
- کوپنهای غذای شما تا زمان شروع دادرسی برقرار بوده یا تا پایان دوره اجتناب شده معتبر خواهد بود، هر کدام که زودتر فرا رسد.

اگر تصمیم دادرسی به نفع ما بود، شما مبلغ هر گونه کمکهای نقدی، کوپنهای غذا و خدمات نگهداری کودکان را که دریافت نموده اید به ما بدهکار می‌باشید.

برای اینکه به ما اجازه کم کردن یا توقف کمکها را قبل از شروع دادرسی بدهید، یکی از موارد ذیل را انتخاب نمایید:

بلی، کم گردید یا متوقف شود:

کمکهای نقدی کوپنهای غذا مراقبت از کودکان

هنگامی که شما منتظر نتیجه دادرسی برای موارد ذیل می‌باشید:

کلی در سازمان رفاه:

لزومی ندارد که در فعالیتهای شرکت نمایید.

ممکن است حقوقی را قبل از دریافت این اخطار به در مورد نگهداری کودکان باخاطر استخدام و فعالیتهای تثبید شده توسط بخش دریافت کنید.

چنانچه به شما اعلام نمودیم حقوق دریافتی از سایر سازمانهای خدمات کمک رسانی شما قطع خواهد گردید، دیگر حقوقی دریافت نخواهید نمود، حتی اگر به فعالیت خود ادامه دهید.

چنانچه به شما اعلام داشتیم که ما برای سایر خدمات کمکی مبلغی را به شما پرداخت خواهیم نمود، این مبلغ به روشی که در این اخطار به اعلام میکنیم پرداخت خواهد شد.

• برای دریافت این خدمات، باید به قسمتی که بخش از شما خواسته است رفته و در آنجا حضور یابید.

• اگر مبلغ دریافتی که بخش به شما تا زمان فرامسیدن دادرسی پرداخت می‌نماید برای شرکت کردن در آن فعالیت کافی نیست، می‌توانید شرکت در فعالیت را متوقف کنید.

کال لرن (Gal-Learn):

• در صورتی که به شما اعلام کنیم که نمی‌توانیم به شما خدمات ارائه نماییم، شما نمی‌توانید در برنامه کال لرن شرکت کنید.

• مبلغ پرداختی ما فقط برای شرکت در فعالیتهای تثبید شده در خدمات حمایتی کال لرن خواهد بود.

اطلاعات دیگر:

اعضای طرح کنترل خدمات درمانی مدی-کال: اقدام انجام شده در این اخطار به می‌تواند دریافت خدمات از طرح کنترل خدمات درمانی شما را متوقف نماید. می‌توانید در صورت داشتن سوال با دفتر خدمات عضویت طرح درمانی خود تماس بگیرید.

کمکهای پزشکی و/یا کودک: دفتر محلی حمایت از کودکان به شما در مورد دریافت کمک حتی در صورت عدم دریافت کمکهای نقدی، به رایگان کمک خواهد نمود. اگر این دفتر به شما کمک نمایند، تا زمان اطلاع کتبی از جانب ما این کار را ادامه خواهند داد. این افراد پول جمع آوری شده را برای شما ارسال خواهند نمود اما بدهی قبلی شما در مورد پول دریافتی از بخش را کم خواهند نمود.

برنامه ریوی: خلاصه دفتر رفاه در صورت درخواست اطلاعات لازم را در نظارتان قرار خواهد داد.

پرونده دادرسی: اگر تقاضای دادرسی بماند، بخش دادرسی ایالتی پرونده ای را برای شما تشکیل خواهد داد. شما حق دیدن این پرونده را قبل از شروع دادرسی خواهید داشت و می‌توانید برای دریافت نسخه ای کتبی از وضعیت بخش در مورد پرونده خود، حداقل دو روز قبل از شروع دادرسی اقدام نمایید. بخش دادرسی ایالتی ممکن است پرونده دادرسی شما را به سازمان رفاه و وزارت بهداشت، خدمات اجتماعی و کشاورزی ایالات متحده (طبق ماده قانونی شماره 10850 و 10950) ارسال نماید.

روش تقاضای درخواست دادرسی:

- این صفحه را پر کنید.
- برای نگهداری در پرونده خود نسخه ایی از پشت و روی این صفحه تهیه کنید. در صورت درخواست، مأمور رسیدگی به پرونده شما این کار را برایتان انجام خواهد داد.
- این صفحه را با خود برده یا به این نشانی ارسال نمایید:

California Department of Social Services

P. O. Box 944243, MS 19-97

744 P Street

Sacramento, CA 94244-2430

یا

- با تلفن رایگان: 1-800-952-5253 برای دادرسی و مطوین که از سیستم تی دی دی (TDD) استفاده می‌کنند با تلفن 800-952-8349 تماس حاصل کنید.

دوایلت راهنمایی: می‌توانید در مورد حقوق خود در دادرسی سوال کنید یا برای مشاوره حقوقی رایگان با استفاده از تلفنهای رایگان ایالتی در بالا تماس بگیرید. می‌توانید در دفتر مشاوره حقوقی محلی یا دفتر حقوق رفاهی مشاوره رایگان دریافت نمایید.

اگر می‌خواهید در زمان دادرسی تنها نباشید می‌توانید یکی از دوستان یا فرد دیگری را به همراه خود به محل دادرسی بیاورید.

تقاضای دادرسی

اینجانب خواستار اجرای دادرسی در مورد اقدام سازمان رفاه بخش _____ در مورد

کمکهای نقدی کوپنهای غذا مدی-کال

موارد دیگر (نام ببرید) _____ می‌باشم.

دلایل اینجانب:

اگر به فضای بیشتری برای نوشتن احتیاج دارید می‌توانید صفحه ایی را اضافه نمایید.

اینجانب از بخش دادرسی ایالتی تقاضا دارم که بدون دریافت هزینه ای از اینجانب، مترجمی را در اختیار من قرار دهد. (دوستان یا خویشاوندان شما نمی‌توانند در جلسه دادرسی برای شما ترجمه کنند.)

زبان یا گویش مورد استفاده اینجانب: _____

نام شخصی که کمکهای دریافتی وی قطع گردیده، تغییر کرده یا متوقف شده است.

تاریخ تولد	شماره تلفن
لترس خیابان	
شهر	ایالت منطقه
امضاء	تاریخ
نام شخص تکمیل کننده این فرم	شماره تلفن
<input type="checkbox"/> اینجانب تقاضا دارم که فردی که در ذیل نام وی آمده است به نمایندگی از طرف من در دادرسی حضور داشته باشد. بدینوسیله موافقت خود را با این فرد برای دیدن پرونده اینجانب با شرکت در دادرسی از طرف اینجانب اعلام می‌دارم (این شخص می‌تواند دوست یا یکی از اقوام باشد اما نمی‌تواند برای شما ترجمه بکند.)	
نام	شماره تلفن
لترس خیابان	
شهر	ایالت منطقه