

Уважаемый (ая)

**В данном письме содержится важная информация о Вашем медицинском страховом покрытии**

Благодарим Вас за отправку форм по продлению страхования, а также информации, которую мы запрашивали. Мы воспользовались данной информацией, а также данными штата и федеральными данными, чтобы определить, на какое медицинское страховое покрытие можете рассчитывать Вы и каждый член Вашей семьи, в том числе:

- MAGI Medi-Cal (Modified Adjusted Gross Income) — новая программа Medi-Cal, базирующаяся на правилах налогообложения;
- альтернативные программы Medi-Cal, например Medically Indigent, Medically Needy и программы для лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- Covered California, частное медицинское страхование.

**Мы направляем Вам данное письмо, поскольку Вы или кто-то из членов Вашей семьи не соответствуете критериям для участия в MAGI Medi-Cal. У Вас может быть право на участие в альтернативных программах Medi-Cal и (или) на частное медицинское страхование Covered California с налоговыми вычетами. Для сохранения своих медицинских льгот без прерывания покрытия Вам необходимо заполнить последнюю страницу данной формы до**

**Это письмо не является уведомлением о прекращении Вашего участия в программе Medi-Cal. Если после получения от Вас дополнительной информации мы установим, что Вы или кто-либо из членов Вашей семьи больше не имеет права на участие в Medi-Cal, Вы получите письмо (оно называется "Notice of Action") в котором будет непосредственно указано, что у Вас больше нет права на участие в программе. В таком случае, если Вы не согласны с решением, Вы сможете подать апелляцию.**

Ниже приводится информация о медицинском страховом покрытии для каждого члена Вашей семьи.

У Вас нет права на участие в MAGI Medi-Cal. На данный момент Вы **не** теряете льгот Medi-Cal.

У Вас может быть право на участие в альтернативных программах Medi-Cal — либо на бесплатное обслуживание Medi-Cal, либо на обслуживание Medi-Cal с частичной оплатой. Информация об этих программах содержится в приложенных к письму материалах.

Также у Вас может быть право на получение налогового вычета для частного медицинского страхования в Covered California. Информация о том, какую помощь может получить Ваша семья, представлена ниже в разделе Covered California.

### **Что такое «альтернативные программы Medi-Cal»?**

Альтернативные программы Medi-Cal — это программы, отличные от MAGI Medi-Cal. Они включают программу Medically Needy и Medi-Cal для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Более подробную информацию можно найти в брошюре «**Other Medi-Cal Programs Brochure**».

### **Чем отличаются MAGI Medi-Cal от альтернативных программ Medi-Cal?**

В рамках альтернативных программ Medi-Cal порядок учета дохода и количества членов семьи отличается от MAGI Medi-Cal. Если у Вас нет права на участие в MAGI Medi-Cal, у Вас может быть право на участие в таких альтернативных программах Medi-Cal. Так, семья с имеющим доход отчимом, лицом, получающим пособия по нетрудоспособности, ребенком, имеющим доход, или неженатыми родителями может иметь право на получение бесплатного страхования Medi-Cal в одной из этих программ Medi-Cal.

Даже если Вы не сможете претендовать на полностью бесплатное страхование Medi-Cal по одной из этих альтернативных программ Medi-Cal, Вы можете иметь право на страхование Medi-Cal с частичной оплатой.

Участие в альтернативных программах Medi-Cal предусматривает ограничения по размеру имеющегося у Вас имущества (собственности). Они отличаются от ограничений в MAGI Medi-Cal.

### **Что если я хочу проверить, есть ли у меня право на участие в альтернативных программах Medi-Cal?**

У Вас есть право узнать, можете ли Вы сохранить покрытие Medi-Cal по альтернативным программам Medi-Cal. **Если Вы хотите, чтобы мы проверили наличие у Вас такого права, поставьте отметку в квадрате не стр. 3 рядом с фразой «Прошу проверить наличие у меня и у моей семьи права на участие в альтернативных программах Medi-Cal».**

Мы сможем проверить наличие у Вас права на участие в одной из указанных программ Medi-Cal, только если Вы пришлете нам стр. 3 с поставленной на ней датой и подписью, а также заполните и отправите нам последнюю страницу этого письма и форму «**Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement**», приложенную к письму. **Вам необходимо отправить эту информацию, в противном случае Вы можете потерять право на участие в Medi-Cal. Что если меня интересует получение налогового вычета для частного страхования в Covered California?**

Covered California предлагает налоговые вычеты для оплаты Вашего медицинского страхования. Размер налогового вычета зависит от размера Вашей семьи и ее доходов. Covered California может предложить несколько планов медицинского обслуживания на Ваш выбор.

Мы можем проверить наличие у Вас права на страховое покрытие Covered California с налоговым вычетом. **Если Вы хотите, чтобы мы проверили наличие у Вас такого права, поставьте отметку в квадрате не стр. 3 рядом с фразой «Прошу проверить наличие у меня и у моей семьи права на получение налоговых вычетов для медицинского страхового покрытия Covered California».** Не забудьте поставить подпись и дату на последней странице этого письма.

### **Могу ли я получить страховое покрытие Medi-Cal и Covered California одновременно?**

Да. У некоторых лиц может быть право одновременно на Medi-Cal с частичной оплатой и на частное страхование Covered California с налоговыми вычетами. По Вашему желанию мы можем проверить наличие у Вас права на участие одновременно в альтернативных программах Medi-Cal и в Covered California. Или Вы можете попросить нас проверить только один из вариантов. В любом случае нам необходимо знать, хотите ли Вы и дальше получать льготы без прерывания страхового покрытия.

Medi-Cal покрывает некоторые услуги, которые не входят в страховку Covered California, например Long Term Care (долгосрочный уход).

### **Что мне необходимо делать сейчас?**

1. Чтобы сохранить медицинские льготы без прерывания страхового покрытия, Вам необходимо отметить оба или один из указанных ниже вариантов.
  - Прошу проверить наличие у меня и у моей семьи права на участие в альтернативных программах Medi-Cal. Я заполнил (а) форму **«Medi-Cal Income, Deductions, and Property Supplement»**. Высылаю Вам обе формы в прилагаемом конверте.
  - Прошу проверить наличие у меня и у моей семьи права на получение налоговых вычетов для медицинского страхования Covered California.
2. Чтобы дальше получать медицинские льготы, Вы должны отправить эту форму и любые требуемые документы в прилагаемом к письму конверте до

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Если Вы не ответите на это письмо, Вы получите Notice of Action (NOA), а действие получаемых Вами на данный момент льгот Medi-Cal прекратится

У Вас есть право на обжалование решения. Вы сможете сохранить страхование Medi-Cal на время обжалования в случае, если подадите апелляцию перед прекращением выплат Вам льгот.

**У Вас есть право запросить и получить материалы на Вашем языке, а также воспользоваться услугами переводчика. По Вашей просьбе штат бесплатно предоставит Вам переводчика, в том числе переводчика американского языка жестов. Для получения дополнительной информации позвоните по номеру .**