



Jennifer Kent
Director

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services



EDMUND G. BROWN JR.
Governor

June 20, 2018

Medi-Cal Eligibility Division Information Letter No.: I 18-09

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS

SUBJECT: Translated Notice of Action Snippet Language
(Reference: All County Welfare Directors Letter 18-01)

The purpose of this Medi-Cal Eligibility Division Information Letter (MEDIL) is to provide counties with the translated notice of action (NOA) snippet language previously released in All County Welfare Directors Letter (ACWDL) 18-01. Please refer to ACWDL 18-01 for further guidance on when the specific NOA language shall be used.

Background

Guidance previously issued in ACWDL 18-01, *Notice of Action Requirements for Denials and Discontinuances of the New Adult Group When a Child(ren) Under the Age of 19 in the Home Does Not Have Minimal Essential Coverage*, informed counties that the translated NOA snippet language would be issued at a later date in each of the counties' threshold languages. Additionally, ACWDL 18-01 provided the English version of the denial and discontinuance NOA snippet language.

The NOA snippet language is now available in the following threshold languages and are included as enclosures in this MEDIL:

- Arabic
- Armenian
- Cambodian
- Chinese
- Farsi
- Hindi
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Laotian
- Mien
- Punjabi
- Russian
- Spanish
- Tagalog
- Thai
- Ukrainian
- Vietnamese

June 20, 2018

Implementation Timeline

The Statewide Automated Welfare System will program and implement the translated NOA snippet language in the next available release. Effective immediately, counties shall include the translated NOA snippet language on any manually generated notice.

If you have any questions regarding this letter, please contact Sara McDonald at (916) 327-0407 or by email at Sara.McDonald@dhcs.ca.gov.

Original Signed By

Sandra Williams, Chief
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosures

Notice Type:	Arabic Text:
Medi-Cal Denial	<p>تم رفض طلبك المُقدم بتاريخ <MM DD, YYYY>، فأنت غير مؤهل للتسجيل في Medi-Cal للسبب التالي:</p> <p>أنت والد/والدة أو قريب آخر مقدم للرعاية مسؤول عن طفل واحد على الأقل تحت سن 19 سنة يعيش في منزلك. وتشير سجلاتنا إلى أن هناك طفلاً واحداً أو أكثر في منزلك لا يحصل على القدر المطلوب من التغطية الصحية. وحتى تكون مؤهلاً للتسجيل، ينبغي أن يحصل جميع الأطفال تحت سن 19 سنة في منزلك على التغطية الصحية والتي تعتبر الحد الأدنى للتغطية الأساسية. ويشمل الحد الأدنى للتغطية الأساسية التسجيل في Medi-Cal، برنامج التأمين الصحي للأطفال (Children's Health Insurance Program)، والعديد من أنواع التأمين الصحي الأخرى.</p> <p>إذا كنت ترغب في تقديم طلب لحصول طفلك على التغطية من خلال إحدى خطط Medi-Cal، فيمكنك الاتصال بمكتب Medi-Cal في مقاطعتك على الرقم المدرج أعلاه. وإذا كانت لطفلك بالفعل تغطية صحية، فيجب عليك إبلاغ نفس مكتب Medi-Cal بهذه المعلومات عبر الاتصال بالرقم المدرج أعلاه.</p> <p>لقد استخدمنا المعلومات التي قدمتها إلينا، إلى جانب سجلاتنا، لاتخاذ هذا القرار. إذا كانت لديك أية استفسارات أو تعتقد أننا أخطأنا، أو إذا كانت لديك معلومات أخرى تود إعلامنا بها، فاتصل بنا أو أرسل رسالة خطية إلى موظف المقاطعة لبرنامج Medi-Cal على الفور.</p> <p>كان W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) هو القانون أو اللائحة التي اعتمدنا عليها في اتخاذ هذا القرار. إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا، فيمكنك الاستئناف على هذا القرار. راجع "حقوقك الخاصة بجلسات الاستماع" في الصفحة الأخيرة لمعرفة كيفية الاستئناف على القرار. لديك فقط مهلة 90 يوماً لطلب جلسة استماع. وتبدأ الـ 90 يوماً من اليوم التالي لإرسال المقاطعة هذا الإشعار إليك.</p>
Medi-Cal Discontinuance	<p>سوف ينتهي Medi-Cal الخاص بك في اليوم الأخير من <MM, YYYY>. لم تعد مؤهلاً لـ Medi-Cal بسبب:</p> <p>أنت والد/والدة أو قريب آخر مقدم للرعاية مسؤول عن طفل واحد على الأقل تحت سن 19 سنة يعيش في منزلك. وتشير سجلاتنا إلى أن هناك طفلاً واحداً أو أكثر في منزلك لا يحصل على القدر المطلوب من التغطية الصحية. وحتى تكون مؤهلاً للتسجيل، ينبغي أن يحصل جميع الأطفال تحت سن 19 سنة في منزلك على التغطية الصحية والتي تعتبر الحد الأدنى للتغطية الأساسية. ويشمل الحد الأدنى للتغطية الأساسية التسجيل في Medi-Cal، برنامج التأمين الصحي للأطفال (Children's Health Insurance Program)، والعديد من أنواع التأمين الصحي الأخرى.</p> <p>إذا كنت ترغب في تقديم طلب لحصول طفلك على التغطية من خلال إحدى خطط Medi-Cal، فيمكنك الاتصال بمكتب Medi-Cal في مقاطعتك على الرقم المدرج أعلاه. وإذا كانت لطفلك بالفعل تغطية صحية، فيجب عليك إبلاغ نفس مكتب Medi-Cal بهذه المعلومات عبر الاتصال بالرقم المدرج أعلاه.</p> <p>لقد استخدمنا المعلومات التي قدمتها إلينا، إلى جانب سجلاتنا، لاتخاذ هذا القرار. إذا كانت لديك أية استفسارات أو تعتقد أننا أخطأنا، أو إذا كانت لديك معلومات أخرى تود إعلامنا بها، فاتصل بنا أو أرسل رسالة خطية إلى موظف المقاطعة لبرنامج Medi-Cal على الفور.</p> <p>كان W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) هو القانون أو اللائحة التي اعتمدنا عليها في اتخاذ هذا القرار. إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا، فيمكنك الاستئناف على هذا القرار. راجع "حقوقك الخاصة بجلسات الاستماع" في الصفحة الأخيرة لمعرفة كيفية الاستئناف على القرار. لديك فقط مهلة 90 يوماً لطلب جلسة استماع. وتبدأ الـ 90 يوماً من اليوم التالي لإرسال المقاطعة هذا الإشعار إليك.</p>

Notice Type:	Armenian Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="331 159 1921 240"><MM DD, YYYY>-ով թվագրված Ձեր դիմումը մերժվել է: Դուք չեք բավարարում «Medi-Cal»-ի պահանջները, քանի որ`</p> <p data-bbox="331 277 1976 613">Դուք Ձեր տանն ապրող մինչև 19 տարեկան առնվազն մեկ երեխայի համար պատասխանատու ծնողը կամ Այլ խնամող ազգականն եք: Ըստ մեր տվյալների` Ձեր տանն ապրող մեկ կամ ավելի երեխա բավարար մակարդակի առողջության ապահովագրություն չի ստանում: Որպեսզի Դուք բավարարեք ծրագրի պահանջները, Ձեր տանը բնակվող մինչև 19 տարեկան բոլոր երեխաները պետք է առողջության այնպիսի ապահովագրություն ունենան, որը համարվում է հիմնական նվազագույն ապահովագրություն: Հիմնական նվազագույն ապահովագրությունը ներառում է «Medi-Cal»-ը, Մանկական առողջության ապահովագրության ծրագիրը (Children’s Health Insurance Program) և առողջության ապահովագրության բազմաթիվ այլ տարբերակներ:</p> <p data-bbox="331 651 1986 813">Եթե ցանկանում եք դիմել Ձեր երեխային «Medi-Cal»-ի առողջության ապահովագրություն տրամադրելու համար, կարող եք զանգահարել «Medi-Cal»-ի շրջանային գրասենյակ` վերը նշված հեռախոսահամարով: Եթե Ձեր երեխան արդեն ունի առողջության ապահովագրություն, ապա հարկավոր է այդ մասին տեղյակ պահել «Medi-Cal»-ի նույն գրասենյակին` վերը նշված հեռախոսահամարով:</p> <p data-bbox="331 850 1955 976">Որոշում կայացնելիս մենք հիմնվել ենք Ձեր ուղարկած տեղեկությունների և մեր ունեցած տվյալների վրա: Եթե հարցեր ունեք կամ կարծում եք, որ մենք սխալվել ենք, կամ եթե մեզ տրամադրելու լրացուցիչ տեղեկություններ ունեք, անմիջապես զանգահարեք կամ գրեք Ձեր «Medi-Cal»-ի շրջանային աշխատողին:</p> <p data-bbox="331 1013 1944 1219">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c)-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք կայացրել ենք այս որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»` վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այն օրվա հաջորդ օրը, երբ շրջանը Ձեզ ուղարկել է այս ծանուցումը:</p>

Notice Type:	Armenian Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p data-bbox="338 159 1808 240">Ձեր «Medi-Cal»-ը կավարտվի <MM, YYYY>-ի վերջին օրը: Դուք այլևս չեք բավարարում «Medi-Cal»-ի պահանջները, քանի որ՝</p> <p data-bbox="338 277 1976 613">Դուք Ձեր տանն ապրող մինչև 19 տարեկան առնվազն մեկ երեխայի համար պատասխանատու ծնողը կամ Այլ խնամող ազգականն եք: Ըստ մեր տվյալների՝ Ձեր տանն ապրող մեկ կամ ավելի երեխա բավարար մակարդակի առողջության ապահովագրություն չի ստանում: Որպեսզի Դուք բավարարեք ծրագրի պահանջները, Ձեր տանը բնակվող մինչև 19 տարեկան բոլոր երեխաները պետք է առողջության այնպիսի ապահովագրություն ունենան, որը համարվում է հիմնական նվազագույն ապահովագրություն: Հիմնական նվազագույն ապահովագրությունը ներառում է «Medi-Cal»-ը, Մանկական առողջության ապահովագրության ծրագիրը (Children’s Health Insurance Program) և առողջության ապահովագրության բազմաթիվ այլ տարբերակներ:</p> <p data-bbox="338 651 1986 813">Եթե ցանկանում եք դիմել Ձեր երեխային «Medi-Cal»-ի առողջության ապահովագրություն տրամադրելու համար, կարող եք զանգահարել «Medi-Cal»-ի շրջանային գրասենյակ՝ վերը նշված հեռախոսահամարով: Եթե Ձեր երեխան արդեն ունի առողջության ապահովագրություն, ապա հարկավոր է այդ մասին տեղյակ պահել «Medi-Cal»-ի նույն գրասենյակին՝ վերը նշված հեռախոսահամարով:</p> <p data-bbox="338 850 1955 976">Որոշում կայացնելիս մենք հիմնվել ենք Ձեր ուղարկած տեղեկությունների և մեր ունեցած տվյալների վրա: Եթե հարցեր ունեք կամ կարծում եք, որ մենք սխալվել ենք, կամ եթե մեզ տրամադրելու լրացուցիչ տեղեկություններ ունեք, անմիջապես զանգահարեք կամ գրեք Ձեր «Medi-Cal»-ի շրջանային աշխատողին:</p> <p data-bbox="338 1013 1944 1219">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c)-ն այն կանոնակարգը կամ օրենքն է, որի հիման վրա մենք կայացրել ենք այս որոշումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատալսման Ձեր իրավունքները»՝ վերջին էջում: Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այն օրվա հաջորդ օրը, երբ շրջանը Ձեզ ուղարկել է այս ծանուցումը:</p>

Notice Type:	Cambodian Text:
Medi-Cal Denial	<p>ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកចុះថ្ងៃ <MM DD, YYYY> ត្រូវបានគេបដិសេធា។ អ្នកពុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវា Medi-Cal នោះទេ ដោយសារ៖</p> <p>អ្នកគឺជាឪពុក/ម្តាយ ឬសាច់ញាតិផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំដែលមានទំនួលខុសត្រូវលើកុមារយ៉ាងតិចម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ និងដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ កំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថា កុមារម្នាក់ឬច្រើននាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកពុំមានចំនួនធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមការតម្រូវនោះទេ។ ដើម្បីឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវានេះ កុមារទាំងអស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ត្រូវមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាការធានារ៉ាប់រងពិសេសអប្បបរមា។ ការធានារ៉ាប់រងពិសេសអប្បបរមា រួមមាន សេវា Medi-Cal កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (Children’s Health Insurance Program) និងប្រភេទផ្សេងទៀតនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃសេវា Medi-Cal សម្រាប់កូនរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅការិយាល័យខោនធីនៃសេវា Medi-Cal តាមរយៈលេខដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយ អ្នកត្រូវរាយការណ៍អំពីព័ត៌មាននេះទៅការិយាល័យសេវា Medi-Cal តាមរយៈលេខដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។</p> <p>យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើង និងកំណត់ត្រារបស់យើងដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស ឬប្រសិនបើអ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីផ្តល់ជូនដល់យើង សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់បុគ្គលិកខោនធីនៃសេវា Medi-Cal ដោយផ្ទាល់បាន។</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងបានពឹងផ្អែកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល “សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក” នៅទំព័រចុងក្រោយដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អ្នកមានពេលវេលាត្រឹម 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដល់អ្នក។</p>

Notice Type:	Cambodian Text:
<p>Medi-Cal Discontinuance</p>	<p>សេវា Medi-Cal របស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ <MM, YYYY>។ អ្នកពុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានសេវា Medi-Cal ទៀតទេ ដោយសារ៖</p> <p>អ្នកគឺជាឪពុក/ម្តាយ ឬសាច់ញាតិផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំដែលមានទំនួលខុសត្រូវលើកុមារយ៉ាងតិចម្នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ និងដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ កំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថា កុមារម្នាក់ឬច្រើននាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ពុំមានចំនួនធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមការតម្រូវនោះទេ។ ដើម្បីឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវានេះ កុមារទាំងអស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ ត្រូវមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាការធានារ៉ាប់រងពិសេសអប្បបរមា។ ការធានារ៉ាប់រងពិសេសអប្បបរមា រួមមាន សេវា Medi-Cal កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (Children’s Health Insurance Program) និងប្រភេទផ្សេងទៀតនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកចង់ដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃសេវា Medi-Cal សម្រាប់កូនរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅការិយាល័យខោនធីនៃសេវា Medi-Cal តាមរយៈលេខដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរួចហើយ អ្នកត្រូវរាយការណ៍អំពីព័ត៌មាននេះទៅការិយាល័យសេវា Medi-Cal តាមរយៈលេខដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។</p> <p>យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើង និងកំណត់ត្រារបស់យើងដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស ឬប្រសិនបើអ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីផ្តល់ជូនដល់យើង សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់បុគ្គលិកខោនធីនៃសេវា Medi-Cal ដោយផ្ទាល់បាន។</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) គឺជាបទប្បញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងបានពឹងផ្អែកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល “សិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរបស់អ្នក” នៅទំព័រចុងក្រោយដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អ្នកមានពេលវេលាត្រឹម 90 ថ្ងៃប៉ុណ្ណោះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដល់អ្នក។</p>

Notice Type:	Chinese Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="384 167 1423 204">您 <MM DD, YYYY> 的申請已被拒絕。您不符合 Medi-Cal 申請資格的原因：</p> <p data-bbox="384 253 1965 453">您是一位父母或其他臨時照顧親屬，負責照顧至少一名未滿 19 歲且住在您家的兒童。我們的記錄顯示，您家中有一名或多名兒童未參加規定數量的健康保險。如您需要獲得申請資格，您家中所有未滿 19 歲的兒童均須參加屬於最大限度醫療服務的健康保險。最大限度醫療服務包括 Medi-Cal、兒童健康保險計畫 (Children’s Health Insurance Program) 以及很多其他健康保險。</p> <p data-bbox="384 505 1965 594">如需為您的孩子申請 Medi-Cal 健康保險，請撥打上述電話號碼聯絡您所在縣的 Medi-Cal 辦公室。如果您的孩子已參加健康保險，請撥打上述號碼向同一 Medi-Cal 辦公室報告此資訊。</p> <p data-bbox="384 646 1980 735">我們的決定基於您向我們提供的資訊以及我們的記錄。如果您有任何疑問，或認為我們決定有誤，或需要向我們提供更多資訊，請立即向您所在縣的 Medi-Cal 工作人員致電或寫信。</p> <p data-bbox="384 787 1990 932">我們這一決定所依據的法規或法律為 W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c)。如果您認為我們決定有誤，您可提起申訴。請參見尾頁‘您的聆訊權利’瞭解如何提起申訴。您僅有 90 天時間申請聆訊。申請聆訊期限為自您收到本通知之日起 90 天。</p>

Notice Type:	Chinese Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p data-bbox="386 167 1598 199">您的 Medi-Cal 將於<MM, YYYY> 最後一日到期。您不再符合 Medi-Cal 資格要求的原因：</p> <p data-bbox="386 253 1961 451">您是一位父母或其他臨時照顧親屬，負責照顧至少一名未滿 19 歲且住在您家的兒童。我們的記錄顯示，您家中有一名或多名兒童未參加規定數量的健康保險。如您需要獲得申請資格，您家中所有未滿 19 歲的兒童均須參加屬於最大限度醫療服務的健康保險。最大限度醫療服務包括 Medi-Cal、兒童健康保險計畫 (Children’s Health Insurance Program) 以及很多其他健康保險。</p> <p data-bbox="386 505 1961 591">如需為您的孩子申請 Medi-Cal 健康保險，請撥打上述電話號碼聯絡您所在縣的 Medi-Cal 辦公室。如果您的孩子已參加健康保險，請撥打上述號碼向同一 Medi-Cal 辦公室報告此資訊。</p> <p data-bbox="386 644 1976 730">我們的決定基於您向我們提供的資訊以及我們的記錄。如果您有任何疑問，或認為我們決定有誤，或需要向我們提供更多資訊，請立即向您所在縣的 Medi-Cal 工作人員致電或寫信。</p> <p data-bbox="386 784 1990 932">我們這一決定所依據的法規或法律為 W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c)。如果您認為我們決定有誤，您可提起申訴。請參見尾頁‘您的聆訊權利’瞭解如何提起申訴。您僅有 90 天時間申請聆訊。申請聆訊期限為自您收到本通知之日起 90 天。</p>

Notice Type:	Farsi Text:
Medi-Cal Denial	<p>فرم تقاضای مورخ <MM DD, YYYY> شما پذیرفته نشده است. شما به دلیل زیر برای Medi-Cal واجد شرایط نیستید:</p> <p>شما یکی از والدین یا دیگر فامیل سرپرست هستید که مسئولیت حداقل یک کودک زیر 19 سال که در خانه شما زندگی می کند را به عهده دارید. مدارک ما نشان می دهد که یک یا چند کودک در خانه شما از میزان پوشش بهداشتی لازم برخوردار نیستند. برای اینکه بتوانید واجد شرایط باشید، تمامی کودکان در خانه شما که زیر 19 سال هستند باید از پوشش بهداشتی که به عنوان حداقل پوشش ضروری تلقی می شود برخوردار باشند. حداقل پوشش ضروری شامل Medi-Cal، برنامه بیمه بهداشتی کودکان (Children's Health Insurance Program)، و بسیاری از بیمه های بهداشتی دیگر است.</p> <p>اگر می خواهید برای کودک تان پوشش بهداشتی Medi-Cal تقاضا کنید، می توانید با دفتر Medi-Cal کانتی به شماره ای که در فوق درج شده است تماس بگیرید. اگر کودک شما دارای پوشش بهداشتی است، باید این اطلاعات را به همان دفتر Medi-Cal که شماره آن در فوق درج شده است گزارش دهید.</p> <p>برای اتخاذ این تصمیم، ما از اطلاعاتی که به ما داده بودید، و مدارکی که در دست داریم استفاده کردیم. اگر سؤالی دارید، یا معتقدید که مرتکب اشتباه شدیم، یا اگر اطلاعات بیشتری دارید که به ما ارائه دهید، بلافاصله به مددکار Medi-Cal کانتی زنگ بزنید یا به او نامه بنویسید.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) آیین نامه یا قانونی است که ما بر مبنای آن توانستیم این تصمیم را اتخاذ کنیم. اگر بر این باورید که ما مرتکب اشتباه شدیم، می توانید تقاضای استیناف کنید. برای نحوه ارائه تقاضای استیناف، به "حقوق مربوط به دادرسی شما" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما تنها 90 روز فرصت دارید تا تقاضای استماع دادرسی دهید. موعده 90 روزه یکروز بعد از آن که کانتی این اعلامیه را به شما ارسال نموده است شروع می شود.</p>
Medi-Cal Discontinuance	<p>Medi-Cal شما در آخرین روز <MM, YYYY> خاتمه می یابد. شما دیگر برای برخورداری از Medi-Cal واجد شرایط نیستید زیرا:</p> <p>شما یکی از والدین یا دیگر فامیل سرپرست هستید که مسئولیت حداقل یک کودک زیر 19 سال که در خانه شما زندگی می کند را به عهده دارید. مدارک ما نشان می دهد که یک یا چند کودک در خانه شما از میزان پوشش بهداشتی لازم برخوردار نیستند. برای اینکه بتوانید واجد شرایط باشید، تمامی کودکان در خانه شما که زیر 19 سال هستند باید از پوشش بهداشتی که به عنوان حداقل پوشش ضروری تلقی می شود برخوردار باشند. حداقل پوشش ضروری شامل Medi-Cal، برنامه بیمه بهداشتی کودکان (Children's Health Insurance Program)، و بسیاری از بیمه های بهداشتی دیگر است.</p> <p>اگر می خواهید برای کودک تان پوشش بهداشتی Medi-Cal تقاضا کنید، می توانید با دفتر Medi-Cal کانتی به شماره ای که در فوق درج شده است تماس بگیرید. اگر کودک شما دارای پوشش بهداشتی است، باید این اطلاعات را به همان دفتر Medi-Cal که شماره آن در فوق درج شده است گزارش دهید.</p> <p>برای اتخاذ این تصمیم، ما از اطلاعاتی که به ما داده بودید، و مدارکی که در دست داریم استفاده کردیم. اگر سؤالی دارید، یا معتقدید که مرتکب اشتباه شدیم، یا اگر اطلاعات بیشتری دارید که به ما ارائه دهید، بلافاصله به مددکار Medi-Cal کانتی زنگ بزنید یا به او نامه بنویسید.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) آیین نامه یا قانونی است که ما بر مبنای آن توانستیم این تصمیم را اتخاذ کنیم. اگر بر این باورید که ما مرتکب اشتباه شدیم، می توانید تقاضای استیناف کنید. برای نحوه ارائه تقاضای استیناف، به "حقوق مربوط به دادرسی شما" در صفحه آخر مراجعه نمایید. شما تنها 90 روز فرصت دارید تا تقاضای استماع دادرسی دهید. موعده 90 روزه یکروز بعد از آن که کانتی این اعلامیه را به شما ارسال نموده است شروع می شود.</p>

Notice Type:	Hindi Text:
Medi-Cal Denial	<p>आपका आवेदन दिनांकित <MMDD,YYYY> अस्वीकार किया गया है। आप Medi-Cal के लिए योग्य नहीं हैं क्योंकि:</p> <p>आप माता/पिता या अन्य देखभालकर्ता संबंधी हैं जो 19 वर्ष से कम आयु के कम से कम एक बच्चे के लिए उत्तरदायी हैं और वह बच्चा आपके घर में रहता है। हमारे रिकॉर्ड के अनुसार आपके घर में एक या अधिक बच्चों के पास आवश्यक राशि की स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) नहीं है। आपको योग्य होने के लिए यह आवश्यक है कि आपके घर में 19 वर्ष की आयु से कम के सभी बच्चों के पास ऐसी स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) हो जिसे न्यूनतम आवश्यक बीमा व्याप्ति (coverage) माना जाता है। न्यूनतम आवश्यक बीमा व्याप्ति (coverage) में Medi-Cal, Children's Health Insurance Program, तथा कई अन्य प्रकार की स्वास्थ्य बीमाएं शामिल हैं।</p> <p>यदि आप अपने बच्चे के लिए Medi-Cal स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) हेतु आवेदन करना चाहते हैं, तो ऊपर दिए गए नंबर पर Medi-Cal काउंटी कार्यालय में कॉल करें। यदि आपके बच्चे के पास पहले से स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) है, तो आपको इस जानकारी की सूचना ऊपर दिए गए नंबर पर उसी Medi-Cal कार्यालय में देनी चाहिए।</p> <p>हमने अपना निर्णय लेने के लिए आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी तथा हमारे रिकॉर्ड का उपयोग किया है। यदि आपके पास प्रश्न हैं, या आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, या यदि आपके पास हमें देने के लिए कुछ और जानकारी है, तो तुरंत अपने Medi-Cal काउंटी कर्मियों को कॉल करें या उन्हें लिखें।</p> <p>इस निर्णय के लिए हमने W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) नियमन या कानून पर निर्भर किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए अंतिम पृष्ठ पर 'आपके सुनवाई के अधिकार' देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। काउंटी द्वारा आपको यह सूचना भेजने के अगले दिन से 90 दिनों की अवधि प्रारंभ हो गई है।</p>

Notice Type:	Hindi Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p>आपका Medi-Cal <MM, YYYY> के आखिरी दिन खत्म हो जाएगा। अब आप Medi-Cal के लिए नहीं योग्य हैं क्योंकि:</p> <p>आप माता/पिता या अन्य देखभालकर्ता संबंधी हैं जो 19 वर्ष से कम आयु के कम से कम एक बच्चे के लिए उत्तरदायी हैं और वह बच्चा आपके घर में रहता है। हमारे रिकॉर्ड के अनुसार आपके घर में एक या अधिक बच्चों के पास आवश्यक राशि की स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) नहीं है। आपको योग्य होने के लिए यह आवश्यक है कि आपके घर में 19 वर्ष की आयु से कम के सभी बच्चों के पास ऐसी स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) हो जिसे न्यूनतम आवश्यक बीमा व्याप्ति (coverage) माना जाता है। न्यूनतम आवश्यक बीमा व्याप्ति (coverage) में Medi-Cal, Children's Health Insurance Program, तथा कई अन्य प्रकार की स्वास्थ्य बीमाएं शामिल हैं।</p> <p>यदि आप अपने बच्चे के लिए Medi-Cal स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) हेतु आवेदन करना चाहते हैं, तो ऊपर दिए गए नंबर पर Medi-Cal काउंटी कार्यालय में कॉल करें। यदि आपके बच्चे के पास पहले से स्वास्थ्य बीमा व्याप्ति (coverage) है, तो आपको इस जानकारी की सूचना ऊपर दिए गए नंबर पर उसी Medi-Cal कार्यालय में देनी चाहिए।</p> <p>हमने अपना निर्णय लेने के लिए आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी तथा हमारे रिकॉर्ड का उपयोग किया है। यदि आपके पास प्रश्न हैं, या आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, या यदि आपके पास हमें देने के लिए कुछ और जानकारी है, तो तुरंत अपने Medi-Cal काउंटी कर्मियों को कॉल करें या उन्हें लिखें।</p> <p>इस निर्णय के लिए हमने W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) नियमन या कानून पर निर्भर किया। यदि आपको लगता है कि हमसे गलती हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका सीखने के लिए अंतिम पृष्ठ पर 'आपके सुनवाई के अधिकार' देखें। सुनवाई की मांग करने के लिए आपके पास केवल 90 दिन हैं। काउंटी द्वारा आपको यह सूचना भेजने के अगले दिन से 90 दिनों की अवधि प्रारंभ हो गई है।</p>

Notice Type:	Hmong Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="386 159 1835 191">Koj daim ntawv thov hnuv tim <MM DD, YYYY> tau raug tsis pom zoo. Koj tsis tsim nyog rau Medi-Cal vim tias:</p> <p data-bbox="386 230 1986 496">Koj yog tus Niam Txiv los yog Lwm Tus Neeg Saib Xyuas Txheeb Ze uas yog tus saib xyuas yam tsawg ib tus me nyuam uas muaj hnuv nyoog qis dua 19 xyoos thiab nyob hauv koj lub tsev. Peb cov ntaub ntawv qhia tias muaj ib los sis ntau tus me nyuam nyob hauv koj lub tsev tsis muaj qhov kev pab them nqi kho mob uas yuav tsum tau. Yuav kom koj tsim nyog tau, txhua tus me nyuam hauv koj lub tsev uas muaj hnuv nyoog qis dua 19 xyoo yuav tsum muaj kev pab them nqi kho mob uas pom tias tau them cov nqi kho mob them tsawg kawm nkaus lawm. Cov kev pab cuam them qis tshaj plaws muaj xws li Medi-Cal, Cov Menyuam Yuas Lub Txheej Txheem Pab Tuav Pov Hwm Kev Noj Qab Haus Huv (Children’s Health Insurance Program), thiab lwm hom kev pov hwm mob nkeeg.</p> <p data-bbox="386 535 1986 678">Yog tias koj xav thov kev pab them nqi kho mob Medi-Cal rau koj tus menyuam, koj tuaj yeem hu rau Medi-Cal lub chaw ua haujlwm lub zos ntawm tus naj npawb xov tooj teev saum toj no. Yog tias koj tus me nyuam twb muaj kev pab them nqi kho mob lawm, koj yuav tsum tshaj tawm cov ntaub ntawv no mus rau tib lub chaw ua hauj lwm Medi-Cal ntawm tus xov tooj teev saum toj saud.</p> <p data-bbox="386 717 1965 828">Peb siv cov ntaub ntawv uas koj muab rau peb, thiab peb cov ntaub ntawv, los ua peb txoj kev txiav txim siab. Yog tias koj muaj lus nug, lossis xav tias peb ua yuam kev lawm, lossis koj muaj lus qhia ntxiv rau peb, hu lossis sau ntawv mus rau koj tus neeg tuav ntaub ntawv hauv Medi-Cal lub zos kiag tam sim ntawd.</p> <p data-bbox="386 867 1986 1055">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) yog txoj cai tswjfw m lossis txoj cai lij choj uas peb muab siv los ua qhov kev txiav txim siab no. Yog tias koj xav tias peb ua yuam kev, koj tuaj yeem rov hais kom rov txiav txim siab dua tau. Saib 'Koj Cov Cai Kev Hais Plaub Ntug' ntawm nplooj ntawv kawg nkaus no los kawm seb yuav ua ntawv foob li cas. Koj tsuas muaj go hnuv los thov kev sib hais plaub xwb. Lub sij hawm go hnuv yog pib txij li hnuv tom qab lub nroog tau xa tsab ntawv ceeb toom no tuaj rau koj.</p>

Notice Type:	Hmong Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p data-bbox="384 159 1934 230">Koj qhov Medi-Cal yuav xaus rau hnuv kawg ntawm <MM, YYYY>. Koj tsis tsim nyog tau txais Medi-Cal ntxiv lawm vim yog:</p> <p data-bbox="384 269 1986 532">Koj yog tus Niam Txiv los yog Lwm Tus Neeg Saib Xyuas Txheeb Ze uas yog tus saib xyuas yam tsawg ib tus me nyuam uas muaj hnuv nyoog qis dua 19 xyoos thiab nyob hauv koj lub tsev. Peb cov ntaub ntawv qhia tias muaj ib los sis ntau tus me nyuam nyob hauv koj lub tsev tsis muaj qhov kev pab them nqi kho mob uas yuav tsum tau. Yuav kom koj tsim nyog tau, txhua tus me nyuam hauv koj lub tsev uas muaj hnuv nyoog qis dua 19 xyoo yuav tsum muaj kev pab them nqi kho mob uas pom tias tau them cov nqi kho mob them tsawg kawm nkaus lawm. Cov kev pab cuam them qis tshaj plaws muaj xws li Medi-Cal, Cov Menyuam Yuas Lub Txheej Txheem Pab Tuav Pov Hwm Kev Noj Qab Haus Huv (Children’s Health Insurance Program), thiab lwm hom kev pov hwm mob nkeeg.</p> <p data-bbox="384 571 1986 717">Yog tias koj xav thov kev pab them nqi kho mob Medi-Cal rau koj tus menyuam, koj tuaj yeem hu rau Medi-Cal lub chaw ua haujlwm lub zos ntawm tus naj npawb xov tooj teev saum toj no. Yog tias koj tus me nyuam twb muaj kev pab them nqi kho mob lawm, koj yuav tsum tshaj tawm cov ntaub ntawv no mus rau tib lub chaw ua haujlwm Medi-Cal ntawm tus xov tooj teev saum toj saud.</p> <p data-bbox="384 756 1965 867">Peb siv cov ntaub ntawv uas koj muab rau peb, thiab peb cov ntaub ntawv, los ua peb txoj kev txiav txim siab. Yog tias koj muaj lus nug, lossis xav tias peb ua yuam kev lawm, lossis koj muaj lus qhia ntxiv rau peb, hu lossis sau ntawv mus rau koj tus neeg tuav ntaub ntawv hauv Medi-Cal lub zos kiag tam sim ntawd.</p> <p data-bbox="384 906 1986 1094">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) yog txoj cai tswjfwim lossis txoj cai lij choj uas peb muab siv los ua qhov kev txiav txim siab no. Yog tias koj xav tias peb ua yuam kev, koj tuaj yeem rov hais kom rov txiav txim siab dua tau. Saib 'Koj Cov Cai Kev Hais Plaub Ntug' ntawm nplooj ntawv kawg nkaus no los kawm seb yuav ua ntawv foob li cas. Koj tsuas muaj 90 hnuv los thov kev sib hais plaub xwb. Lub sij hawm 90 hnuv yog pib txij li hnuv tom qab lub nroog tau xa tsab ntawv ceeb toom no tuaj rau koj.</p>

Notice Type:	Japanese Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="386 155 1923 191"><MM DD, YYYY> 付けの、あなたの申請は却下されました。以下の理由により Medi-Cal の資格がありません：</p> <p data-bbox="386 228 1969 427">あなたは、親またはその他の保護者の血縁者であり、少なくとも 19 歳より下の子供 1 人を養育し、同居しています。当社の記録により、お自宅で 1 人または複数の子供達は、必要な健康保険を持っていません。資格を得るためには、あなたの家庭の 19 歳より下の全ての子供が、最低限の基本項目が適用される健康保険に加入していなければなりません。最低限の健康保険には、Medi-Cal, 児童医療保険プログラム：(Children’s Health Insurance Program) などその他の子供向け健康保険などがあります。</p> <p data-bbox="386 464 1982 540">お子様向けの Medi-Cal 健康保険を申し込む場合、上記の Medi-Cal の電話番号までお電話ください。お子様がすでに健康保険に加入している場合、Medi-Cal 郡の事務所の上記番号に電話し、その旨をお知らせください。</p> <p data-bbox="386 578 1976 696">この通知は、あなたから提供された情報と当社の記録に基づき、当社の判断により送付しています。ご質問がある、もしくはこの通知が間違いであると思う場合、またはさらに詳しい情報をご提供したい場合、Medi-Cal の郡の職員まで、すぐにお電話または書面にてご連絡ください。</p> <p data-bbox="386 734 1965 894">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) の規定または法律に基づき、判断しています。本通知が間違いであると思う場合、アペールすることができます。お申し出の方法は最後のページの「ヒアリングの権利: Your Hearing Rights」をご覧ください。審問の申請期間は 90 日間です。当社が本通知を送付してから 90 日後が締め切りとなります。</p>

Notice Type:	Japanese Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p>お客様の Medi-Cal は、 <MM, YYYY> の末日に終了します。お客様は、以下の理由により Medi-Cal の資格がありません：</p> <p>あなたは、親またはその他の保護者の血縁者であり、少なくとも 19 歳より下の子供 1 人を養育し、同居しています。当社の記録により、お自宅で 1 人または複数の子供達は、必要な健康保険を持っていません。資格を得るためには、あなたの家庭の 19 歳より下の全ての子供が、最低限の基本項目が適用される健康保険に加入していなければなりません。最低限の健康保険には、Medi-Cal, 児童医療保険プログラム：(Children's Health Insurance Program) などその他の子供向け健康保険などがあります。</p> <p>お子様向けの Medi-Cal 健康保険を申し込む場合、上記の Medi-Cal の電話番号までお電話ください。お子様がすでに健康保険に加入している場合、Medi-Cal 郡の事務所の上記番号に電話し、その旨をお知らせください。</p> <p>この通知は、あなたから提供された情報と当社の記録に基づき、当社の判断により送付しています。ご質問がある、もしくはこの通知が間違いであると思う場合、またはさらに詳しい情報をご提供したい場合、Medi-Cal の郡の職員まで、すぐにお電話または書面にてご連絡ください。</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) の規定または法律に基づき、判断しています。本通知が間違いであると思う場合、アピールすることができます。お申し出の方法は最後のページの「ヒアリングの権利: Your Hearing Rights」をご覧ください。審問の申請期間は 90 日間です。当社が本通知を送付してから 90 日後が締め切りとなります。</p>

Notice Type:	Korean Text:
Medi-Cal Denial	<p>귀하의 신청서는 <MM DD, YYYY>날짜로 거부되었습니다. 다음과 같은 이유로 Medi-Cal 자격이 없습니다 :</p> <p>귀하는 19 세 미만이며 집에 거주하는 최소한 한 명의 자녀를 담당하는 부모 또는 다른 관리인 관계자입니다. 저희 기록에 따르면 귀하의 집에 한 명 또는 더 많은 어린이가 건강 보험에 필요한 수량이 없음을 나타냅니다. 귀하가 자격이 되기 위해서는 19 세 미만의 모든 가정의 어린이가 최소한의 필수 보험으로 간주되는 건강 보험에 가입해야 합니다. 최소 필수 보험에는 Medi-Cal, 어린이 건강 보험 프로그램 (Children’s Health Insurance Program) 및 기타 여러 종류의 건강 보험이 포함됩니다.</p> <p>자녀를 위한 Medi-Cal 건강 보험을 신청하려면, 위에 나열된 번호로 Medi-Cal 카운티 사무실에 전화할 수 있습니다. 자녀가 이미 건강 보험에 가입되어 있는 경우, 위에 나열된 번호의 Medi-Cal사무소에 이 정보를 보고해야 합니다.</p> <p>귀하가 우리에게 준 정보를 사용했으며 우리의 기록을 바탕으로 결정을 내립니다. 질문이 있거나 실수했다고 생각하면, 또는 우리에게 줄 정보가 더 있는 경우, 귀하의 Medi-Cal카운티 직원에게 즉시 전화를 하거나 편지를 보내십시오.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c)는 이 결정에 의존한 규정 또는 법률입니다. 우리가 실수했다고 생각하면 항소할 수 있습니다. 항소하는 방법을 배우려면 마지막 페이지의 '귀하의 청문 권리'를 참조하십시오. 청문회를 요청하는 데 90 일 밖에 걸리지 않습니다. 90 일은카운티가 이 통지를 보낸 날로부터 시작했습니다.</p>

Notice Type:	Korean Text:
<p>Medi-Cal Discontinuance</p>	<p>귀하의 Medi-Cal 은 <MM, YYYY> 의 마지막 날을 종료합니다. 다음과 같은 이유로 귀하는 더 이상 Medi-Cal 자격이 되지 않습니다:</p> <p>귀하는 19 세 미만이며 집에 거주하는 최소한 한 명의 자녀를 담당하는 부모 또는 다른 관리인 관계자입니다. 저희 기록에 따르면 귀하의 집에 한 명 또는 더 많은 어린이가 건강 보험에 필요한 수량이 없음을 나타냅니다. 귀하가 자격이 되기 위해서는 19 세 미만의 모든 가정의 어린이가 최소한의 필수 보험으로 간주되는 건강 보험에 가입해야 합니다. 최소 필수 보험에는 Medi-Cal, 어린이 건강 보험 프로그램 (Children’s Health Insurance Program) 및 기타 여러 종류의 건강 보험이 포함됩니다.</p> <p>자녀를 위한 Medi-Cal 건강 보험을 신청하려면, 위에 나열된 번호로 Medi-Cal 카운티 사무실에 전화할 수 있습니다. 자녀가 이미 건강 보험에 가입되어 있는 경우, 위에 나열된 번호의 Medi-Cal 사무소에 이 정보를 보고해야 합니다.</p> <p>귀하가 우리에게 준 정보를 사용했으며 우리의 기록을 바탕으로 결정을 내립니다. 질문이 있거나 실수했다고 생각하면, 또는 우리에게 줄 정보가 더 있는 경우, 귀하의 Medi-Cal 카운티 직원에게 즉시 전화를 하거나 편지를 보내십시오.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c)는 이 결정에 의존한 규정 또는 법률입니다. 우리가 실수했다고 생각하면 항소할 수 있습니다. 항소하는 방법을 배우려면 마지막 페이지의 '귀하의 청문 권리'를 참조하십시오. 청문회를 요청하는 데 90 일 밖에 걸리지 않습니다. 90 일은 카운티가 이 통지를 보낸 날로부터 시작했습니다.</p>

Notice Type:	Laotian Text:
Medi-Cal Denial	<p>ໃບຄາຮ້ອງຂອງທ່ານທີ່ກຳນົດໄວ້ <MM DD, YYYY>ໄດ້ຖືກປະຕິເສດແລ້ວ. ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ເນື່ອງຈາກ:</p> <p>ທ່ານເປັນພໍ່ແມ່ ທີ່ ຍາດພ່ນ້ອງຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງອື່ນໆທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ເດັກນ້ອຍຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄົນທີ່ມອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປວົງມາທີ່ອາໄສຢູ່ທີ່ບ້ານຂອງທ່ານ. ການບັນທຸກຂອງພວກເຮົາລະບຸວ່າເດັກນ້ອຍຄົນໜຶ່ງ ທີ່ ຫາຍຄົນໃນບ້ານຂອງທ່ານບໍ່ມີຈຳນວນຂອງການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ຈາເປັນ. ເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ເດັກນ້ອຍທຸກຄົນໃນເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປຕ້ອງມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ຖືກພິຈາລະນາເປັນການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈາເປັນຂັ້ນຕໍ່າສຸດ. ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈາເປັນຂັ້ນຕໍ່າສຸດປະກອບມີ Medi-Cal ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບເດັກນ້ອຍ (Children’s Health Insurance Program), ແລະ ການປະກັນໄພສຸຂະພາບປະເພດອື່ນໆຫາຍປະເພດ.</p> <p>ຖ້ານທ່ານຕ້ອງການຢາກຂເອົາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງMedi-Cal ສາລັບເດັກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດໂທຫາຫ້ອງການເຂດປົກຄອງຂອງ Medi-Cal ທ່ີເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ຖ້າເດັກຂອງທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບແລ້ວ, ທ່ານຄວນລາຍງານຂໍ້ມູນນັ້ນຕໍ່ຫ້ອງການຂອງ Medi-Cal ດຽວກັນທີ່ເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.</p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ, ແລະ ການບັນທຸກຂອງພວກເຮົາ, ເພື່ອເຮັດຄາຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານມອາຖາມ, ທີ່ ຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທີ່ ທ່ານມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ຈະໃຫ້ພວກເຮົາ, ໃຫ້ໂທ ທີ່ ຂຽນຫາພະນັກງານເຂດປົກຄອງຂອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານທັນທີ.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) ແມ່ນກົດລະບຽບ ທີ່ ກົດໝາຍທີ່ພວກເຮົາອາໄສສາລັບເຮັດຄາຕັດສິນນັ້ນ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂອບອອນໄດ້. ໃຫ້ເບິ່ງ ‘ສິດທິການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ’ ໃນໜ້າສຸດທ້າຍເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂອບອອນ. ທ່ານມີເວລາພຽງ 90 ມື້ໃນການຂເອົາການໄຕ່ສວນ. 90 ມື້ທີ່ແລ່ມຈາກມື້ຫ້ອງການທີ່ເຂດປົກຄອງໄດ້ສົ່ງໜັງສືແຈ້ງການນັ້ນຫາທ່ານ.</p>

Notice Type:	Laotian Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p>Medi-Cal ຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດໃນມື້ສຸດທ້າຍຂອງ <MM, YYYY> ທ່ານບໍ່ມີສິດທິໃນການໄດ້ຮັບ Medi-Cal ອກແລ້ວເນື່ອງຈາກວ່າ:</p> <p>ທ່ານເປັນພໍ່ແມ່ ທີ່ ຍາດພ່ນ້ອງຂອງຜູ້ດູແລເບິ່ງແຍງອື່ນໆທີ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບຕໍ່ເດັກນ້ອຍຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄົນທີ່ມອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປວົງມາທ່ອາໄສຢູ່ທີ່ບ້ານຂອງທ່ານ. ການບັນທຸກຂອງພວກເຮົາລະບຸວ່າເດັກນ້ອຍຄົນໜຶ່ງ ທີ່ ຫາຍຄົນໃນບ້ານຂອງທ່ານບໍ່ມີຈຳນວນຂອງການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ຈາເປັນ. ເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ, ເດັກນ້ອຍທຸກຄົນໃນເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປຕ້ອງມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ຖືກພິຈາລະນາເປັນການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈາເປັນຂັ້ນຕໍ່າສຸດ. ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈາເປັນຂັ້ນຕໍ່າສຸດປະກອບມີ Medi-Cal ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບເດັກນ້ອຍ (Children’s Health Insurance Program), ແລະ ການປະກັນໄພສຸຂະພາບປະເພດອື່ນໆຫາຍປະເພດ.</p> <p>ຖ້ານທ່ານຕ້ອງການຢາກເຂົ້າການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງ Medi-Cal ສາລັບເດັກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດໂທຫາຫ້ອງການເຂດປົກຄອງຂອງ Medi-Cal ທ່ີເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ຖ້າເດັກຂອງທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບແລ້ວ, ທ່ານຄວນລາຍງານຂໍ້ມູນນັ້ນຕໍ່ຫ້ອງການຂອງ Medi-Cal ດຽວກັນທີ່ເບີໂທທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.</p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ, ແລະ ການບັນທຸກຂອງພວກເຮົາ, ເພື່ອເຮັດຄາດັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານມອາຖາມ, ທີ່ ຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທີ່ ທ່ານມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ຈະໃຫ້ພວກເຮົາ, ໃຫ້ໂທ ທີ່ ຂຽນຫາພະນັກງານເຂດປົກຄອງຂອງ Medi-Cal ຂອງທ່ານທັນທີ.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) ແມ່ນກົດລະບຽບ ທີ່ ກົດໝາຍທີ່ພວກເຮົາອາໄສສາລັບເຮັດຄາດັດສິນນັ້ນ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດຂອບອອກໄດ້. ໃຫ້ເບິ່ງ ‘ສິດທິການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ’ ໃນໜ້າສຸດທ້າຍເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການຂອບອອກ. ທ່ານມີເວລາພຽງ 90 ມື້ໃນການເຂົ້າການໄຕ່ສວນ. 90 ມື້ທີ່ແລ່ມຈາກມື້ຫ້ອງການທີ່ເຂດປົກຄອງໄດ້ສົ່ງໜັງສືແຈ້ງການນັ້ນຫາທ່ານ.</p>

Notice Type:	Mien Text:
Medi-Cal Denial	<p>Meih nyei sou-tov duqv njiec hnoi-nyieqc <MM DD, YYYY> wuov yaac maiv buac longx ngaengc waac mv bun. Meih mv maaih puix-zipv ze'buonc gauv liouh longc tengx Medi-Cal wueic laaix:</p> <p>Meih benx dae maaa a'fai da'nyeic dauh uix goux mangc nyei cien mienh oix zuqc laengx goux mangc mv gauh zoqc jiex yietc dauh fu'jueiv maaih hnyangx-jeiv mv buangv 19 hnyangx aengx caux juangc yiem meih nyei biau v wuov. Yie mbuo faaux yiem sou-gorn buac gorngv maaih yietc dauh a'fai gauh camv jiex yietc dauh fu'jueiv yiem meih nyei biau v maiv zuqc qiemx longc maaih tengx beu sengh baengc zingh sou-gorn. Liouh bun meih maaih puix-zipv duqv ginv tengx nyei jauv-louc nor, yietc zungv fu'jueiv yiem njiec meih nyei biau v zong ga'yuoz dugh maaih hnyangx jeiv mv buangv 19 hnyangv wuov oix zuqc maaih beu sengh sou-gorn dugh funx benx beu sengh jienv sic dauh nzoih nzengc. Maaih nzoih beu sengh sou-gorn nor se lemh jienv Medi-Cal, fu'jueiv nyei beu sengh sou-gorn gong-bou (Children's Health Insurance Program), aengx caux da'nyeic diuc beu sin zangc sou-gorn.</p> <p>Se gorngv meih oix zoux sou tov longc tengx Medi-Cal beu sengh baengc zingh bun meih nyei fu'jueiv nor, meih korh waac mingh taux Medi-Cal kaauv div gong-gorn ei gan fonh nam mber fiev njiec gu'nguaaic wuov. Se gorngv meih nyei fu'jueiv maaih nzoih beu sengh baengc zingh sou-gorn nor, meih oix zuqc box tong mbuox waac-fienx fih hngangv doic mingh bun taux Medi-Cal gong-gorn ei gu'nguaaic deix fonh nam mber wuov.</p> <p>Yie mbuo duqv longc naaiv deix waac-fienx meih bun daaih wuov aengx caux yie mbuo nyei faaux njiec sou-nzangc gorn dorh mingh corngv dux mangc. Se gorngv meih maaih waac qiemx oix naaic a'fai hnamv daaih haix daax yie mbuo zoux zuqc dorngc a'fai se gorngv meih corc maaih waac-fienx jaa tipv faaux bun yie mbuo nor oix zuqc gaanv korh waac mingh a'fai fiev fienx fungx mingh bun taux meih nyei Medi-Cal kaauv div zoux gong mienh siepv.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) se benx yietc nyeic leiz a'fai doh leiz liouh bun yie mbuo ei longc liouh corngv mangc liuz dunz cuotv sic dauh. Se gorngv meih hnamv daaih yie mbuo duqv zoux dorngx nor meih yaac haih zoux sou tov duqv. Mangc yietc nyeic 'meih nyei porv muangx cing bun-paaiv waac leiz-nyeic' yiem njiec nga'haav pin sou njaaux heuc hngangv haaix nor zoux sou tov. Meih maaih go hnoi hngangv tov heuc liouh muangx bun-paaiv cing waac. Naaiv deix go hnoi nor se saauv jiex gorn yiem ninh mbuo kaauv div gorn zangc duqv fungx naaiv zeiv box fienx sou wuov funx daaih.</p>

Notice Type:	Mien Text:
<p>Medi-Cal Discontinuance</p>	<p>Meih nyei Medi-Cal oix jormc nyei hnoi-nyieqc se <MM, YYYY>. Meih maaiv haaih aengx longc Medi-Cal aqv weic zuqc:</p> <p>Meih benx dae maaa a'fai da'nyeic dauh uix goux mangc nyei cien mienh oix zuqc laengx goux mangc mv gauh zoqc jiex yietc dauh fu'jueiv maaih hnyangx-jeiv mv buangv 19 hnyangx aengx caux juangc yiem meih nyei biauv wuov. Yie mbuo faaux yiem sou-gorn buatac gorngv maaih yietc dauh a'fai gauh camv jiex yietc dauh fu'jueiv yiem meih nyei biauv maiv zuqc qiemx longc maaih tengx beu sengh baengc zingh sou-gorn. Liouh bun meih maaih puix-zipv duqv ginv tengx nyei jauv-louc nor, yietc zungv fu'jueiv yiem njiec meih nyei biauv zong ga'yuoz dugh maaih hnyangx jeiv mv buangv 19 hnyangv wuov oix zuqc maaih beu sengh sou-gorn dugh funx benx beu sengh jienv sic dauh nzoih nzengc. Maaih nzoih beu sengh sou-gorn nor se lemh jienv Medi-Cal, fu'jueiv nyei beu sengh sou-gorn gong-bou (Children's Health Insurance Program), aengx caux da'nyeic diuc beu sin zangc sou-gorn.</p> <p>Se gorngv meih oix zoux sou tov longc tengx Medi-Cal beu sengh baengc zingh bun meih nyei fu'jueiv nor, meih korh waac mingh taux Medi-Cal kaauv div gong-gorn ei gan fonh nam mber fiev njiec gu'nguaaic wuov. Se gorngv meih nyei fu'jueiv maaih nzoih beu sengh baengc zingh sou-gorn nor, meih oix zuqc box tong mbuox waac-fienx fih hngangv doic mingh bun taux Medi-Cal gong-gorn ei gu'nguaaic deix fonh nam mber wuov.</p> <p>Yie mbuo duqv longc naaiv deix waac-fienx meih bun daaih wuov aengx caux yie mbuo nyei faaux njiec sou-nzangc gorn dorh mingh corngv dux mangc. Se gorngv meih maaih waac qiemx oix naaic a'fai hnamv daaih haix daax yie mbuo zoux zuqc dorngc a'fai se gorngv meih corc maaih waac-fienx jaa tipv faaux bun yie mbuo nor oix zuqc gaanv korh waac mingh a'fai fiev fienx fungx mingh bun taux meih nyei Medi-Cal kaau div zoux gong mienh siepv.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) se benx yietc nyeic leiz a'fai doh leiz liouh bun yie mbuo ei longc liouh corngv mangc liuz dunz cuotv sic dauh. Se gorngv meih hnamv daaih yie mbuo duqv zoux dorngx nor meih yaac haih zoux sou tov duqv. Mangc yietc nyeic 'meih nyei porv muangx cing bun-paaiv waac leiz-nyeic' yiem njiec nga'haav pin sou njaaux heuc hngangv haaix nor zoux sou tov. Meih maaih go hnoi hngangv tov heuc liouh muangx bun-paaiv cing waac. Naaiv deix go hnoi nor se saauv jiex gorn yiem ninh mbuo kaau div gorn zangc duqv fungx naaiv zeiv box fienx sou wuov funx daaih.</p>

Notice Type:	Punjabi Text:
Medi-Cal Denial	<p>ਮਿਤੀ <MM DD, YYYY> 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ:</p> <p>ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਅਭਿਭਾਵਕ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਹੋ ਜੋ ਘਟੇ-ਘਟ ਇੱਕ ਬੱਚੇ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ ਜੋ 19 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਾਡੇ ਅਭਿਲੇਖ ਰਸਾਉਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬੱਚੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਲੋੜੀਂ ਵਾਲੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ। ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਕੋਲ ਜ਼ਰੂਰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜੋ ਘਟੇ-ਘਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ ਮੰਨੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ Medi-Cal, ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Children's Health Insurance Program) ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦੀ ਹੈ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ Medi-Cal, ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ Medi-Cal ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਚਨਾ ਨੂੰ ਉਸੇ Medi-Cal, ਦਫ਼ਤਰ 'ਤੇ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰਾਂ 'ਤੇ ਸਚਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।</p> <p>ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਾਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਚਨਾ, ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਅਭਿਲੇਖਾਂ ਦੀ, ਸਾਡੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਵਾਲ ਹੋਣ, ਜਾਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਹੋਰ ਸਚਨਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ Medi-Cal ਕਾਉਂਟੀ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਹੁਣੇ ਹੀ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਲਿਖੋ।</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹੈ, ਜਿਸ 'ਤੇ ਇਸ ਫੈਸਲੇ ਲਈ ਅਸੀਂ ਯਕੀਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਆਖਰੀ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਖੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਕਾਉਂਟੀ ਾਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣ ਇੱਕ ਦਿਨ ਬਾਅ ਮਗਰੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।</p>

Notice Type:	Punjabi Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p>ਤੁਹਾਡੇ Medi-Cal ਦੀ ਸਮਾਪਤੀ <MM, YYYY> ਦੇ ਅਖੀਰਲੇ ਦਿਨ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ Medi-Cal ਦੇ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ:</p> <p>ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਅਭਿਭਾਵਕ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਹੋ ਜੋ ਘਟੇ-ਘਟ ਇੱਕ ਬੱਚੇ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ ਜੋ 19 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਾਡੇ ਅਭਿਲੇਖ ਰਸਾਉਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ ਇੱਕ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬੱਚੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਲੋੜੀਂ ੀ ਰਾਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ। ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ 'ਚ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਕੋਲ ਜ਼ਰੂਰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜੋ ਘਟੇ-ਘਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ ਮੰਨੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਘੱਟੋ ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ Medi-Cal, ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Children's Health Insurance Program) ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦੀ ਹੈ।</p> <p>ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ Medi-Cal, ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ Medi-Cal ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਚਨਾ ਨੂੰ ਉਸੇ Medi-Cal, ਦਫ਼ਤਰ 'ਤੇ ਉਪਰ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰਾਂ 'ਤੇ ਸਚਿਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।</p> <p>ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਼ੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਚਨਾ, ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਅਭਿਲੇਖਾਂ ਦੀ, ਸਾਡੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਵਾਲ ਹੋਣ, ਜਾਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਹੋਰ ਸਚਨਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ Medi-Cal ਕਾਉਂਟੀ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਹੁਣੇ ਹੀ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਲਿਖੋ।</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) ਨਿਯਮ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਹੈ, ਜਿਸ 'ਤੇ ਇਸ ਫੈਸਲੇ ਲਈ ਅਸੀਂ ਯਕੀਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਆਖਰੀ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਖੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ 90 ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਕਾਉਂਟੀ ਼ੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣ ਇੱਕ ਦਿਨ ਬਾਅ ਮਗਰੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।</p>

Notice Type:	Russian Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="384 159 1818 228">Ваше заявление от <MM DD, YYYY> было отклонено. Вы не соответствуете требованиям для получения медицинского страхования Medi-Cal, поскольку:</p> <p data-bbox="384 269 1976 537">Вы являетесь родителем или другим родственником-опекуном, ответственным, как минимум, за одного ребенка в возрасте до 19 лет, который проживает в Вашем доме. Согласно нашим данным, один ребенок или более детей в Вашем доме не имеют медицинского страхования в требуемом объеме. Для соответствия требованиям все дети в возрасте до 19 лет, проживающие в Вашем доме, должны иметь медицинское страхование, которое считается минимальным обязательным медицинским страхованием. Минимальное обязательное медицинское страхование включает Medi-Cal, Программу медицинского страхования детей (Children’s Health Insurance Program) и многие другие виды медицинского страхования.</p> <p data-bbox="384 573 1990 683">Если Вы хотите подать заявление на медицинское страхование Medi-Cal для Вашего ребенка, Вы можете позвонить в окружной офис Medi-Cal по номеру, указанному выше. Если у Вашего ребенка уже есть медицинское страхование, Вы должны сообщить об этом в тот же офис Medi-Cal по номеру, указанному выше.</p> <p data-bbox="384 719 1986 870">Для принятия решения мы использовали предоставленную Вами информацию и наши данные. Если у Вас возникли вопросы, если Вы считаете, что мы допустили ошибку, или если у Вас есть дополнительная информация, которую Вы хотите предоставить нам, незамедлительно позвоните или обратитесь в письменной форме к сотруднику Medi-Cal в Вашем округе.</p> <p data-bbox="384 906 1955 1097">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) – это постановление или закон, на котором мы основывались при принятии этого решения. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. См. раздел «Ваши права на проведение слушания» на последней странице, чтобы узнать, как подать апелляцию. У Вас есть всего 90 дней, чтобы обратиться с запросом на проведение слушания. 90-дневный период начался в день после даты, когда округ отправил Вам это уведомление.</p>

Notice Type:	Russian Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p data-bbox="382 159 1940 228">Действие Вашего Medi-Cal закончится в последний день <ММ, YYYY>. Вы более не соответствуете требованиям для получения Medi-Cal, поскольку:</p> <p data-bbox="382 269 1976 537">Вы являетесь родителем или другим родственником-опекуном, ответственным, как минимум, за одного ребенка в возрасте до 19 лет, который проживает в Вашем доме. Согласно нашим данным, один ребенок или более детей в Вашем доме не имеют медицинского страхования в требуемом объеме. Для соответствия требованиям все дети в возрасте до 19 лет, проживающие в Вашем доме, должны иметь медицинское страхование, которое считается минимальным обязательным медицинским страхованием. Минимальное обязательное медицинское страхование включает Medi-Cal, Программу медицинского страхования детей (Children’s Health Insurance Program) и многие другие виды медицинского страхования.</p> <p data-bbox="382 573 1990 683">Если Вы хотите подать заявление на медицинское страхование Medi-Cal для Вашего ребенка, Вы можете позвонить в окружной офис Medi-Cal по номеру, указанному выше. Если у Вашего ребенка уже есть медицинское страхование, Вы должны сообщить об этом в тот же офис Medi-Cal по номеру, указанному выше.</p> <p data-bbox="382 719 1986 870">Для принятия решения мы использовали предоставленную Вами информацию и наши данные. Если у Вас возникли вопросы, если Вы считаете, что мы допустили ошибку, или если у Вас есть дополнительная информация, которую Вы хотите предоставить нам, незамедлительно позвоните или обратитесь в письменной форме к сотруднику Medi-Cal в Вашем округе.</p> <p data-bbox="382 906 1955 1097">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) – это постановление или закон, на котором мы основывались при принятии этого решения. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. См. раздел «Ваши права на проведение слушания» на последней странице, чтобы узнать, как подать апелляцию. У Вас есть всего 90 дней, чтобы обратиться с запросом на проведение слушания. 90-дневный период начался в день после даты, когда округ отправил Вам это уведомление.</p>

Notice Type:	Spanish Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="384 159 1682 191">Su solicitud con fecha <MM DD, YYYY> ha sido negada. Usted no es elegible para Medi-Cal porque:</p> <p data-bbox="384 228 1982 418">Usted es padre u otro pariente proveedor de cuidado que es responsable por lo menos de un niño menor de 19 años de edad que vive en su hogar. Nuestros registros indican que uno o más niños de su hogar no tienen la cantidad obligatoria de cobertura de salud. Para que usted sea elegible, todos los niños menores de 19 años de edad de su hogar deben tener cobertura de salud considerada como cobertura mínima esencial. La cobertura mínima esencial incluye Medi-Cal, el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program) y muchos otros tipos de seguro de salud.</p> <p data-bbox="384 456 1955 565">Si usted quiere solicitar cobertura de salud de Medi-Cal para su hijo, puede llamar a la oficina de Medi-Cal del condado al número anotado arriba. Si su hijo ya tiene cobertura de salud, usted deberá informar de esto a la misma oficina de Medi-Cal al número anotado arriba.</p> <p data-bbox="384 602 1982 711">Usamos la información que usted nos dio y la de nuestros registros para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error o si usted tiene más información para darnos, llame o escriba inmediatamente a su trabajador de Medi-Cal de su condado.</p> <p data-bbox="384 748 1965 899">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) es el reglamento o la ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Si le parece que hemos cometido un error, usted puede apelar. Lea 'Your Hearing Rights' (Su derecho a una audiencia) en la última página para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le envió este aviso.</p>

Notice Type:	Spanish Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p data-bbox="384 159 1682 191">Su Medi-Cal terminará el último día de <MM, YYYY>. Usted ya no es elegible para Medi-Cal porque:</p> <p data-bbox="384 228 1982 418">Usted es padre u otro pariente proveedor de cuidado que es responsable por lo menos de un niño menor de 19 años de edad que vive en su hogar. Nuestros registros indican que uno o más niños de su hogar no tienen la cantidad obligatoria de cobertura de salud. Para que usted sea elegible, todos los niños menores de 19 años de edad de su hogar deben tener cobertura de salud considerada como cobertura mínima esencial. La cobertura mínima esencial incluye Medi-Cal, el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program) y muchos otros tipos de seguro de salud.</p> <p data-bbox="384 456 1955 565">Si usted quiere solicitar cobertura de salud de Medi-Cal para su hijo, puede llamar a la oficina de Medi-Cal del condado al número anotado arriba. Si su hijo ya tiene cobertura de salud, usted deberá informar de esto a la misma oficina de Medi-Cal al número anotado arriba.</p> <p data-bbox="384 602 1982 711">Usamos la información que usted nos dio y la de nuestros registros para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error o si usted tiene más información para darnos, llame o escriba inmediatamente a su trabajador de Medi-Cal de su condado.</p> <p data-bbox="384 748 1965 899">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) es el reglamento o la ley en que nos basamos para tomar esta decisión. Si le parece que hemos cometido un error, usted puede apelar. Lea 'Your Hearing Rights' (Su derecho a una audiencia) en la última página para saber cómo apelar. Usted sólo tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le envió este aviso.</p>

Notice Type:	Tagalog Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="380 159 1919 191">Tinanggihan ang inyong aplikasyon na may petsang <MM DD, YYYY>. Hindi kayo kwalipikado para sa Medi-Cal dahil:</p> <p data-bbox="380 228 1976 496">Kayo ay isang Magulang o Iba Pang Tagapag-alaga na Kamag-anak na may pananagutan sa kahit isang bata na wala pang 19 na taong gulang at nakatira sa inyong bahay. Sinasaad sa aming mga rekord na isa o higit pa sa mga bata sa inyong bahay ay wala ng kinakailangang halaga ng health coverage. Upang kayo ay maging kwalipikado, lahat ng bata sa inyong bahay na wala pang 19 na taong gulang ay dapat mayroong health coverage na itinuturing na pinakamababang kinakailangang coverage. Kasama sa pinakamababang kinakailangang coverage ang Medi-Cal, ang Programa ng Pagseseguro ng Kalusugan ng mga Bata (Children’s Health Insurance Program), at maraming iba pang uri ng pagseseguro ng kalusugan.</p> <p data-bbox="380 534 1990 646">Kung nais ninyong mag-aplay para sa health coverage ng Medi-Cal para sa inyong anak, maaari ninyong tawagan ang Medi-Cal county office sa numerong nakalista sa itaas. Kung ang inyong anak ay mayroon nang health coverage, kailangan ninyong i-ulat ang impormasyong ito sa parehong opisina ng Medi-Cal sa numerong nakalista sa itaas.</p> <p data-bbox="380 683 1940 794">Ginamit namin ang impormasyong binigay ninyo sa amin, at ang aming mga rekord, upang gumawa ng desisyon. Kung mayroon kayong mga katanungan, o iniisip na kami’y nagkamali, o kung mayroon kayong higit pang impormasyong ibibigay sa amin, tumawag o sumulat sa inyong Medi-Cal county worker agad-agad.</p> <p data-bbox="380 831 1982 980">W&I Code, Section 14005.60 at 42 C.F.R. Section 435.119(c) ay ang regulasyon o batas na pinagbatayan namin para sa desisyong ito. Kung sa tingin ninyo na kami’y nagkamali, maaari kayong umapela. Tingnan ang ‘Inyong mga Karapatan sa Pagdinig’ sa huling pahina upang matuto kung paano mag-apela. Mayroon lamang kayong 90 araw para humiling ng isang pagdinig. Ang 90 araw ay magsisimula matapos maipadala ng county ang abisong ito.</p>

Notice Type:	Tagalog Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p data-bbox="384 159 1864 191">Magtatapos ang iyong Medi-Cal sa huling araw ng <MM, YYYY>. Hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal dahil:</p> <p data-bbox="384 228 1976 493">Kayo ay isang Magulang o Iba Pang Tagapag-alaga na Kamag-anak na may pananagutan sa kahit isang bata na wala pang 19 na taong gulang at nakatira sa inyong bahay. Sinasaad sa aming mga rekord na isa o higit pa sa mga bata sa inyong bahay ay wala ng kinakailangang halaga ng health coverage. Upang kayo ay maging kwalipikado, lahat ng bata sa inyong bahay na wala pang 19 na taong gulang ay dapat mayroong health coverage na itinuturing na pinakamababang kinakailangang coverage. Kasama sa pinakamababang kinakailangang coverage ang Medi-Cal, ang Programa ng Pagseseguro ng Kalusugan ng mga Bata (Children’s Health Insurance Program), at maraming iba pang uri ng pagseseguro ng kalusugan.</p> <p data-bbox="384 531 1990 643">Kung nais ninyong mag-aplay para sa health coverage ng Medi-Cal para sa inyong anak, maaari ninyong tawagan ang Medi-Cal county office sa numerong nakalista sa itaas. Kung ang inyong anak ay mayroon nang health coverage, kailangan ninyong i-ulat ang impormasyong ito sa parehong opisina ng Medi-Cal sa numerong nakalista sa itaas.</p> <p data-bbox="384 680 1940 792">Ginamit namin ang impormasyong binigay ninyo sa amin, at ang aming mga rekord, upang gumawa ng desisyon. Kung mayroon kayong mga katanungan, o iniisip na kami’y nagkamali, o kung mayroon kayong higit pang impormasyong ibibigay sa amin, tumawag o sumulat sa inyong Medi-Cal county worker agad-agad.</p> <p data-bbox="384 829 1982 980">W&I Code, Section 14005.60 at 42 C.F.R. Section 435.119(c) ay ang regulasyon o batas na pinagbatayan namin para sa desisyong ito. Kung sa tingin ninyo na kami’y nagkamali, maaari kayong umapela. Tingnan ang ‘Inyong mga Karapatan sa Pagdinig’ sa huling pahina upang matuto kung paano mag-apela. Mayroon lamang kayong 90 araw para humiling ng isang pagdinig. Ang 90 araw ay magsisimula matapos maipadala ng county ang abisong ito.</p>

Notice Type:	Thai Text:
Medi-Cal Denial	<p>ใบสมัครของคุณที่ลงวันที่ <MM DD, YYYY> ถูกปฏิเสธ คุณไม่มีสิทธิ์รับ Medi-Cal เนื่องจาก</p> <p>คุณเป็นผู้ปกครองหรือญาติผู้ดูแลรับผิดชอบเด็กอย่างน้อยหนึ่งคนที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปีและอาศัยอยู่ในบ้านของคุณ บันทึกข้อมูลของเราระบุว่าเด็กในบ้านของคุณหนึ่งคนหรือมากกว่านั้นไม่ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพตามที่กำหนด เพื่อให้คุณได้รับสิทธิ เด็กทุกคนในบ้านของคุณที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปีต้องได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นความคุ้มครองขั้นต่ำที่จำเป็น ได้แก่ Medi-Cal, โปรแกรมความคุ้มครองด้านสุขภาพของเด็ก (Children's Health Insurance Program) และการประกันสุขภาพแบบอื่น ๆ อีกมากมาย</p> <p>หากคุณต้องการสมัครความคุ้มครองด้านสุขภาพของ Medi-Cal ให้แก่ลูกของคุณ คุณสามารถติดต่อไปยังสำนักงานเขตของ Medi-Cal ตามหมายเลขที่ให้ไว้ข้างต้น หากลูกของคุณได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพแล้ว คุณควรรายงานข้อมูลนี้ไปยังสำนักงาน Medi-Cal เดียวกันตามหมายเลขที่ให้ไว้ข้างต้น</p> <p>เราได้ใช้ข้อมูลที่คุณให้และบันทึกของเราในการตัดสินใจ หากคุณมีคำถาม หรือคิดว่าเราตัดสินใจผิดพลาด หรือหากคุณมีข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อหรือเขียนจดหมายถึงเจ้าหน้าที่เขตของ Medi-Cal ของคุณได้ที่</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) เป็นข้อบังคับหรือกฎหมายที่เราใช้อ้างอิงในการตัดสินใจนี้ หาก你认为เราตัดสินใจผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดูที่ "สิทธิในการพิจารณาคดีของคุณ" ที่อยู่ในหน้าสุดท้าย เพื่ออ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการอุทธรณ์ คุณสามารถขอพิจารณาคดีได้ในระยะเวลา 90 วันเท่านั้น ซึ่งจะเริ่มนับจากวันที่เขตได้ส่งหนังสือแจ้งนี้ให้คุณ</p>

Notice Type:	Thai Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p>Medi-Cal ของท่านจะสิ้นสุดลง ณ วันที่ <MM, YYYY>. ท่านไม่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการเข้า Medi-Cal เนื่องด้วย :</p> <p>คุณเป็นผู้ปกครองหรือญาติผู้ดูแลรับผิดชอบเด็กอย่างน้อยหนึ่งคนที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปีและอาศัยอยู่ในบ้านของคุณ บันทึกข้อมูลของเราระบุว่าเด็กในบ้านของคุณหนึ่งคนหรือมากกว่านั้นไม่ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพตามที่กำหนด เพื่อให้คุณได้รับสิทธิ เด็กทุกคนในบ้านของคุณที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปีต้องได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นความคุ้มครองขั้นต่ำที่จำเป็น ได้แก่ Medi-Cal, โปรแกรมความคุ้มครองด้านสุขภาพของเด็ก (Children’s Health Insurance Program) และการประกันสุขภาพแบบอื่น ๆ อีกมากมาย</p> <p>หากคุณต้องการสมัครความคุ้มครองด้านสุขภาพของ Medi-Cal ให้แก่ลูกของคุณ คุณสามารถติดต่อไปยังสำนักงานเขตของ Medi-Cal ตามหมายเลขที่ให้ไว้ข้างต้น หากลูกของคุณได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพแล้ว คุณควรรายงานข้อมูลนี้ไปยังสำนักงาน Medi-Cal เดียวกันตามหมายเลขที่ให้ไว้ข้างต้น</p> <p>เราได้ใช้ข้อมูลที่คุณให้และบันทึกของเราในการตัดสินใจ หากคุณมีคำถาม หรือคิดว่าเราตัดสินใจผิดพลาด หรือหากคุณมีข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อหรือเขียนจดหมายถึงเจ้าหน้าที่เขตของ Medi-Cal ของคุณได้ที่</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) เป็นข้อบังคับหรือกฎหมายที่เราใช้อ้างอิงในการตัดสินใจนี้ หาก你认为เราตัดสินใจผิดพลาด คุณสามารถอุทธรณ์ได้ โปรดดูที่ “สิทธิในการพิจารณาคดีของคุณ” ที่อยู่ในหน้าสุดท้าย เพื่ออ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการอุทธรณ์ คุณสามารถขอพิจารณาคดีได้ในระยะเวลา 90 วันเท่านั้น ซึ่งจะเริ่มนับจากวันที่เขตได้ส่งหนังสือแจ้งนี้ให้แก่คุณ</p>

Notice Type:	Ukrainian Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="382 159 1860 228">У Вашому проханні від <MM DD, YYYY> Вам було відмовлено. Ви не відповідаєте вимогам, необхідним для отримання Medi-Cal з наступних причин:</p> <p data-bbox="382 269 1976 532">Ви – один з батьків або інший родич, який відповідає за опіку щонайменш однієї дитини у віці молодше за 19 років, яка проживає разом з Вами. Згідно з нашими даними, щонайменш у однієї або у декількох дітей, які проживають разом з Вами, нема достатнього обсягу медичного страхового покриття. Для того, щоб Ви відповідали вимогам, необхідним для отримання пільг, всі діти молодше за 19 років, які проживають разом з Вами, повинні мати мінімально необхідне медичне страхове покриття. Мінімально необхідний обсяг покриття включає Medi-Cal, програму медичного страхування дітей (Children’s Health Insurance Program), а також багато інших видів медичного страхування.</p> <p data-bbox="382 573 1990 716">Якщо Ви бажаєте подати заявку на отримання медичного страхування в програмі Medi-Cal для Вашої дитини, Ви можете зателефонувати до офісу програми Medi-Cal в Вашому окрузі, за номером телефону, вказаним вище. Якщо у Вашої дитини вже є медичне страхове покриття, Ви повинні повідомити цю інформацію до цього ж офісу програми Medi-Cal за номером, вказаним вище.</p> <p data-bbox="382 756 1955 867">У прийнятті цього рішення ми спиралися на інформацію, яку Ви нам надали, а також на інформацію, яка є у нас. Якщо у Вас є питання або Ви вважаєте, що ми припустилися помилки, або якщо у Вас є додаткова інформація, яку Ви нам можете надати, негайно зателефонуйте або напишіть співробітнику місцевого округ програми Medi-Cal.</p> <p data-bbox="382 907 1982 1092">У прийнятті цього рішення ми спиралися на норматив або правову норму W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c). Якщо Ви вважаєте, що наше рішення було помилковим, Ви маєте право подати на апеляцію. Див. інформацію в розділі «Ваші права на слухання», наведену на останній сторінці, щоб ознайомитися з процедурою подачі апеляції. Ви маєте не більше 90 днів, щоб подати апеляцію. Відлік періоду в 90 днів починається з наступного дня як було відіслано цього повідомлення до Вас.</p>

Notice Type:	Ukrainian Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p data-bbox="382 159 1913 228">Ваше покриття у програмі Medi-Cal буде терміновано остнього дня <ММ, YYYY>. Ви більше не маєте права на покриття у програмі Medi-Cal з огляду на наступне:</p> <p data-bbox="382 267 1982 532">Ви – один з батьків або інший родич, який відповідає за опіку щонайменш однієї дитини у віці молодше за 19 років, яка проживає разом з Вами. Згідно з нашими даними, щонайменш у однієї або у декількох дітей, які проживають разом з Вами, нема достатнього обсягу медичного страхового покриття. Для того, щоб Ви відповідали вимогам, необхідним для отримання пільг, всі діти молодше за 19 років, які проживають разом з Вами, повинні мати мінімально необхідне медичне страхове покриття. Мінімально необхідний обсяг покриття включає Medi-Cal, програму медичного страхування дітей (Children’s Health Insurance Program), а також багато інших видів медичного страхування.</p> <p data-bbox="382 571 1990 719">Якщо Ви бажаєте подати заявку на отримання медичного страхування в програмі Medi-Cal для Вашої дитини, Ви можете зателефонувати до офісу програми Medi-Cal в Вашому окрузі, за номером телефону, вказаним вище. Якщо у Вашої дитини вже є медичне страхове покриття, Ви повинні повідомити цю інформацію до цього ж офісу програми Medi-Cal за номером, вказаним вище.</p> <p data-bbox="382 758 1955 870">У прийнятті цього рішення ми спиралися на інформацію, яку Ви нам надали, а також на інформацію, яка є у нас. Якщо у Вас є питання або Ви вважаєте, що ми припустилися помилки, або якщо у Вас є додаткова інформація, яку Ви нам можете надати, негайно зателефонуйте або напишіть співробітнику місцевого округ програми Medi-Cal.</p> <p data-bbox="382 909 1982 1094">У прийнятті цього рішення ми спиралися на норматив або правову норму W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c). Якщо Ви вважаєте, що наше рішення було помилковим, Ви маєте право подати на апеляцію. Див. інформацію в розділі «Ваші права на слухання», наведену на останній сторінці, щоб ознайомитися з процедурою подачі апеляції. Ви маєте не більше 90 днів, щоб подати апеляцію. Відлік періоду в 90 днів починається з наступного дня як було відіслано цього повідомлення до Вас.</p>

Notice Type:	Vietnamese Text:
Medi-Cal Denial	<p data-bbox="382 159 1738 191">Đơn xin của quý vị đề ngày <MM DD, YYYY> đã bị từ chối. Quý vị không đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal vì:</p> <p data-bbox="382 228 1965 418">Quý vị là Phụ Huynh hoặc Người Thân Chăm Sóc Khác chịu trách nhiệm đối với ít nhất một trẻ dưới 19 tuổi và sống ở nhà quý vị. Hồ sơ của chúng tôi chỉ ra rằng có một hoặc nhiều trẻ ở nhà quý vị không có số lượng khoản bao trả y tế theo yêu cầu. Để quý vị đủ điều kiện, tất cả trẻ trong nhà quý vị dưới 19 tuổi đều phải có khoản bao trả y tế được xem là khoản bao trả thiết yếu tối thiểu. Khoản bao trả thiết yếu tối thiểu bao gồm Medi-Cal, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của Trẻ Em (Children's Health Insurance Program) và nhiều loại bảo hiểm y tế khác.</p> <p data-bbox="382 456 1940 565">Nếu quý vị muốn nộp đơn tham gia khoản bao trả bảo hiểm Medi-Cal dành cho con quý vị, quý vị có thể gọi văn phòng quận Medi-Cal theo số được liệt kê trên đây. Nếu con quý vị đã có khoản bao trả bảo hiểm, quý vị nên báo cáo thông tin này với cùng văn phòng Medi-Cal theo số được liệt kê trên đây.</p> <p data-bbox="382 602 1990 711">Chúng tôi đã sử dụng thông tin quý vị cung cấp và hồ sơ của chúng tôi để đưa ra quyết định. Nếu quý vị có thắc mắc, hoặc cho rằng chúng tôi đã gây ra nhầm lẫn, hoặc nếu quý vị có thêm thông tin cung cấp cho chúng tôi, hãy gọi hoặc viết thư gửi đến nhân viên quận Medi-Cal ngay lập tức.</p> <p data-bbox="382 748 1990 906">W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) là quy định hoặc luật mà chúng tôi dựa vào để đưa ra quyết định này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã gây ra nhầm lẫn, quý vị có thể kháng cáo. Xem 'Quyền Kháng Cáo của Quý Vị' ở trang cuối để tìm hiểu về cách kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu phiên điều trần. 90 ngày bắt đầu từ ngày sau khi quận gửi cho quý vị thông báo này.</p>

Notice Type:	Vietnamese Text:
Medi-Cal Discontinuance	<p>Medi-Cal của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của <MM, YYYY>. Quý vị không còn đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal vì:</p> <p>Quý vị là Phụ Huynh hoặc Người Thân Chăm Sóc Khác chịu trách nhiệm đối với ít nhất một trẻ dưới 19 tuổi và sống ở nhà quý vị. Hồ sơ của chúng tôi chỉ ra rằng có một hoặc nhiều trẻ ở nhà quý vị không có số lượng khoản bao trả y tế theo yêu cầu. Để quý vị đủ điều kiện, tất cả trẻ trong nhà quý vị dưới 19 tuổi đều phải có khoản bao trả y tế được xem là khoản bao trả thiết yếu tối thiểu. Khoản bao trả thiết yếu tối thiểu bao gồm Medi-Cal, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của Trẻ Em (Children's Health Insurance Program) và nhiều loại bảo hiểm y tế khác.</p> <p>Nếu quý vị muốn nộp đơn tham gia khoản bao trả bảo hiểm Medi-Cal dành cho con quý vị, quý vị có thể gọi văn phòng quận Medi-Cal theo số được liệt kê trên đây. Nếu con quý vị đã có khoản bao trả bảo hiểm, quý vị nên báo cáo thông tin này với cùng văn phòng Medi-Cal theo số được liệt kê trên đây.</p> <p>Chúng tôi đã sử dụng thông tin quý vị cung cấp và hồ sơ của chúng tôi để đưa ra quyết định. Nếu quý vị có thắc mắc, hoặc cho rằng chúng tôi đã gây ra nhầm lẫn, hoặc nếu quý vị có thêm thông tin cung cấp cho chúng tôi, hãy gọi hoặc viết thư gửi đến nhân viên quận Medi-Cal ngay lập tức.</p> <p>W&I Code, Section 14005.60 and 42 C.F.R. Section 435.119(c) là quy định hoặc luật mà chúng tôi dựa vào để đưa ra quyết định này. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã gây ra nhầm lẫn, quý vị có thể kháng cáo. Xem 'Quyền Kháng Cáo của Quý Vị' ở trang cuối để tìm hiểu về cách kháng cáo. Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu phiên điều trần. 90 ngày bắt đầu từ ngày sau khi quận gửi cho quý vị thông báo này.</p>