



Noticias importantes sobre su Medi-Cal

Estimado miembro de Medi-Cal,

Cuando la emergencia de salud pública comenzó oficialmente el 18 de marzo de 2020, detuvo la terminación o la reducción de sus beneficios de Medi-Cal, con algunas excepciones.

Es importante leer esta carta y seguir las instrucciones de abajo. No se discontinuarán sus beneficios hasta que el condado le envíe a usted un aviso por escrito y determine que usted ya no es elegible para Medi-Cal.

Actúe siguiendo estos tres pasos:

1. Actualice su información de contacto y la de su familia si hay algún cambio

Asegúrese de que la oficina local de su condado tenga su nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico actuales. El condado necesita su información actual para comunicarse con usted con información importante sobre cómo conservar su Medi-Cal.

2. Reporte cambios en su hogar

Reporte los cambios a la oficina local de su condado. Esto incluye si:

- Alguna persona queda embarazada o dio a luz (para conservar la cobertura durante 12 meses después del embarazo)
- Alguna persona se muda dentro o fuera de su casa
- Cambios en los ingresos
- Cambios de estatus migratorio
- Sucede algún otro cambio que podría cambiar la elegibilidad para Medi-Cal de usted y de su familia

Usted puede reportar cambios de una de estas maneras:

- **Llame** a la oficina de su condado local
-

- **En línea:**
 - MyBenefitsCALWIN.org - Cree hoy su cuenta en línea en MyBenefitsCALWIN.org, y seleccione el enlace “Crear una cuenta”.
 - BenefitsCal.com - Cree hoy su cuenta en línea en BenefitsCal.com, y seleccione el enlace “Crear una cuenta”.
 - CoveredCA.com - Si usted no tiene una cuenta en línea, cree una ahora usando la contraseña que le enviamos con su aprobación de Medi-Cal.
- **Por correo** una carta a su condado
- **Visite** en persona la oficina de su condado

3. Responda todas las solicitudes de información

Asegúrese de dar a la oficina de Medi-Cal de su condado toda la información que soliciten.

Usted conservará su Medi-Cal hasta que su renovación este completa.

Si su condado necesita información para renovar su Medi-Cal, le enviarán documentación para que la llene y la regrese. Lea cuidadosamente la documentación. Usted puede dar la información a su condado por correo, teléfono, en persona o en línea.

Si su condado solicita más información, usted **deberá** darla a la oficina local de su condado a más tardar en la fecha límite. Su condado podría pedirle a usted formularios de renovación; comprobantes, como copias de talones de pago o actualizaciones a su información de contacto.

Si usted no responde a más tardar en la fecha límite, sus beneficios de Medi-Cal podrían terminar.

Si se le pasa la fecha límite, usted todavía deberá enviar la información a la oficina local de su condado. La oficina del condado todavía podría recibir la información si se proporciona dentro de los 90 días de la fecha límite y usarla para decidir si usted todavía califica para continuar con la cobertura de Medi-Cal.

Nota: A partir del 1 de mayo de 2022, California expandirá full-scope Medi-Cal para los adultos de 50 años de edad sin importar su estado migratorio. Todas las demás reglas de elegibilidad de Medi-Cal seguirán iguales.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda o tiene que reportar algún problema:

- Comuníquese con la oficina local de su condado. Para encontrar la información de contacto, vaya a <http://dhcs.ca.gov/COL>.

Para obtener ayuda gratuita en un idioma que no sea inglés, utilice los números de teléfono que llegaron con esta carta en el Aviso de servicios de idiomas.

Gracias,

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 Ձեր իրավասության վրա: Ձեր պատասխանը կարող է պահանջվել մինչև որոշակի ամսաթիվը: Եթե Ձեզ այս տեղեկությունների հետ կապված լրացուցիչ օգնություն է հարկավոր, կարող եք դիմել Ձեր վարչաշրջանի աշխատակցին: Դուք իրավունք ունեք Ձեր 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.