

گرامی

این نامه شامل اطلاعات مهمی در مورد پوشش بهداشتی شما است

از اینکه فرمهای مخصوص تجدید، و اطلاعات مورد نیاز ما را ارسال کردید سپاسگزاریم. ما از این اطلاعات و همچنین داده های ایالتی و فدرال برای دانستن اینکه شما و هر یک از اعضاء خانواده تان چه پوشش بهداشتی می توانید دریافت کنید استفاده کردیم، که شامل موارد ذیل است:

- قوانین مالیاتی است؛
- برنامه های دیگر Medi-Cal مانند Medically Indigent, Medically Needy، و برنامه هایی برای افراد از کار افتاده؛
- بیمه بهداشتی خصوصی Covered California.

این نامه به شما ارسال می شود زیرا شما یا فردی در خانواده تان برای **MAGI Medi-Cal** واجد شرایط نیستید. ممکن است برای برنامه های دیگر **Medi-Cal** و/یا بیمه بهداشتی خصوصی **Covered California** با اعتبار مالیاتی واجد شرایط باشید. جهت حفظ مزایای بهداشتی بدون ایجاد وقفه در پوشش، باید آخرین صفحه این فرم را تا پر کنید.

این اعلامیه به معنای پایاندهی به **Medi-Cal** شما نیست. اگر پس از دریافت اطلاعات مکمل از طرف شما به این نتیجه برسیم که شما یا اعضاء خانواده تان دیگر برای **Medi-Cal** واجد شرایط نیستید، نامه ای به شما ارسال خواهیم کرد (به نام "Notice of Action") که طی آن به شما اطلاع خواهیم داد که دیگر واجد شرایط نیستید. شما کماکان می توانید در آن موقع، در صورت عدم موافقت تقاضای تجدید نظر نمایید.

در ذیل اطلاعات پوشش بهداشتی برای هر یک از افراد در خانه شما درج شده است.

شما برای **MAGI Medi-Cal** واجد شرایط نیستید. در حال حاضر مزایای **Medi-Cal** خود را از دست نداده اید.

ممکن است کماکان برای برنامه های دیگر **Medi-Cal** واجد شرایط باشید – **Medi-Cal** رایگان یا **Medi-Cal** با مشارکت در پرداخت هزینه. اطلاعات در خصوص این برنامه ها، در مطالب ضمیمه شده به همراه این نامه ارسال می شود.

همچنین ممکن است واجد شرایط دریافت اعتبار مالیاتی باشید که به شما کمک خواهد کرد که از طریق **Covered California** یک بیمه خصوصی خریداری نمایید. برای اطلاعات در مورد کمکهایی که خانواده تان می تواند دریافت نماید، به قسمت **Covered California** در ذیل مراجعه نمایید.

برنامه های دیگر **Medi-Cal** کدام است؟
برنامه های دیگر **Medi-Cal** شامل **MAGI Medi-Cal** نیستند. آنها شامل برنامه **Medically Needy** و **Medi-Cal** برای افراد از کار افتاده هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر به قسمت **“Other Medi-Cal Programs Brochure”** مراجعه نمایید.

بعضی از تفاوت‌های بین MAGI Medi-Cal و برنامه های دیگر Medi-Cal چیست؟
برنامه های دیگر **Medi-Cal** برای محاسبه درآمد و اندازه خانوار در مقایسه با **MAGI Medi-Cal** از قوانین دیگری استفاده می کنند. اگر برای **MAGI Medi-Cal** ویراجد شرایط هستید، ممکن است برای برنامه های دیگر **Medi-Cal** نیز واجد شرایط باشید. به عنوان مثال، اگر مواردی مانند مادر یا پدر غیر صلبی با درآمد، فردی که درآمد از کار افتادگی دریافت می کند، کودکی که درآمد دارد، یا والدینی که ازدواج نکرده اند برای، ممکن است تحت **Medi-Cal** رایگان برای برنامه های دیگر **Medi-Cal** واجد شرایط باشید.

حتی اگر از طریق این برنامه های دیگر **Medi-Cal** نمی توانید **Medi-Cal** رایگان دریافت کنید، ممکن است کماکان برای **Medi-Cal** با پرداخت سهم هزینه واجد شرایط باشید.

تحت این برنامه های دیگر **Medi-Cal**، در ارتباط با میزان مالکیت (دارایی) محدودیت وجود دارد. این امر از **MAGI Medi-Cal** متفاوت است.

اگر مایل باشم بدانم که آیا برای برنامه های دیگر **Medi-Cal** واجد شرایط هستم چه اقدامی باید انجام دهم؟
شما حق دارید بدانید که آیا می توانید پوشش **Medi-Cal** خود را از طریق برنامه های دیگر **Medi-Cal** حفظ کنید. اگر می خواهید که چک کنیم و ببینیم که آیا واجد شرایط هستید، در مربعی که در صفحه 3 قرار دارد و عنوان آن **“می خواهم ببینم که آیا من و خانواده ام برای برنامه های دیگر Medi-Cal واجد شرایط هستیم”** علامت بگذارید.

فقط زمانی که صفحه امضاء شده و تاریخ دار 3، و آخرین صفحه این نامه و همچنین فرم **“Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement”**، که به این نامه ضمیمه شده است را پر کرده و به ما ارسال نمایید، می توانیم ببینیم که آیا شما برای یکی از این برنامه های دیگر **Medi-Cal** واجد شرایط هستید. شما باید این اطلاعات را به ما ارسال نمایید، در غیر اینصورت ممکن است صلاحیت **Medi-Cal** خود را از دست بدهید.

اگر برای خرید بیمه خصوصی از طریق **Covered California**، اعتبارهای مالیاتی را مد نظر داشته باشم چه می شود؟
برای کمک به پرداخت هزینه بهداشتی، **Covered California** اعتبارهای مالیاتی ارائه می دهد. اعتبارهای مالیاتی بر اساس اندازه خانوار و درآمد تعیین می شوند. **Covered California** چندین طرح بهداشتی ارائه می دهد که می توان از بین آنها انتخاب کرد.

ما می توانیم چک کنیم و ببینیم که آیا برای واجد شرایط هستید **Covered California** پوشش با اعتبار مالیاتی. اگر مایلید که چک کنیم تا ببینیم شما واجد شرایط هستید، در مربع صفحه 3 با عنوان **“می خواهم ببینم که آیا من و خانواده ام برای اعتبارهای مالیاتی جهت کمک به پرداخت پوشش بهداشتی از طریق Covered California واجد شرایط هستیم”** علامت بگذارید. اطمینان کسب کنید که صفحه آخر این نامه را امضاء کرده و تاریخ بزنید.

آیا می توانم پوشش Medi-Cal و Covered California دریافت کنم؟

بله. بعضی از افراد ممکن است برای Medi-Cal با پرداخت سهم هزینه، و همچنین بیمه خصوصی با اعتبارهای مالیاتی Covered California واجد شرایط باشند. ممکن است بخواهید که ما واجد شرایط بودن شما را برای برنامه های دیگر Medi-Cal و همچنین Covered California چک کنیم. یا اینکه شاید بخواهید فقط یک گزینه را انتخاب کنید. به هر حال، ما باید از تصمیم شما مطلع شویم تا شما بتوانید بدون ایجاد وقفه در پوشش، به دریافت مزایا ادامه دهید.

Medi-Cal برخی از خدماتی که بیمه Covered California پوشش نمی دهد را تحت پوشش قرار می دهد، مانند Long Term Care (خدمات مراقبت دراز مدت).

اکنون چه اقدامی باید انجام دهم؟

1. جهت حفظ پوشش بهداشتی بدون ایجاد وقفه، باید یکی از گزینه های ذیل یا هر دوی آنها را انتخاب کنید.
 - می خواهم چک کنم و ببینم که آیا من و خانواده ام برای برنامه های دیگر Medi-Cal واجد شرایط هستیم. من فرم "Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement" را پر کرده ام. هر دو فرم را در پاکت ضمیمه شده به شما ارسال می کنم.
 - می خواهم چک کنم و ببینم که آیا من و خانواده ام برای اعتبارهای مالیاتی جهت کمک برای پرداخت بیمه بهداشتی از طریق Covered California واجد شرایط هستیم.
2. برای اینکه بتوانید به دریافت مزایای بهداشتی خود ادامه دهید، باید این فرم و مدارک مورد نیاز را تا تاریخ در پاکت ضمیمه شده ارسال نمایید.

امضاء: _____ تاریخ: _____

اگر به این نامه پاسخ ندهید، یک Notice of Action (NOA) به شما ارسال خواهد شد و مزایای کنونی Medi-Cal شما در تاریخ _____ به پایان خواهد رسید.

در ارتباط با این اقدام، شما حق تقاضای تجدید نظر خواهید داشت. طی دوره تقاضای تجدید نظر، در صورتیکه مزایای شما به پایان نرسیده باشد، می توانید Medi-Cal خود را حفظ کنید.

شما حق دارید مطالب ترجمه شده و خدمات مترجم شفاهی به زبان خود درخواست و دریافت کنید. در صورت درخواست، ایالت مترجم شفاهی رایگان، شامل زبان اشاره آمریکایی فراهم خواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر با شماره تماس بگیرید.