



Covered California  
P. O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725



**COVERED  
CALIFORNIA**

*Your destination for quality  
healthcare, including Medi-Cal*

{FIRST\_NAME} {LAST\_NAME}  
{ADDRESS\_LINE1}  
{ADDRESS\_LINE2}  
{CITY}, {STATE\_CD (FK)} {ZIPCODE}

## 추가 정보 요망 미응답 시 건강보험 해지

<날짜>

사건번호: {#####}

{FIRST\_NAME} {LAST\_NAME} 귀하

Covered California 에서 의료보험을 선택해주셔서 감사합니다.

Covered California 를 통해 가입한 의료보험을 지속하려면, 귀하가 미국 시민, 미국 국적, 또는 적합한 이민 신분을 보유한 비 미국 시민임을 증명하는 서류가 필요합니다. 이러한 서류는 기밀로 취급되며, 귀하의 의료보험 프로그램 가입 적격성을 판단하는 용도로서만 활용됩니다. **불법이민 단속 용도로 쓰이지 않으니 안심하십시오.** 이러한 증빙 서류를 이미 제출하셨을 수 있으나 관련 서류를 검토한 결과, 다음 귀하 가족 구성원의 시민권 또는 이민 신원을 확인할 수 없었습니다.

- {FIRST\_NAME} {LAST\_NAME}
- {FIRST\_NAME} {LAST\_NAME}
- {FIRST\_NAME} {LAST\_NAME}

**중요사항: 필요한 문서는 2015년 8월 31일까지 반드시 발송하시어 Covered California를 통해 가입한 의료보험을 유지하시기 바랍니다.**

### 지금 해야 할 일

1. 아래에서 "서류 목록"을 읽고 제출해야 하는 서류 종류를 확인하십시오.
2. 준비한 서류를 업로드, 팩스, 또는 우편으로 발송하십시오. 한 개 이상의 서류를 제출해야 할 수 있으니 주의하십시오.
3. 필요할 경우, 전화 1-800-738-9116 또는 TTY 1-888-889-4500으로 연락하십시오. 자세한 정보는 아래에서 참조하십시오.

### 서류를 제출하지 않을 경우 불이익은?

저희측에서 서류를 받지 못할 경우, Covered California 는 월 보험료 및 본인 부담 비용 절감을 위해 연방 정부에서 지급하는 보조금(보험료 세액 공제 및 비용 분담 할인 형태)을

본 통지서는 Exchange 를 통해 부담적정보험법(Affordable Care Act)  
§ 155.315 QHP 등록 자격 관련 인증 과정을 준수하여 귀하에 발송됩니다.

포함하여 귀하의 건강 보험을 취소해야 합니다. **지금까지 보험료 세액 공제를 받은 상태에서 건강 보험이 취소되면, 2016년 세금 신고 시 이미 이용한 세액 공제의 일부 또는 전체를 지불해야 할 수 있습니다.** 건강 보험이 취소된 후에 보험 미가입 상태이고 보험 가입 면제 자격이 없다면 추징세를 지불해야 할 수 있습니다.

### **이미 서류를 제출한 경우**

이미 서류를 제출하였다면, 저희측에 연락하시어 수령 여부나 추가로 보내야 하는 것은 없는지 반드시 확인하십시오. 이미 서류를 제출한 상태일지라도, 수령한 서류로 시민권 또는 이민 신분을 확인할 수 없었습니다. 또는, 본 통지문의 목록에서 보내신 서류를 대조하여 확인하고 **2015년 8월 31일까지** 다시 제출해주시요. 저희측에서 올바른 서류를 받지 못하면 귀하의 건강 보험을 잃을 수 있습니다.

### **도움을 얻는 방법**

문서 업로드, 팩스, 또는 우편발송 시 도움이 필요하시면 전화 1-800-738-9116 또는 TTY 1-888-889-4500으로 연락하십시오.

Covered California 공인 등록 상담사 또는 공인 보험 대리점으로부터 도움을 얻으신 경우에는 해당인에 다시 연락하여 일대일로 지원을 받으십시오. 제출해야 할 문서 확인 시 도움을 줄 것입니다. 또한 귀하의 CoveredCA.com 계정으로 서류를 전자적 방법으로 업로드할 때에도 도움을 받을 수 있습니다. 등록 상담사나 가까운 대리점을 찾으려면 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com)을 방문하여 "Find Local Help"를 클릭하십시오.

### **서류 제출 방법**

**선택 1(가장 신속):** 서류를 본인의 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 계정에 업로드합니다.

서류의 스캔이나 사진을 업로드할 수 있습니다.

- 본인 계정에 로그인하십시오.
- "Actions" 아래 우측에 있는 "Manage Verifications" 링크를 클릭하십시오.
- "Submit Verifications"를 클릭합니다.
- "Upload Document" 링크를 클릭합니다.
- 드롭다운 메뉴에서 "Document Type"을 선택합니다.
- "File uploaded successfully" 확인 메시지가 나타날 때까지 화면 상의 나머지 단계를 따라주십시오.

드롭다운 메뉴에서 제출할 서류의 종류를 볼 수 없다면, "U.S. Passport"를 선택하면(미국 여권이 없는 경우더라도) 계속 진행하여 서류를 제출할 수 있습니다.

**선택 2:** 서류를 Covered California 에 팩스로 보내주십시오(서류를 팩스 전송 시 본 통지문의 5쪽에 있는 "Here's My Proof"를 커버 페이지로 포함하십시오).  
**1-888-329-3700으로 팩스를 보냅니다.**

**선택 3:** 서류 사본을 Covered California 에 우편으로 보내주십시오(서류를 우편 발송 시 본 통지문의 5쪽에 있는 "Here's My Proof"를 커버 페이지로 포함하십시오).

Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

**서류 원본은 우편으로 발송하지 마십시오.** 읽을 수 있는 사본만 발송하십시오.

귀하의 서류는 저희측에 2015년 8월 31일까지 도착해야 합니다.

**질문이 있으십니까?**

CoveredCA 계정을 만드셨다면, [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 에서 본인 계정에 로그인하거나, Covered California 서비스 센터에 전화 1-800-738-9116 또는 TTY 1-888-889-4500으로 연락해주시오. 월요일부터 금요일까지 오전 8시 - 오후 6시 사이, 토요일은 오전 8시 - 오후 5시까지 통화 가능합니다. 본 전화는 수신자 부담입니다. [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 의 "Find Local Help"에서 귀하의 언어로 응대할 수 있는 공인 등록 상담사로부터 도움을 받으실 수 있습니다.

**미국 시민권자 및 미국 국적자의 제출 서류 목록**

이와 같은 서류의 샘플을 확인하거나 서류 제출 방법에 대한 자세한 정보는 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com)의 "FAQ"를 참조하십시오. 주의하실 점은, 귀하의 서류가 이 목록 상에 포함되지 않은 경우라도, 귀하의 합법적인 이민 신원을 증명할 수 있는 서류를 "U.S. Passport"를 클릭하여 제출할 수 있습니다.

귀하의 미국 시민권 또는 미국 국적을 증명하려면 **다음 서류 중 한 개의 사본을** 보내주시오.

- 미국 여권
- 국적 취득 사실증명서(N-550/N-570)
- 시민권 취득 사실증명서(N-560/N-561)
- 연방 정부 공인 미국 원주민 부족의 서류는 본인 성명과 해당 서류를 발급한 연방 정부 공인 미국 원주민 부족명을 포함하고, 본인의 부족 구성원 자격, 등록 또는 소속 사실을 보여줍니다. 제공하실 서류의 종류:
  - 부족 등록 카드
  - 미국 원주민 혈통 증명서
  - 원주민 동의 서류
  - 부족 고유의 레터헤드와 적절한 부족 인사의 서명을 포함하는 서류

- 또는 -

위 목록처럼 귀하의 미국 시민권 또는 미국 국적을 증명해주는 서류 중 갖춘 것이 없다면, **다음 두 가지 목록에서 한 가지씩, 총 두 개의 서류 사본을 제출하십시오.**

다음 목록에서 서류 1부	다음 목록에서 서류 1부 (이러한 서류는 사진이나 귀하의 성명, 연령, 인종, 신장, 체중, 눈 색깔, 또는 주소와 같은 기타 정보를 포함합니다)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 미국 출생 증명서</li> <li>• 해외 공관 해외 출생 신고서 (FS-240, CRBA)</li> <li>• 출생 신고 증명서 (DS-1350)</li> <li>• 해외 출생 증명서 (FS-545)</li> <li>• 미국 시민권 카드 (I-197 또는 이전 버전 I-179)</li> <li>• 북 마리아나 제도 카드 (I-873)</li> <li>• 1976년 6월 1일 이전 고용 사실이 명시된 미국 공무원 고용 기록</li> <li>• 미국 출생지를 명시한 군 기록</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 미국 주 또는 미국령에서 발급한 운전면허증</li> <li>• 연방 정부, 주 정부, 또는 지방 정부 발급의 신분증</li> <li>• 학교 학생증</li> <li>• 개인 병원, 의사, 대형 병원, 또는 학교 기록, 유치원 또는 탁아소 기록 포함 (19세 미만 자녀일 경우)</li> <li>• 미국 군인 신분증 또는 소집 기록 또는 군인 피부양자 신원 카드</li> <li>• 미국 해안경찰국 상선 선원 카드</li> </ul>

본 통지서는 Exchange 를 통해 부담적정보험법(Affordable Care Act) § 155.315 QHP 등록 자격 관련 인증 과정을 준수하여 귀하에 발송됩니다.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 미국 출생지를 명시한 개인 병원, 대형 병원, 의사, 산파 또는 기관 발급의 미국 의료 기록</li> <li>• 미국 출생지를 명시한 미국 생명, 의료 또는 기타 보험 기록</li> <li>• 미국 국내 기록의 미국 출생지를 명시한 종교인 기록</li> <li>• 자녀의 성명과 미국 출생지를 명시한 학교 기록</li> <li>• 미국 시민권 또는 미국 출생지를 명시한 연방 정부 또는 주 정부 인구조사 기록</li> <li>• 인물의 성명과 미국 출생지를 명시한 최종 입양 판결문</li> <li>• 자동적으로 미국 시민권을 부여받은 해외 출생 입양 자녀의 서류(IR3 또는 IH3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 선거인 등록 카드</li> <li>• 귀하의 신원을 증명하는 기타 두 가지 서류, 예: 사원증, 고등학교 졸업증 및 대학교 학위, 혼인 신고서, 이혼 판결문, 부동산 양도 증서, 소유권 증서</li> </ul>
---	--

### 합법 이민 신분 증명 서류 목록

귀하가 미국 시민 또는 미국 국적자가 아닐 경우, 본인의 합법적인 이민 신분을 증명하기 위해 **다음 서류 중 한 개의 사본을 제출하십시오.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 영주권 카드, 일명 "그린 카드" (I-551)</li> <li>• 노동 허가 카드, 일명 "워크 퍼밋" (I-766)*</li> <li>• 외국인 여권, 용인되는 스탬프 또는 비자 포함</li> <li>• 외국인 여권의 입국/출국 기록(I-94)재입국 허가(I-327)</li> <li>• 입국/출국 기록(I-94/I-94A)</li> <li>• 임시 I-551 스탬프(여권 상 또는 I-94/I-94A)</li> <li>• 미국 국토안보부 발행 추방 보류 행정 명령</li> <li>• 추방 보류 사실이 명시된 서류(또는 국외 추방 보류)</li> <li>• 난민 여행 서류(I-571)</li> <li>• 기계 판독 이민 비자(임시 I-551 언어)</li> <li>• 비이민 학생 신분 자격 증명서(I-20)</li> <li>• 교환 방문객 신분 자격 증명서(DS-2019)</li> <li>• 이민 수속 통지(I-797)</li> <li>• 미국 보건복지부(HHS) 난민 재정착지원센터(ORR)의 증명서</li> <li>• 난민 재정착지원센터(ORR) 자격 통지서(18세 미만인 경우)</li> <li>• 연방 공인 미국 원주민 부족의 구성원 또는 캐나다 출생 미국 원주민임을 명시하는 서류</li> <li>• 미국령 사모아 거주민 카드</li> </ul>
---

\* 카테고리 코드 C-33을포함한 I-766 제외, 청소년 추방유예 및 노동허가

### 청소년 추방유예 및 노동허가를 얻은 개인

본 통지서는 Exchange 를 통해 부담적정보험법(Affordable Care Act) § 155.315 QHP 등록 자격 관련 인증 과정을 준수하여 귀하에 발송됩니다.

청소년 추방유예 및 노동허가(DACA)를 받은 개인의 경우, 소득 및 영주권 요건 충족 여부에 따라 Medi-Cal 을 이용할 수 있습니다. 그러나 이 경우, Covered California 건강 보험 플랜을 구매할 자격은 주어지지 않습니다. Medi-Cal 가입 자격에 충족되지 않을 경우, 지역 카운티 프로그램, 지역 사회 보건소를 통해 의료 케어를 받거나 고용주 의료 보험에 등록할 자격이 주어질 수 있습니다. 또한 Covered California 외 건강 보험사로부터 건강 보험 플랜을 직접 구매할 수 있습니다.

나의 증명 서류입니다

시민권 및 합법적 체류

(서류를 팩스나 우편으로 발송할 때 이 커버 페이지를 포함하십시오)

사건 번호

주신청자 성명: \_\_\_\_\_

주요 연락처: \_\_\_\_\_

상기 세 가지 사항을 모두 기입하십시오. 중요사항: 알아볼 수 있는 사본 서류 맨 위에 이 페이지가 오도록 포함해 발송해주십시오.

팩스: 1-888-329-3700

- 또는 -

우편: Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725



*Your destination for quality  
healthcare, including Medi-Cal*

## 영어 외 다른 언어로 도움 받기

**영어:** 중요: 본 통지문을 읽기 위해 도움이 필요하십니까? 이 편지는 귀하의 건강 보험 신청에 관한 내용입니다. 귀하의 Covered California 를 통한 건강 보험 또는 Medi-Cal 가입 자격을 확인하기 위해 보다 자세한 정보가 필요합니다. 귀하나 귀하의 가족이 미국 시민, 미국 국적을 갖고 있거나 합법적인 이민 신분의 미국 거주민임을 증명하는 서류를 저희측에서 받아보지 못했거나 처리하지 못했습니다.

필요한 정보를 마감일까지 제출하지 않으면 귀하에 필요한 건강 보험 보장을 받지 못하실 수 있습니다. 1-800-738-9116에 전화하여 귀하의 언어로 소통가능한 상담원과 통화하십시오. 또, 이 편지를 귀하의 사용 언어로 번역하거나 확대본처럼 다른 형식의 편지로 요청하실 수 있습니다. TTY는 1-888-889-3700으로 전화하십시오.

**English:** IMPORTANT: Do you need help reading this letter? This letter is about your health insurance application. We need more information from you to see if you qualify for health insurance through Covered California or Medi-Cal. We did not get or could not process documents from you that show you or members of your household are U.S. citizens, U.S. nationals, or are lawfully present in the United States with eligible immigration status.

If you do not send us the information we need by the due date, you may not get the health coverage you need. You can call **1-800-300-1506** to speak with someone who speaks your language. You can also ask for this letter to be translated to your language or in another format such as, large print. For TTY call 1-888-889-4500.

**Español:** IMPORTANTE: ¿Necesita ayuda para leer esta carta? Esta carta es sobre su solicitud para un seguro de salud. Necesitamos más información sobre usted para ver si es elegible para un seguro de salud a través de Covered California o Medi-Cal. No recibimos o no pudimos procesar sus documentos que muestren que usted o los miembros de su hogar son ciudadanos o nacionales de EE.UU. o que están legalmente en los Estados Unidos y su estatus migratorio es elegible.

본 통지서는 Exchange 를 통해 부담적정보험법(Affordable Care Act) § 155.315 QHP 등록 자격 관련 인증 과정을 준수하여 귀하에 발송됩니다.

Si no nos envía la información que necesitamos a más tardar en la fecha límite, posiblemente usted no obtenga la cobertura de salud que necesita. Usted puede llamar al **1-800-300-0213** para hablar con alguien que hable su idioma. También puede pedir que traduzcan esta carta en su idioma o en otro formato, como letras grandes. Si tiene TTY, llame al 1-888-889-4500.

**英文：**重要事項：您需要我們幫助您閱讀此函嗎？此次致函意在告知您有關您的健康保險申請事宜。我們需要您提供更多資訊，以確認您是否有資格透過 Covered California 或 Medi-Cal 獲得健康保險。我們並沒有收到或者無法處理您提供的可證明您或您的家庭成員是美國公民、美國國民或具有合法的移民身份，可在美國合法存在的文件。

若您未能於截止日期之前向我們發送所需的資訊，則您可能無法獲得所需的健康保險。您可撥打 **1-800-300-1533**，向講您的語言的人員諮詢。您亦可要求將此函翻譯為您的語言版本或索取其他格式（如大字版）的信函。TTY 用戶請撥打 1-888-889-4500。

**Tiêng Anh:** QUAN TRONG: Quý vị có cần trợ giúp để đọc thư này không? Thư này trình bày về việc nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế của quý vị. Chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị để xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California hoặc Medi-Cal không. Chúng tôi đã không nhận được hoặc không thể xác lý tài liệu từ quý vị chứng minh quý vị hoặc thành viên hộ gia đình của quý vị là công dân Hoa Kỳ, người có quốc tịch Hoa Kỳ, hoặc người có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ vì tình trạng nhập cư di trú.

Nếu quý vị không gọi cho chúng tôi thông tin mà chúng tôi cần tính đến ngày hết hạn, quý vị có thể không nhận được khoản bảo trả y tế mà quý vị cần. Quý vị có thể gọi **1-800-652-9528** để trao đổi với người nói ngôn ngữ của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu thư này được dịch sang ngôn ngữ của mình hoặc mô tả định dạng khác nhau, bản in khổ lớn. Người dùng TTY gọi số 1-888-889-4500.

**Tagalog:** MAHALAGA: Nangangailangan ka ba ng tulong sa pagbasa ng sulat na ito? Ang sulat na ito ay tungkol sa iyong aplikasyon sa pangkalusugang insurance. Nangangailangan kami ng karagdagang impormasyon mula sa iyo upang malaman kung karapat-dapat ka para sa pangkalusugang insurance sa pamamagitan ng Covered California o Medi-Cal. Hindi natanggap o hindi mapoproseso ang mga dokumento mula sa iyo o sa mga kasapi ng iyong sambahayan na mga U.S. citizen, U.S. national, o mga legal na nasa Estados Unidos na may kwalipikadong estado sa imigrasyon.

Kung hindi mo ipapadala sa amin ang impormasyong kailangan namin bago lumipas ang petsa ng taning, maaaring hindi mo matanggap ang pangkalusugang kasaklawan na kinakailangan mo. Maaari kang tumawag sa **1-800-983-9816** upang makipag-usap sa isang tao na nakapagsasalita ng iyong

wika. Maaari ring hilingin mo na isalin ang sulat na ito sa iyong wika o sa ibang pormat tulad ng malalaking imprinta. Para sa TTY, tumawag sa 1-888-889-4500.

**Lus Askiv:** TSEEM CEEB: Koj puas xav tau kev pab nyeem tsab ntawv no? Tsab ntawv no hais txog koj daim ntawv thov pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv. Peb xav saib koj cov ntaub ntawv ntxiv seb koj puas muaj cai rau pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv los ntawm Covered California lossis Medi-Cal. Peb tsis tau txais lossis tsis tuaj yeem lis cov ntaub ntawv uas tuaj ntawm koj tau lossis cov neeg hauv koj cuab yig uas yog neeg pej xeem Meskas, neeg xam xaj Meskas, lossis yog cov nyob raug cai rau hauv Tebchaws Meskas uas muaj cai raws li neeg thoj nam.

Yog koj tsis xa cov ntaub ntawv no rau peb kom tsis pub dhau hnuv hais tseg, tej zaum koj yuav tsis tau txais pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv raws li koj xav tau. Koj tuaj yeem hu rau **1-800-771-2156** mus tham nrog ib tug neeg uas paub hais koj hom lus. Koj tuaj yeem thov kom tsab ntawv no txhais ua koj hom lus lossis muab kho ua lwm ntawv xws li muab luam tawm kom loj. Rau cov TTY hu rau 1-888-889-4500.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Вам нужна помощь, чтобы прочитать это письмо? Это письмо касается Вашего заявления на медицинское страхование. Нам нужно получить больше информации от Вас, чтобы определить, соответствуете ли Вы требованиям для получения медицинского страхования через Covered California или Medi-Cal. Мы не получили или не смогли обработать предоставленные Вами документы, подтверждающие, что Вы или члены Вашей семьи являются гражданами США, подданными США или лицами, проживающими в США на законных основаниях, с соответствующим требованиям иммиграционным статусом.

Если Вы не отправите нам требуемую информацию до установленной даты, Вы можете не получить необходимое Вам страховое покрытие медицинского обслуживания. Вы можете позвонить по номеру **1-800-778-7695**, чтобы поговорить с лицом, владеющим Вашим языком. Вы также можете обратиться с запросом на перевод этого письма на Ваш язык или на предоставление этого письма в другом формате, например, крупным шрифтом. Лица с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-(888)-889-4500.

본 통지서는 Exchange 를 통해 부담적정보험법(Affordable Care Act) § 155.315 QHP 등록 자격 관련 인증 과정을 준수하여 귀하에 발송됩니다.

페이지 8



**Հայերեն:** ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Ձեզ օգնություն հարկավոր է այս նամակը կարդալու հարցում: Այս նամակը առողջության ապահովագրության Ձեր դիմումի մասին է: Մեզ անհրաժեշտ է Ձեզանից լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք «Covered California» կամ «Medi-Cal» ծրագրերի միջոցով առողջության ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Մենք Ձեզանից չենք ստացել կամ չենք կարողացել քննել այն փաստաթղթերը, որոնք ցույց են տալիս, որ Դուք կամ Ձեր ընտանիքի անդամները ԱՄՆ քաղաքացիներ, ԱՄՆ հպատակներ են կամ ներգաղթողի ընդունելի կարգավիճակով օրինականորեն գտնվում են Միացյալ Նահանգներում:

Եթե Դուք մինչև պահանջված ամսաթիվը մեզ չուղարկեք մեզ անհրաժեշտ տեղեկությունները, ապա հնարավոր է, որ Դուք չստանաք առողջության այն ապահովագրությունը, որի համար դիմել եք: Կարող եք զանգահարել 1-800-996-1009 հեռախոսահամարով և խոսել Ձեր լեզվով խոսող որևէ աշխատակցի հետ: Կարող եք նաև խնդրել, որ այս նամակը թարգմանվի Ձեր լեզվով կամ Ձեզ տրամադրվի որևէ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ խոշորատառ տպագրությամբ: TTY-ի համար զանգահարել 1-888-889-4500:

**انگلیسی:** مهم: آیا برای خواندن این نامه احتیاج به کمک دارید؟ این نامه در ارتباط با فرم تقاضای بیمه بهداشتی شما است. برای تعیین اینکه آیا شما از طریق Covered California یا Medi-Cal صلاحیت برخورداری از بیمه بهداشتی دارید، نیاز به اطلاعات بیشتری از سوی شما داریم. اطلاعاتی که نشان می دهد که شما یا اعضاء خانوار شما تابعیت آمریکا، یا شهروندی آمریکا را دارند، یا به صورت قانونی با وضعیت صلاحیت دار مهاجرتی در آمریکا حضور دارند را دریافت نکردیم یا نتوانستیم آنها را پردازش کنیم.

اگر اطلاعات مورد نیاز ما را تا تاریخ سررسید به ما ارسال نکنید، ممکن است نتوانید پوشش بهداشتی مورد نیازتان را دریافت نمایید. برای گفتگو با شخصی که به زبان شما صحبت می کند می توانید با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید. همچنین می توانید درخواست کنید که این نامه به زبان شما یا به فرمت دیگری مانند چاپ درشت به شما ارسال شود. برای TTY با شماره 1-888-889-4500 تماس بگیرید.

**Khmer: ចំណុចសំខាន់:** តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអានលិខិតនេះដែរឬទេ? លិខិតនេះគឺទាក់ទងនឹងពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក ដើម្បីឲ្យដឹងថាអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈកម្មវិធី Covered California ឬ Medi-Cal ដែរឬទេ។ យើងខ្ញុំមិនបានទទួល ឬមិនអាចដំណើរការឯកសារដែលបានមកពីអ្នក ដែលបង្ហាញថាអ្នក ឬសមាជិកនៃគ្រួសាររបស់អ្នក គឺជាពលរដ្ឋអាមេរិក ជនជាតិអាមេរិក ឬស្ថិតនៅដោយស្របច្បាប់ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ដោយមានឋានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលមានសិទ្ធិ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើព័ត៌មានដែលយើងខ្ញុំត្រូវការ ឲ្យទាន់តាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ទេនោះ អ្នកអាចនឹងមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការឡើយ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-906-8528 ដើម្បីនិយាយទៅកាន់នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឲ្យគេបកប្រែលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នក ឬស្នើសុំលិខិតនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាឯកសារបោះពុម្ពជាអក្សរធំៗជាដើម។ សម្រាប់ TTY សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-889-4500។

**العربية:** ملحوظة مهمة: هل أنت بحاجة للمساعدة في قراءة هذا الخطاب؟ إن هذا الخطاب يتعلق باستمرار التأمين الصحي التي تقدمت بها. نحن بحاجة إلى مزيد من المعلومات لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في التأمين الصحي المقدم ضمن برنامج Covered California أو Medi-Cal. فأنت لم تقدم، أو لم يصل إلينا، أي مستندات تثبت أنك أو أفراد أسرتك تحملون الجنسية الأمريكية أو أنك مواطنون أمريكيون أو أنك تقيمون بصورة قانونية في الولايات المتحدة وأن حالة الهجرة خاصتك تؤهلكم للاشتراك في البرنامج.

إذا لم تتلقى تلك المعلومات في الموعد المُحدد، قد لا يمكنك الحصول على تغطية التأمين الصحي التي تحتاجها. يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-826-6317 للتحدث إلى أحد الموظفين اللذين يتحدثون لغتك. كما يمكنك طلب ترجمة هذه الرسالة إلى لغتك أو الحصول عليها في تنسيق آخر على سبيل المثال بحروف طباعة كبيرة. بالنسبة لمستخدمي جهاز الهاتف النصي (YTT) يرجى الاتصال بالرقم 1-888-889-4500