

Thông tin quan trọng về Medi-Cal của bạn

Thành viên Medi-Cal thân mến,

Khi khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng chính thức bắt đầu vào ngày 18 tháng 03 năm 2022, chương trình này đã ngăn việc quyền lợi Medi-Cal của bạn chấm dứt hoặc bị giảm, với một vài trường hợp ngoại lệ.

Điều quan trọng là phải đọc lá thư này và làm theo hướng dẫn bên dưới. Bạn sẽ không bị dừng quyền lợi cho đến khi quận gửi cho bạn một thông báo bằng văn bản và xác định rằng bạn không còn đủ điều kiện nhận Medi-Cal.

Hành động ngay bằng cách làm theo ba bước sau:

1. Cập nhật thông tin liên hệ của bạn và gia đình nếu có thay đổi

Hãy đảm bảo rằng văn phòng quận tại địa phương của bạn của bạn có tên, địa chỉ, số điện thoại và địa chỉ email hiện tại của bạn. Quận cần thông tin hiện tại của bạn để liên hệ với bạn nhằm cung cấp thông tin quan trọng về việc giữ quyền lợi Medi-Cal của bạn.

2. Thông báo về những thay đổi trong hộ gia đình

Báo cáo những thay đổi cho văn phòng quận tại địa phương của bạn. Những thay đổi này bao gồm khi:

- Ai đó mang thai hoặc sinh con (giữ bảo hiểm trong 12 tháng sau khi mang thai)
- Ai đó chuyển đến hoặc rời khỏi nhà của bạn
- Thu nhập thay đổi
- Thay đổi tình trạng nhập cư
- Bất kỳ thay đổi nào khác xảy ra có thể thay đổi tính đủ điều kiện tham gia Medi-Cal của bạn và gia đình bạn

Bạn có thể báo cáo các thay đổi bằng một trong những cách sau:

- **Gọi** văn phòng quận tại địa phương của bạn
-

- **Trực tuyến:**
 - MyBenefitsCALWIN.org - Tạo tài khoản trực tuyến của bạn ngay hôm nay bằng cách truy cập MyBenefitsCALWIN.org và chọn liên kết “Tạo tài khoản”.
 - BenefitsCal.com - Tạo tài khoản trực tuyến của bạn ngay hôm nay bằng cách truy cập BenefitsCal.com và chọn liên kết “Tạo tài khoản”.
 - CoveredCA.com - Nếu bạn không có tài khoản trực tuyến, hãy tạo một tài khoản ngay bằng mật khẩu chúng tôi đã gửi kèm thư chấp thuận Medi-Cal của bạn.
- **Gửi thư** đến văn phòng quận
- **Đến** trực tiếp văn phòng quận của bạn

3. Trả lời tất cả các yêu cầu thông tin

Hãy chắc chắn cung cấp cho văn phòng Medi-Cal tại quận của bạn tất cả thông tin mà văn phòng này yêu cầu.

Bạn sẽ giữ quyền lợi Medi-Cal của mình cho đến khi hoàn tất việc gia hạn.

Nếu quận của bạn cần thông tin để gia hạn Medi-Cal của bạn, quận sẽ gửi cho bạn giấy tờ để bạn điền và gửi lại. Hãy đọc kỹ các giấy tờ. Bạn có thể cung cấp thông tin cho quận của bạn qua bưu điện, điện thoại, gặp trực tiếp hoặc trực tuyến.

Nếu quận của bạn yêu cầu thêm thông tin, bạn **phải** cung cấp cho văn phòng quận của bạn trước ngày đến hạn. Quận của bạn có thể yêu cầu bạn cung cấp các mẫu đơn gia hạn, bằng chứng như bản sao phiếu lương của bạn, hoặc cập nhật thông tin liên hệ của bạn.

Nếu bạn không phản hồi trước ngày đến hạn, các quyền lợi Medi-Cal của bạn có thể chấm dứt.

Nếu bạn bỏ lỡ ngày đến hạn, bạn vẫn nên gửi thông tin đến văn phòng quận tại địa phương của bạn. Văn phòng quận vẫn có thể lấy thông tin nếu được cung cấp trong vòng 90 ngày sau khi hết hạn và sử dụng thông tin này để quyết định xem bạn có còn đủ điều kiện để tiếp tục nhận bảo hiểm Medi-Cal hay không.

Lưu ý: Bắt đầu từ ngày 01 tháng 05 năm 2022, California sẽ mở rộng full-scope Medi-Cal cho người lớn từ 50 tuổi bất kể tình trạng nhập cư. Tất cả các quy tắc khác về tính đủ điều kiện Medi-Cal sẽ được giữ nguyên.

Có câu hỏi thắc mắc?

Nếu bạn có thắc mắc, cần trợ giúp hoặc cần trình báo sự cố:

- Liên hệ với văn phòng quận tại địa phương của bạn. Để tìm thông tin liên hệ của họ, hãy truy cập <http://dhcs.ca.gov/COL>.

Để được trợ giúp miễn phí bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy sử dụng các số điện thoại đi kèm với thư này trên phần Thông báo về Dịch vụ Ngôn ngữ.

Xin cảm ơn,

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, ທ່ານສາມາດໂທຕິດຕໍ່ພະນັກງານປະຈຳຄຳຂວາດຕີຂອງທ່ານໄດ້. 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.