



MICHELLE BAASS  
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency

# Department of Health Care Services



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

## ຂ່າວທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບ Medi-Cal ຂອງທ່ານ

ຮຽນສະມາຊິກ Medi-Cal ທີ່ຮັກແພງ,

ໃນເວລາທີ່ ວາເຫດສຸກເສີນສາທາລະນະສຸກຂອງພະຍາດ ໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນຢ່າງເປັນ ທາງການໃນ ວັນທີ 18 ມີນາ, 2020, ມັນຢຸດຂອງທ່ານ Medi-Cal ຜົນປະໂຫຍດຈາກການສິ້ນສຸດ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຈາກການຖືກຢຸດລົງ, ໂດຍມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນເລັກນ້ອຍ.

ມັນເປັນສິ່ງສໍາຄັນທີ່ຈະອ່ານຈົດໝາຍສະບັບນີ້ ແລະ ປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນໍາຂ້າງລຸ່ມນີ້. ທ່ານຈະບໍ່ຖືກຢຸດໃຫ້ບໍລິການ ຈົນກວ່າທາງເຂດປົກຄອງຈະສົ່ງແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານ ແລະ ກໍານົດວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບອີກຕໍ່ໄປ Medi-Cal.

ດໍາເນີນການໂດຍປະຕິບັດຕາມສາມຂັ້ນຕອນເຫຼົ່ານີ້:

### 1. ອັບເດດຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂອງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານ ຖ້າຫາກມີການປ່ຽນແປງ

ກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ້ອງການເຂດປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານມີຊື່, ທີ່ຢູ່, ເບີໂທລະສັບ ແລະ ທີ່ຢູ່ອີເມວປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ. ທາງເຂດປົກຄອງຕ້ອງການຂໍ້ມູນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ເພື່ອຕິດຕໍ່ກັບທ່ານດ້ວຍຂໍ້ມູນສໍາຄັນກ່ຽວກັບການຮັກສາ Medi-Cal ຂອງທ່ານ.

### 2. ລາຍງານການປ່ຽນແປງຂອງຄົວເຮືອນ

ລາຍງານການປ່ຽນແປງໄປຍັງທ້ອງການຂອງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານ. ນີ້ລວມມີ ຖ້າຫາກວ່າ:

- ບາງຄົນຖືພາ ຫຼື ທົດລູກ (ເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການຖືພາ)
- ມີຄົນຍ້າຍເຂົ້າ ຫຼື ອອກຈາກເຮືອນຂອງທ່ານ
- ການປ່ຽນແປງລາຍໄດ້
- ສະຖານະຄົນເຂົ້າເມືອງມີການປ່ຽນແປງ
- ການປ່ຽນແປງອື່ນໆທີ່ອາດຈະປ່ຽນແປງສິດໃນການຮັບ Medi-Cal ຂອງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວ

### ທ່ານສາມາດລາຍງານການປ່ຽນແປງໂດຍການຫນຶ່ງໃນວິທີການເຫຼົ່ານີ້:

- ໂທ ຫາຫ້ອງການເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານ
- ອອນລາຍ:
  - [MyBenefitsCALWIN.org](http://MyBenefitsCALWIN.org) - ສ້າງບັນຊີອອນໄລນ໌ຂອງທ່ານໃນມື້ນີ້ໂດຍການໄປທີ່ [MyBenefitsCALWIN.org](http://MyBenefitsCALWIN.org) ແລະ ເລືອກ "ສ້າງບັນຊີ" ການເຊື່ອມຕໍ່.
  - [BenefitsCal.com](http://BenefitsCal.com) - ສ້າງບັນຊີອອນໄລນ໌ຂອງທ່ານໃນມື້ນີ້ໂດຍການໄປທີ່ [BenefitsCal.com](http://BenefitsCal.com), ແລະ ເລືອກລິ້ງ "ສ້າງບັນຊີ".
  - [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) - ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີບັນຊີອອນໄລນ໌, ສ້າງອີເມວຫນຶ່ງດຽວນີ້ໂດຍການນຳໃຊ້ລະຫັດຜ່ານທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງກັບຫາທ່ານ Medi-Cal ການອະນຸມັດ.
- ອີເມວ ສົ່ງຈົດໝາຍໄປຍັງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານ
- ຢ້ຽມຢາມ ຫ້ອງການຂອງເຂດປົກຄອງຕົນເອງ

### 3. ຕອບຄໍາຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນທັງໝົດ

ກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະໃຫ້ເຂດປົກຄອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານ ຫ້ອງການຂໍ້ມູນຂ່າວສານທັງໝົດທີ່ມັນຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີ.

#### ທ່ານຈະຮັກສາຂອງທ່ານ Medi-Cal ຈົນກ່ວາການຕໍ່ອາຍຸຂອງທ່ານສໍາເລັດ.

ຖ້າຫາກວ່າເຂດປົກຄອງເມືອງຂອງທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນ ເພື່ອຕໍ່ອາຍຸ Medi-Cal ຂອງທ່ານ, ມັນຈະສົ່ງເອກະສານໃຫ້ທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ ແລະ ກັບຄືນ. ອ່ານເອກະສານຢ່າງລະມັດລະວັງ.

ທ່ານສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານໂດຍທາງເມວ, ໂທລະສັບ, ດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ອອນໄລນ໌.

ຖ້າຫາກວ່າເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ທ່ານຕ້ອງມອບໃຫ້ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ພາຍໃນມື້ຄົບກຳນົດ. ທາງເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານ ສໍາລັບແບບຟອມການຕໍ່ອາຍຸ, ຫຼັກຖານສະແດງເຊັ່ນ: ສໍາເນົາຂອງໃບເກັບເງິນຂອງທ່ານ ຫຼື ການອັບເດດຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງທ່ານ.

#### ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຕອບສະໜອງພາຍໃນວັນທີ່ກຳນົດ, ຜົນປະໂຫຍດ Medi-Cal ຂອງທ່ານອາດຈະສິ້ນສຸດລົງ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານພາດວັນຄົບກຳນົດ, ທ່ານຄວນສົ່ງຂໍ້ມູນໄປໃຫ້ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຢູ່. ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງອາດຈະຍັງໃຊ້ຂໍ້ມູນ ຖ້າຫາກໄດ້ຮັບພາຍໃນ 90 ມື້ ຫຼັງຈາກກຳນົດເສັ້ນຕາຍ ແລະ ໃຊ້ອັນນີ້ ເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຍັງມີສິດ ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ Medi-Cal ຕໍ່ໄປ.

**ໝາຍເຫດ:** ເລີ່ມແຕ່ ວັນທີ 1 ເດືອນພຶດສະພາ, 2022, California ຈະຂະຫຍາຍ full-scope Medi-Cal ແກ່ຜູ້ໃຫຍ່ອາຍຸ 50 ປີໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງສະຖານະການຄົນເຂົ້າເມືອງ. ກົດລະບຽບການມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ອື່ນໆທັງໝົດຈະຢູ່ຄືກັນ.

## ມີຄໍາຖາມບໍ?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຕ້ອງການລາຍງານບັນຫາ:

- ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການເຂດປົກຄອງທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງພວກເຂົາ, ໄປທີ່ <http://dhcs.ca.gov/COL>.

ຖ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີເປັນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ,  
ໃຫ້ໃຊ້ເບີໂທລະສັບທີ່ມາພ້ອມກັບຈົດໝາຍສະບັບນີ້ຢູ່ໃນແຈ້ງການການບໍລິການດ້ານພາສາ.

ຂອບໃຈ,

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.