

ព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពី Medi-Cal របស់អ្នក

ជូនចំពោះសមាជិក Medi-Cal ជាទីរាប់អាន

នៅពេលដែល អាសន្នផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ បានចាប់ផ្តើមជាផ្លូវការនៅថ្ងៃទី 18 ខែមីនា ឆ្នាំ 2020 វាបានបញ្ឈប់មិនឱ្យបញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ឬមិនឱ្យកាត់បន្ថយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ដោយមានករណីលើកលែងមួយចំនួន។

ចាំបាច់ត្រូវអានលិខិតនេះ និងអនុវត្តតាមការណែនាំខាងក្រោម។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបញ្ឈប់នោះទេ រហូតទាល់តែខាងខោនធីធ្វើការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់អ្នក និង កំណត់ថាអ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal បន្តទៅទៀត។

សូមចាត់វិធានការដោយអនុវត្តតាមជំហានទាំងបីនេះ៖

- 1. ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានសម្រាប់ទាក់ទង របស់អ្នកនិងគ្រួសារអ្នក ប្រសិនបើមានការប្រែប្រួលណាមួយ**
សូមធ្វើឱ្យប្រាកដថា ការិយាល័យខោនធីនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក មានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ និង អាសយដ្ឋាន អ៊ីមែលបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ខោនធីត្រូវការព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីទាក់ទងផ្តល់ព័ត៌មានសំខាន់ៗដល់អ្នក អំពីការរក្សាទុក Medi-Cal របស់អ្នក។
- 2. រាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូររបស់គ្រួសារ**
សូមរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ នេះរួមមានប្រសិនបើ៖
 - នរណាម្នាក់មានផ្ទៃពោះ ឬសម្រាលបុត្រ (ដើម្បីរក្សាបានការធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីការមានផ្ទៃពោះ)
 - នរណាម្នាក់រើចូលមកនៅ ឬរើចេញពីផ្ទះរបស់អ្នក
 - ការប្រែប្រួលលើប្រាក់ចំណូល
 - ការប្រែប្រួលលើស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍
 - ការប្រែប្រួលផ្សេងៗណាមួយកើតឡើង ដែលអាចផ្លាស់ប្តូរសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នកនិងគ្រួសារអ្នក។

អ្នកអាចរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរនានាតាមរយៈមធ្យោបាយណាមួយក្នុងចំណោមមធ្យោបាយទាំងនេះ៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក
- អនឡាញ៖
 - MyBenefitsCALWIN.org - បង្កើតគណនីតាមអនឡាញរបស់អ្នកនៅថ្ងៃនេះ ដោយចូលទៅកាន់ MyBenefitsCALWIN.org ហើយជ្រើសរើសយកតំណភ្ជាប់ “Create An Account (បង្កើតគណនីមួយ)”។
 - BenefitsCal.com - បង្កើតគណនីតាមអនឡាញរបស់អ្នកនៅថ្ងៃនេះ ដោយចូលទៅកាន់ BenefitsCal.com, ហើយជ្រើសរើសយកតំណភ្ជាប់ “Create An Account (បង្កើតគណនីមួយ)” ។
 - CoveredCA.com - ប្រសិនបើអ្នកមិនមានគណនីតាមអនឡាញ សូមបង្កើតគណនីមួយនៅពេលនេះ ដោយប្រើប្រាស់លេខកូដសម្ងាត់ដែលយើងបានផ្ញើមកជាមួយនឹងការឯកភាព Medi-Cal របស់អ្នក។
- ផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់តាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់ខោនធីរបស់អ្នក
- ទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់

3. ធ្វើការឆ្លើយតបរាល់សំណើសុំព័ត៌មានទាំងអស់

សូមធ្វើឱ្យប្រាកដថាបានផ្តល់ជូនការិយាល័យ Medi-Cal ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកនូវរាល់ព័ត៌មានដែលពួកគេស្នើសុំ។

អ្នកនឹងរក្សាទុក Medi-Cal របស់អ្នក រហូតដល់ការបន្តសុពលភាពរបស់អ្នកមានភាពពេញលេញ។ ប្រសិនបើខោនធីរបស់អ្នកត្រូវការព័ត៌មានដើម្បីបន្តសុពលភាព Medi-Cal របស់អ្នក នោះពួកគេនឹងផ្ញើលិខិតស្នាមទៅឱ្យអ្នកបំពេញ និងផ្ញើត្រឡប់ទៅវិញ។ សូមអានលិខិតស្នាមនោះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ អ្នកអាចផ្តល់ព័ត៌មានជូនទៅដល់ខោនធីរបស់អ្នកបានតាមរយៈសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ទូរសព្ទ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអនឡាញ។

ប្រសិនបើខោនធីរបស់អ្នកស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនព័ត៌មាននោះទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នកឱ្យបានត្រឹមកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ខោនធីរបស់អ្នក អាចនឹងស្នើសុំពីអ្នកនូវទម្រង់បែបបទបន្តសុពលភាពភ័ស្តុតាងដូចជាគល់បញ្ជីប័ណ្ណបើកប្រាក់បៀវត្សរបស់អ្នក ឬការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានសម្រាប់ទាក់ទងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនឆ្លើយតបត្រឹមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នោះទេ នោះអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចប់។

ប្រសិនបើអ្នកហួសកាលបរិច្ឆេទកំណត់ អ្នកគួរតែបន្តផ្ញើព័ត៌មាននោះទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ការិយាល័យខោនធីនៅតែអាចទទួលយកព័ត៌មាននោះ ប្រសិនបើព័ត៌មាននោះត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ដែរឬទេ។

សម្គាល់៖ ចាប់ពីថ្ងៃទី១ ខែឧសភា ឆ្នាំ២០២២ California នឹងពង្រីក full-scope Medi-Cal ទៅដល់មនុស្សពេញវ័យដែលមានអាយុ 50ឆ្នាំ ដោយមិនគិតពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍។ វិធានស្តីពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ទាំងអស់ផ្សេងទៀតនឹងនៅដដែល។

តើមានសំណួរទេ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ត្រូវការជំនួយ ឬត្រូវការរាយការណ៍អំពីបញ្ហា៖

- ទាក់ទងទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មាន ទាក់ទងរបស់ពួកគេ សូមចូលទៅកាន់ <http://dhcs.ca.gov/COL> ។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយភាសាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមប្រើប្រាស់លេខទូរសព្ទដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយលិខិតនេះនៅលើការជូនដំណឹងអំពីសេវាកម្មផ្នែកភាសា។

សូមអរគុណ

Department of Health Care Services
State of California

County Social Services Agencies

If the information on this list has changed, you may verify the information in the phone directory under the county government listings.

A - L Counties

Alameda County (01)

(510) 383-8523
(888) 999-4772

Alpine County (02)

(530) 694-2235 Ext. 231

Amador County (03)

(209) 223-6550

Butte County (04)

(530) 538-7711
(877) 410-8803

Calaveras County (05)

(209) 754-6448

Colusa County (06)

(530) 458-0250

Contra Costa County (07)

Currently Enrolled
(866) 663-3225

New Application
(800) 709-8348

Del Norte County (08)

(707) 464-3191

El Dorado County (09)

(530) 642-7300

Fresno County (10)

Automated Assistance
(559) 600-1377

Call Center
(855) 832-8082

Glenn County (11)

(530) 934-6514

Humboldt County (12)

(877) 410-8809

Imperial County (13)

(760) 337-6800

Inyo County (14)

(760) 872-1394

Kern County (15)

Currently Enrolled
(877) 410-8812

New Application
(661) 631-6807

Kings County (16)

(877) 410-8813

Lake County (17)

(707) 995-4200

Lassen County (18)

(530) 251-8152

Los Angeles County (19)

Customer Service Center
(866) 613-3777

(877) 597-4777

M - O Counties

Madera County (20)

(559) 675-2300

Marin County (21)

(415) 473-3400

Mariposa County (22)

(209) 966-2000
(800) 549-6741

Mendocino County (23)

Fort Bragg Office
(707) 962-1000

Toll-Free in Mendocino
(877) 327-1677

Mendocino County (23)

(continued)

Ukiah Office
(707) 463-7700

Toll-Free in Mendocino
(877) 327-1711

Merced County (24)

(209) 385-3000

Modoc County (25)

(530) 233-6501

Mono County (26)

North County Office
(760) 932-5600

South County Office
(760) 924-1770

Monterey County (27)

(866) 323-1953

Napa County (28)

(800) 464-4214
(707) 253-4511

Nevada County (29)

(888) 809-1340
(530) 265-1340

Orange County (30)

Automated Assistance
(949) 389-8456

(714) 541-4895
Currently Enrolled

(800) 281-9799

New Application
(855) 478-5386

P - R Counties**Placer County
Human Services (31)**

(888) 385-5160

From outside of the County
(916) 784-6000**Plumas County (32)**

(530) 283-6350

Riverside County (33)Call Center – Customer Service
(800) 274-2050**S Counties****Sacramento County (34)**

(916) 874-3100

(209) 744-0499

San Benito County (35)

(831) 636-4180

San Bernardino County (36)

(877) 410-8829

San Diego County (37)

(866) 262-9881

**San Francisco
City and County (38)**

(415) 558-4700

(855) 355-5757

San Joaquin County (39)

(209) 468-1000

San Luis Obispo County (40)

(805) 781-1600

San Mateo County (41)

(800) 223-8383

Santa Barbara County (42)Access Cal Win:
(866) 404-4007**Santa Clara County (43)**Benefits Assistance Center
(408) 758-3800

(408) 758-4600

Automated Assistance
(877) 962-3633**Santa Cruz County (44)**Benefit Call Center
(888) 421-8080**Shasta County (45)**

(877) 652-0731

Sierra County (46)Loyalton
(530) 993-6721Downieville
(530) 289-3711**Siskiyou County (47)**

(530) 841-2700

Solano County (48)Benefit Action Center
(800) 400-6001Fairfield
(707) 784-8050Vacaville
(707) 469-4500Vallejo
(707) 553-5000**Sonoma County (49)**

(877) 699-6868

Stanislaus County (50)

(877) 652-0734

Sutter County (51)

(877) 652-0735

T - Y Counties**Tehama County (52)**

(530) 527-1911

Trinity County (53)

(800) 851-5658

(530) 623-1265

Tulare County (54)

(800) 540-6880

Tuolumne County (55)

(209) 533-5711

For Mailed Application
(209) 533-5725**Ventura County (56)**

(888) 472-4463

Yolo County (57)

(855) 278-1594

Yuba County (58)

(877) 652-0739

NOTICE OF LANGUAGE SERVICES

English: Your eligibility for public benefits could be affected by information contained in this letter. Your response may be required by a certain date. If you need additional help with this information, you can call your county worker. You have the right to ask for help in your own language. There is no cost for this help.

Spanish: Su elegibilidad para recibir beneficios públicos podría ser afectada por la información contenida en esta carta. Su respuesta podría ser requerida antes de cierta fecha. Si necesita ayuda adicional con esta información, llame a su trabajador del condado. Tiene el derecho a pedir ayuda en su propio idioma. No hay ningún costo para esta ayuda.

Arabic: قد تتأثر أهليتك للحصول على المزايا العامة بالمعلومات الواردة في هذه الرسالة. قد يكون ردك مطلوبًا بحلول تاريخ معين. إذا احتجت إلى مساعدة إضافية لفهم هذه المعلومات، فيمكنك الاتصال بمسؤول الملف في مقاطعتك. لديك الحق في طلب المساعدة بلغتك. لا توجد تكلفة مقابل هذه المساعدة.

Armenian: Այս նամակում պարունակվող տեղեկությունները կարող են ազդել պետական նպաստներ ստանալու և Զեր իրավասության վրա: Զեր պատասխանը կարող է պահանջվել մինչև որոշակի ամսաթիվը: Եթե Զեզ այս տեղեկությունների հետ կապված լրացուցիչ օգնություն է հարկավոր, կարող եք դիմել Զեր վարչաշրջանի աշխատակցին: Դուք իրավունք ունեք Զեր մարտնչի լեզվով օգնություն ստանալու: Այդ ծառայությունն անվճար է:

Cambodian: សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់អ្នក អាចត្រូវប៉ះពាល់ដោយសារព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងលិខិតនេះ។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចាំបាច់ត្រូវឱ្យបានតាមកាលកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែមទាក់ទងនឹងព័ត៌មាននេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់បុគ្គលិកធ្វើការនៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំជំនួយភាសាកំណើតរបស់អ្នក។ ការផ្តល់ជំនួយនេះពុំមានគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese: 您的公共福利资格可能会受到本信中所含信息的影响。您可能需要在特定日期内作出回应。如果您需要有关此信息的其他帮助，您可以致电所在区县的工作人员。您有权使用母语请求帮助，并免费获取该类帮助。

Farsi: صلاحیت شما برای برخورداری از مزایای عمومی ممکن است با اطلاعات مندرج در این نامه تحت تأثیر قرار بگیرد. ممکن است تا تاریخ معینی ملزم به دادن پاسخ باشید. اگر به کمک بیشتری نیاز دارید، می توانید با مددکار کانتی تان تماس بگیرید. شما حق دارید درخواست کنید که کمک به زبان خودتان ارائه شود. ارائه این کمک هزینه ای برای شما در بر ندارد.

Hindi: इस पत्र में दीये हुये जानकारी के कारण आपकी सार्वजनिक लाभों की योग्यता प्रभावित हो सकती है। एक निश्चित तिथि तक आपके उत्तर की आवश्यकता हो सकती है। यदि आपको इस जानकारी के सन्दर्भ में अतिरिक्त सहायता चाहिए तो अपने काउंटी कार्यकर्ता से संपर्क करें। आपको अपनी भाषा में सहायता की माँग करने का अधिकार है। इस सहायता के लिए कोई शुल्क नहीं लगता।

Hmong: Koj txoj kev pab los ntawm pej xeem cov kev pab cuam yuav cuam tshuam txog qhov muaj cai tau txais kev pab. Tej zaum koj yuav tsum teb rov qab mus raw li hnuv hais tseg. Yog koj tsis nkag siab cov ntaub ntawv no hu rau tus neeg pab lis hauj lwm hauv koj lub zos. Koj muaj txoj cai thov kev pab ua yog hais koj hom lus. Yuav tsis tau them nqi dab tsi rau qhov kev pab no.

Japanese: あなたの公的給付金の受領資格は、本文書に含まれる情報によって影響を及ぼされる可能性があります。回答を期限までに要請される可能性があります。本情報に関してさらに援助が必要な場合は、郡の職員にお電話にてお問い合わせください。言語支援サービスがご利用できます。このサービスは無料です。

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Korean: 공공 혜택에 관한 귀하의 자격이 이 편지에 포함된 내용에 의해 영향을 받을 수 있습니다. 귀하께서는 정해진 날짜까지 이에 응답할 필요가 있을 수도 있습니다. 본 내용과 관련하여 도움이 필요하시면 카운티 담당 직원에게 연락하십시오. 귀하의 사용 언어로 도움을 요청하실 수 있는 권리가 있습니다. 도움 비용은 무료입니다.

Lao: ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ອາດໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກຂໍ້ມູນໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳຕ້ອງຕອບກັບຄືນພາຍໃນວັນທີທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບຂໍ້ມູນນີ້, ທ່ານສາມາດໂທຕິດຕໍ່ພະນັກງານປະຈຳຄູ່າວເຕີຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນີ້.

Mien: Meih duqv zipv naaiv zeiv waa-fienx bun taux meih se wueic laaix benx zuqc ninh yaac haih maaih jau-louc mingh ging-dongx taux meih nyei ze'buonc pui-zipv tengxx fu'loqc nyaanh aengx caux oix zuqc heuc meih dau waac daaux ngaang bun nzuonx hingh gan hnoi-nyieqc ziangh hoc.. Se gorngv meih maiv bieqc hnyouv taux naaiv deix waa-fienx jau-louc nor korh waac mingh buangh taux meih nyei kaau div gong-gorn zangc zoux gong mienh. Meih corc maaih do-leiz ze'buonc tov heuc tengx faan benx meih nyei mienh fingz waac bun muangx maiv zuqc cuotv haaix diuc jaa-zinh.

Punjabi: ਜਨਤਕ ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ। ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਤਾਰੀਖ਼ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਵਾਧੂ ਮਦਦ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਲਾਕੇ ਦੇ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਇਹ ਮਦਦ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ।

Russian: Информация, содержащаяся в этом письме, может повлиять на Ваше право получать государственные пособия. Возможно, Вам необходимо будет предоставить ответ до определенной даты. Если Вам нужна дополнительная помощь в связи с этой информацией, обратитесь к сотруднику администрации округа. У Вас есть право обратиться за помощью на Вашем родном языке. Эта помощь оказывается бесплатно.

Thai: การมีคุณสมบัติที่จะได้รับเลือกผลประโยชน์ของภาครัฐของคุณมีผลกระทบจากข้อมูลในจดหมายฉบับนี้ การตอบรับของคุณจะต้องทำภายในเวลาที่กำหนด หากคุณต้องการความช่วยเหลือจากข้อมูลนี้ คุณสามารถติดต่อพนักงานในพื้นที่ที่คุณมีสิทธิที่จะขอความช่วยเหลือโดยใช้ภาษาของคุณ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการขอความช่วยเหลือครั้งนี้

Tagalog: Ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga pampublikong benepisyo ay maaaring makaapekto sa impormasyong nilalaman ng liham na ito. Ang iyong tugon ay maaaring kailanganin sa pagsapit ng partikular na petsa. Kung kailangan mo ng karagdang tulong sa impormasyong ito, maaari mong tawagan ang iyong manggagawa sa county. May karapatan kang humingi ng tulong sa sarili mong wika. Walang gagastusin para sa tulong na ito.

Ukrainian: Інформація, яку надано цим листом, може вплинути на Ваші умови отримання допомоги по соціальному забезпеченню. Вона також може вимагати від вас відповіді не пізніше певної дати. Якщо Ви потребуєте додаткової допомоги відносно наданої інформації, зателефонуйте працівнику місцевої служби. Ви маєте право на отримання безкоштовних послуг перекладача.

Vietnamese: Tính đủ điều kiện nhận các phúc lợi công cộng của quý vị có thể bị ảnh hưởng bởi thông tin có trong thư này. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hồi đáp trước một ngày cụ thể. Nếu quý vị cần thêm trợ giúp với thông tin này, quý vị có thể gọi đến nhân viên tại quận hạt của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Quý vị không mất chi phí khi nhận sự trợ giúp này.