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

JENNIFER KENT
DIRECTOR

GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

January 15, 2019

Medi-Cal Eligibility Division Information Letter No.: I 19-05

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY ADMINISTRATIVE OFFICERS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS
ALL CONSORTIA PROJECT MANAGERS

SUBJECT: Notice of Action Snippet Translations for Denials of Retroactive Eligibility Due to Excessive Modified Adjusted Gross Income
(Reference: All County Welfare Directors' Letter 18-11)

The purpose of this Medi-Cal Eligibility Division Information Letter (MEDIL) is to provide counties with the threshold translations of the Notice of Action (NOA) language for individuals denied Modified Adjusted Gross Income (MAGI) Medi-Cal as a result of being over MAGI income limits in a retroactive month. The English version of the NOA snippet was provided in All County Welfare Directors Letter (ACWDL) 18-11 and is included in the enclosure with this MEDIL. This guidance is effective immediately.

The Department of Health Care Services will simultaneously transmit the Word and XDP versions of the translated languages to the Statewide Automated Welfare System (SAWS) for programming. SAWS must make programming changes to use the attached translated NOA snippet for individuals denied MAGI Medi-Cal as a result of being over MAGI income limits in a retroactive month in its applicable threshold languages, during the next available SAWS release.

If you have any questions or require additional information, please contact Alison Brown at (916) 345-8078 or by email at Alison.Brown@dhcs.ca.gov.

Original Signed By

Karen Chang, Chief
Policy Development Branch
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosure

English	You asked us to check if you could get Medi-Cal to cover your bills for any of the three months before you applied. Your application for the month of **<month year>** has been denied. You may get or may have already received other notices about your eligibility for other time periods. This notice is only telling you that you do not qualify for Medi-Cal coverage for **<eligibility month year>**. You do not qualify for Medi-Cal because: Your household income was above the allowed amount. We counted your household size and income for **<eligibility month year>** to make our decision. For Medi-Cal: • Your household size was **<MAGI_SIZE>**. • Your monthly household income was **$<MAGI_INCOME>**. The monthly Medi-Cal income limit based on your age and household size is **$<MAGI_INCOME_LIMIT>**. Your income was above this limit, so you do not qualify for Medi-Cal for that month. We used the information you gave us and our records to make our decision. For questions or if you think we made a mistake, or you want to give us more information, contact the Medi-Cal office right away. The phone number is above. If you think we made a mistake, you can appeal. To learn how to appeal, read "Your Hearing Rights" on the back of the first page of this notice. You have **90** days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county sent you this notice.
Arabic	لقد طلبتَ منا أن نتحقق مما إذا كان بمقدورك الحصول على Medi-Cal لتغطية فواتيرك الخاصة بأي من الأشهر الثلاثة السابقة لطلبك. وقد تم رفض طلبك الخاص بشهر **<month year>**. إنك يمكن أن تتسلَّم أو ربما تكون قد تسلَّمت بالفعل إشعارات أخرى بشأن أهليتك عن فترات زمنية أخرى. وهذا الإشعار هو مجرد إخطار لك بأنك غير مؤهل لتغطية Medi-Cal عن **<eligibility month year>**. أنت غير مؤهل لـ Medi-Cal للسبب التالي: إن دخل أسرتك يفوق المبلغ المسموح به. ولقد قمنا بحساب حجم أسرتك ودخلها خلال **<eligibility month year>** من أجل اتخاذ قرارنا. وفيما يتعلق بـ Medi-Cal:

Arabic	• كان حجم أسرتك <**MAGI_SIZE**>. • بلغ دخل أسرتك الشهري <**MAGI_INCOME**>$. يبلغ حد دخل Medi-Cal الشهري بناء على عمرك وحجم أسرتك <**MAGI_INCOME_LIMIT**>$. لقد فاق دخلك هذا الحد، ولذا فأنت غير مؤهل لـ Medi-Cal عن ذلك الشهر. لقد استخدمنا المعلومات التي أعطيتنا إياها وكذلك سجلاتنا لاتخاذ قرارنا. وفي حالة ما إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت ترى أننا ارتكبنا خطأ ما، أو رغبت في إعطائنا المزيد من المعلومات، اتصل بمكتب Medi-Cal فورًا. رقم الهاتف موجود أعلاه. في حالة ما إذا ارتأيت أننا ارتكبنا خطأ ما، فإنه بمقدورك معارضة القرار. ولمعرفة كيفية معارضة القرار، اطلع على "حقوقك في جلسة الاستماع" الموجودة على ظهر الصفحة الأولى من هذا الإشعار. لديك **90** يومًا للمطالبة بجلسة استماع. ولقد بدأت فترة الـ 90 يومًا في اليوم التالي لليوم الذي أعطتك فيه المقاطعة هذا الإشعار.
Armenian	Դուք մեզ խնդրել էիք ստուգել, թե արդյոք Դուք կարող եք «Medi-Cal» ստանալ՝ Ձեր դիմելուն նախորդած երեք ամիսներից որևէ մեկի համար Ձեզ ներկայացված հաշիվը վճարելու նպատակով: <**month year**> ամսվա համար ներկայացված Ձեր դիմումը մերժվել է: Հնարավոր է, որ Դուք այլ ծանուցումներ ստանաք կամ արդեն ստացել եք, այլ ժամանակահատվածների համար Ձեր իրավունակության վերաբերյալ: Սույն ծանուցումը Ձեզ տեղեկացնում է միայն այն մասին, որ <**eligibility month year**>- ում Դուք չեք բավարարում «Medi-Cal»- ի ապահովագրություն ստանալու պահանջները: Դուք չեք բավարարում «Medi-Cal»- ի պահանջները, քանի որ՝ Ձեր ընտանիքի եկամուտը գերազանցել է թույլատրված սահմանաչափը: Որոշում կայացնելու համար մենք հաշվարկել ենք Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը և եկամուտը <**eligibility month year**>- ում: «Medi-Cal»- ի համար՝ • Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը եղել է <**MAGI_SIZE**>: • Ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը եղել է $<**MAGI_INCOME**>: Ձեր տարիքի և ընտանիքի անդամների թվի համար սահմանված «Medi-Cal»- ի ամսական եկամտի սահմանաչափը $<**MAGI_INCOME_LIMIT**> է: Ձեր եկամուտն այդ սահմանաչափից

Armenian	բարձր է եղել, ուստի Դուք չեք համապատասխանում այդ ամսում «Medi-Cal» ստանալու չափանիշներին: Որոշում կայացնելիս մենք հիմնվել ենք Ձեր ուղարկած տեղեկությունների և մեր ունեցած տվյալների վրա: Հարցերի դեպքում կամ, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք կատարել, կամ եթե ցանկանում եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել, անմիջապես զանգահարեք «Medi-Cal»- ի գրասենյակ: Հեռախոսահամարը նշված է վերը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Իմանալու համար, թե ինչպես բողոքարկել, կարդացեք «Դատաքննության Ձեր իրավունքներ»- ը՝ այս ծանուցման առաջին էջի դարձերեսին: Դուք **90** օր ունեք դատաքննության հայց ներկայացնելու համար: Այդ 90 օրը սկսվել է այն օրվա հաջորդ օրը, երբ շրջանը Ձեզ ուղարկել է այս ծանուցումը:
Cambodian	អ្នកបានស្នើសុំមកយើងឱ្យពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចនឹងទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ ដើម្បីរ៉ាប់រងលើវិក្កយបត្រនានារបស់អ្នកនៅខែណាមួយក្នុងរយៈពេលបីខែនៅមុនពេលអ្នកបានដាក់ពាក្យស្នើសុំនោះ។ ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ខែ **<month year>** ត្រូវបានបដិសេធ។ អ្នកអាចនឹងទទួលបាន ឬក៏ទទួលបានរួចហើយនូវសេចក្តីជូនដំណឹងផ្សេងៗស្តីពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលផ្សេងទៀតនោះ។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែជម្រាបជូនអ្នកថាអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងពីកម្មវិធី Medi-Cal សម្រាប់ **<eligibility month year>** ឡើយ។ អ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ដោយសារតែ៖ ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកលើសពីចំនួនដែលត្រូវអនុញ្ញាតផ្តល់ឱ្យ។ យើងបានគិតទៅលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកសម្រាប់ **<eligibility month year>** ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal៖ • ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកគឺ **<MAGI_SIZE>**។ • ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកគឺ **$<MAGI_INCOME>**។

Cambodian	ចំនួនកំណត់នៃប្រាក់ចំណូលកម្មវិធី Medi-Cal ប្រចាំខែ ផ្អែកទៅលើអាយុ និងទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកគឺ $<MAGI_INCOME_LIMIT>។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកលើសពីចំនួនកំណត់នេះ។ ដូច្នេះអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal សម្រាប់ការរ៉ាប់រងក្នុងខែនោះទេ។ យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់មកឱ្យយើង និងកំណត់ត្រារបស់យើង ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ សម្រាប់ចម្ងល់ ឬក្នុងករណីដែលអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើខុស ឬអ្នកចង់ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់ការិយាល័យកម្មវិធី Medi-Cal ភ្លាម។ លេខទូរសព្ទមានដូចខាងលើ។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាយើងបានធ្វើខុស អ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹងជំទាស់បាន។ ដើម្បីឈ្វេងយល់អំពីរបៀបប្តឹងជំទាស់ សូមអាន “សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក” ដែលស្ថិតនៅទំព័រទីមួយនៃលើខ្នងសំបុត្រនេះ។ អ្នកមានរយៈពេល 90 ថ្ងៃដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានផ្ញើ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះដល់អ្នក។
Chinese	您要求我們確認，您是否能夠用 Medi-Cal 承保您申請前任意三個月的帳單。您有關 **<month year>** 月份的申請已被否決。您可能會收到或已經收到有關其他時間段資格的其他通知。本通知僅告知您，您不符合 **<eligibility month year>** 的 Medi-Cal 保險資格。 您不符合 Medi-Cal 資格的原因： 您的家庭收入超過規定數額。我們已計算您 **<eligibility month year>** 的家庭規模及收入，以作出決定。關於 Medi-Cal: • 您的家庭規模為 **<MAGI_SIZE>**。 • 您的月家庭收入為 **$<MAGI_INCOME>**。 依據您的年齡和家庭規模而確定的 Medi-Cal 月收入限制為 **$<MAGI_INCOME_LIMIT>**。您的月收入已超過該限制，因此該月您不符合 Medi-Cal 資格。 我們的決定基於您向我們提供的資訊以及我們的記錄。如果您有疑問或認為我們的決定有誤，或需要向我們提供更多資訊，請立即聯絡 Medi-Cal 辦事處。電話號碼如上所示。

Chinese	如果您認為我們決定有誤，您可提起申訴。瞭解如何提起申訴，請閱讀本通知首頁背面“你的聽證權利”。您有 **90** 天時間申請聽證。申請聽證期限為自本通知寄出次日起 90 天。
Farsi	شما از ما خواسته بودید تا چک کنیم و ببینیم که آیا می توانید برای پوشش دادن صورتحسابهای تان برای هر یک از سه ماه قبل از ارسال تقاضا، Medi-Cal دریافت نمایید. تقاضای شما برای ماه **<month year>** رد شده است. ممکن است اطلاعیه های دیگری را در خصوص واجد شرایط بودن تان برای سایر دوره ها دریافت کرده باشید یا بعداً دریافت نمایید. این اطلاعیه صرفاً به شما اطلاع می دهد که برای پوشش Medi-Cal برای **<eligibility month year>** واجد شرایط نیستید. شما برای Medi-Cal واجد شرایط نیستید زیرا: درآمد خانواده شما بیشتر از مبلغ مجاز است. برای این تصمیمگیری ما اندازه خانواده شما و درآمدتان را برای **<eligibility month year>** در نظر گرفتیم. برای Medi-Cal: • اندازه خانواده شما **<MAGI_SIZE>** بود. • درآمد ماهانه خانواده شما **$<MAGI_INCOME>** بود. حد مجاز درآمد ماهانه Medi-Cal بر اساس سن و اندازه خانواده شما **$<MAGI_INCOME_LIMIT>** است. درآمد شما بیش از این حد بود، بنابراین برای ماه مربوطه واجد شرایط Medi-Cal نیستید. برای این تصمیمگیری ما از اطلاعاتی که به ما داده بودید و مدارک خودمان استفاده کردیم. برای طرح سؤالات یا اگر فکر می کنید مرتکب اشتباه شده ایم، یا اگر می خواهید اطلاعات بیشتری به ما بدهید، بلافاصله با دفتر Medi-Cal تماس بگیرید. شماره تلفن مربوطه در بالا درج شده است. اگر فکر می کنید که اشتباه کرده ایم، می توانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آگاهی از نحوه درخواست تجدید نظر، قسمت "حقوق دادرسی شما" را در پشت صفحه اول این اطلاعیه مطالعه نمایید. شما **90** روز فرصت دارید تا تقاضای جلسه استماع نمایید. این دوره 90 روزه یک روز بعد از آن که کانتی این اطلاعیه را به شما ارسال نمود، شروع شده است.
Hindi	आपने हमसे यह जाँचने का निवेदन किया था कि क्या Medi-Cal आपके आवेदन से पहले के तीन महीनों में से किसी भी एक महीने के बिल शामिल करेगा या नहीं। आपका **<month year>** के लिए आवेदन अस्वीकार कर दिया गया है। आपको अन्य अवधियों के लिए अपनी योग्यता के बारे में नोटिस मिल सकते हैं या हो सकता है कि वे आपको पहले ही मिल चुके हैं। यह नोटिस आपको केवल यह बता रहा है कि आप **<eligibility month year>** के लिए Medi-Cal कवरेज के लिए योग्य नहीं हैं।

Hindi	आप Medi-Cal के लिए योग्य नहीं हैं क्योंकि: आपकी पारिवारिक आय स्वीकृत राशी से अधिक थी। हमने अपना निर्णय लेने के लिए **<eligibility month year>** के लिए आपके परिवार का आकार और आय को ध्यान में लिया है। Medi-Cal के लिए: • आपके परिवार का आकार **<MAGI_SIZE>** था। • आपकी पारिवारिक आय **$<MAGI_INCOME>** थी। आपकी आयु और पारिवारिक आकार के आधार पर मासिक Medi-Cal आय सीमा **$<MAGI_INCOME_LIMIT>** है। आपकी आय इस सीमा से अधिक थी, इसलिए आप उस महीने के लिए Medi-Cal के लिए योग्य नहीं हैं। हमने अपना निर्णय लेने के लिए आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी तथा हमारे रिकॉर्ड का उपयोग किया है। अपने प्रश्नों के लिए या यदि आपके विचार से हमसे भूल हुई है, या आप हमें अधिक जानकारी देना चाहते हैं, तो तुरंत Medi-Cal कार्यालय से सम्पर्क करें। फ़ोन नम्बर ऊपर दिया गया है। यदि आपको लगता है कि हमसे भूल हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका जानने के लिए, इस नोटिस के पहले पेज के पिछले भाग में "आपका सुनवाई अधिकार" पढ़ें। आपके पास सुनवाई की मांग करने के लिए **90** दिन हैं। काउंटी द्वारा आपको यह नोटिस भेजने के अगले दिन से 90 दिनों की अवधि शुरू हो गई है।
Hmong	Koj tau nug kom peb kuaj xyuas seb koj puas yuav tau txais Medi-Cal txhawm rau los them koj cov nuj nqis rau ntawm peb lub hli ua ntej koj tau rau npe. Koj li kev rau npe rau lub hli ntawm **<month year>** tau raug xyeej lawm. Koj yuav tau txais lossis twb tau txais lwm tsab ntawv tshaj qhia ua ntej lawm txog koj cov cai tsim nyog rau lwm cov ncua sij hawm. Qhov kev tshaj qhia no tsuas yog qhia rau koj tias koj tsis muaj cia tsim nyog rau kev pov puag ntawm Medi-Cal rau **<eligibility month year>**. Koj tsis muaj cai tsim nyog rau Medi-Cal vim tias: Kev khwv tau ntawm koj tsev neeg tau siab dua tus qib uas tau tso cai. Peb tau suav qhov loj thiab kev khwv tau ntawm kev tsev neeg rau **<eligibility month year>** txhawm rau tsim peb li kev txiav txim. Rau Medi-Cal:

Hmong	• Qhov loj ntawm koj tsev neeg yog <**MAGI_SIZE**>. • Kev khwv tau ua hli ntawm koj tsev neeg yog $<**MAGI_INCOME**>. Ncua ciam ntawm kev khwv tau ua hli ntawm Medi-Cal yog raws koj lub hnub nyoog thiab qhov loj ntawm tsev neeg yog $<**MAGI_INCOME_LIMIT**>. Koj qhov kev khwv tau nws siab dua ncua ciam nov lawm, li ntawd koj thiaj tsis muaj cai rau Medi-Cal rau lub hli ntawd. Peb tau siv cov ntaub ntawv uas koj muab rau peb thiab peb cov ntaub ntawv teev tseg txhawm rau peb qhov kev txiav txim. Yog tias muaj lu nug lossis yog tias koj xav tias peb ua yuam kev, lossis koj xav muab ntaub ntawv ntau rau peb ntxiv, hu rau chaw Medi-Cal tau. Tus npaws xov tooj nyob sab sauv. Yog koj xav tias peb ua yuam kev, koj tuaj yeem thov rov hais dua. Txhawm rau paub txog txoj hauv kev ntawm kev thov rov hais dua, mus nyeem "Koj Cov Cai Thov Hais Kom Rov Qab Taug Xyuas Rooj Plaub" nyob rau ntawm sab kawg ntawm tsab ntawv no. Koj muaj **90** hnub txhawm rau thov rov qab taug xyuas rooj plaub dua. Qhov 90 hnub ntawv pib rau hnub tom qab uas lub nroog tau xa tsab ntawv tshaj qhia no rau koj.
Japanese	あなたは、申請する3ヶ月前のいずれかの期間に請求が適用される Medi-Calを取得したかの確認を依頼されました。<**month year**>の月の申請は却下されました。あなたは、その他の期間にあなたの資格に関するその他の通知を取得している、またはすでに取得した可能性があります。この通知は、<**eligibility month year**>にMedi-Cal適用の資格がないことのみをあなたに通知しています。 Medi-Cal の資格がない理由： 世帯収入が上限金額を超えていました。当社では、<**eligibility month year**> のあなたの世帯規模および世帯収入を計算し、決定しています。Medi-Cal では： • あなたの世帯規模は<**MAGI_SIZE**>でした。 • あなたの月の世帯収入は、$<**MAGI_INCOME**>でした。 あなたの年齢および世帯規模に基づく、月のMedi-Cal収入上限は、$<**MAGI_INCOME_LIMIT**>です。あなたの収入は、この上限を超えているため、その月のMedi-Cal資格がありません。

Japanese	この通知は、お客様が提供した情報および記録を使用し、判断しています。質問、または当社が間違っていると考える場合、または詳細情報を当社に提供する場合、すぐに Medi-Cal 事務所までご連絡ください。電話番号は上記のとおりです。 本通知が間違いである場合、その旨をお申し出ください。申立方法を確認するには、本通知の最初のページの後ろにある「公聴会に関する権利」 をお読みください。公聴の申請期間は90日間です。州が本通知を送付してから90日後が締め切りとなります。
Korean	귀하는 신청하기 전 3 개월 이내의 청구서를 Medi-Cal 으로 처리할 수 있는지 확인을 부탁하였습니다. **<month year>**달에 대한 귀하의 신청은 거부되었습니다. 귀하는 기타 기한 적임에 대한 다른 통지서를 받게 되거나 이미 받았을 것입니다. 본 통지서는 **<eligibility month year>**에 대해 단지 Medi-Cal 보험을 받을 자격이 없음을 알려드립니다. Medi-Cal 을 받을 수 없는 이유는 다음과 같습니다: 귀하의 가정소득이 허용금액을 초과하였습니다. 당사는 **<eligibility month year>** 의 가정인원수 및 소득을 계산해 보고 결정을 내리게 되었습니다. Medi-Cal 에 대하여: • 귀하의 가정인원수는 **<MAGI_SIZE>**이였습니다. • 귀하의 월간 가정소득은 **$<MAGI_INCOME>**이였습니다. 귀하의 연령 및 가정인원수를 토대로 하는 월간 Medi-Cal 소득제한은 **$<MAGI_INCOME_LIMIT>**입니다. 귀하의 소득은 이 제한을 초과하였기 때문에 그달은 Medi-Cal 을 받을 수 없게 되었습니다. 당사에서는 귀하가 제공한 정보와 자체로 보유하고 있는 기록을 토대로 결정을 내리게 되었습니다. 질문이 있거나 당사에 잘못이 있다고 생각한다면, 또한 당사에 더 많은 정보를 제공하려면, 즉시 Medi-Cal 사무실로 연락해 주십시오. 전화번호는 위에 있습니다.

Korean	당사에 잘못이 있다고 생각한다면, 소송을 제기할 수 있습니다. 소송제기 방법에 대해 요해하려면, 본 통지서의 첫페이지에 있는"심리를 신청할 권리"을 읽어보십시오. 귀하는 **90** 일 이내에 심리를 요청할 수 있습니다. 90 일은 카운티에서 본 통지서를 귀하에게 발송한 날부터 시작합니다.
Lao	ທ່ານໄດ້ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າທ່ານສາມາດໃຫ້Medi-Calຈ່າຍໃບບິນຂອງທ່ານໄດ້ຫຼືບໍ່ສຳລັບສາມເດືອນໃດໜຶ່ງກ່ອນທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍເອົາ. ຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານສຳລັບເດືອນ<**month year**>ໄດ້ຖືກປະຕິເສດແລ້ວ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຫຼືອາດໄດ້ຮັບແຈ້ງການອື່ນແລ້ວກ່ຽວກັບການມີສິດຂອງທ່ານສຳລັບໄລຍະເວລາອື່ນ. ແຈ້ງການນີ້ພຽງແຕ່ບອກທ່ານວ່າທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຈາກMedi-Calສຳລັບ<**eligibility month year**>. ທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບMedi-Calເພາະວ່າ: ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານສູງກວ່າຈຳນວນທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້. ພວກເຮົາໄດ້ນັບຂະໜາດ ແລະລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານສຳລັບ<**eligibility month year**>ເພື່ອເຮັດຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ສຳລັບMedi-Cal: • ຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ<**MAGI_SIZE**>. • ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນ$<**MAGI_INCOME**>. ຂີດຈຳກັດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນສຳລັບMedi-Calອີງໃສ່ອາຍຸ ແລະຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ$<**MAGI_INCOME_LIMIT**>. ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານສູງກວ່າຂີດຈຳກັດນີ້, ສະນັ້ນທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບMedi-Calສຳລັບເດືອນນັ້ນ. ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ ແລະບັນທຶກຂອງພວກເຮົາເພື່ອເຮັດຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ. ສຳລັບຄຳຖາມຫຼືຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ ຫຼືທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມແກ່ພວກເຮົາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຫ້ອງການMedi-Calໃນທັນທີ. ເບີໂທລະສັບຢູ່ຂ້າງເທິງ.

Lao	ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້. ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີອຸທອນ, ໃຫ້ອ່ານ"ສິດທິໃນການຂໍໃຫ້ພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ"ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້. ທ່ານເວລາ**90**ວັນໃນການຂໍໃຫ້ມີການພິຈາລະນາຄະດີ. ເວລາ90ວັນເລີ່ມແຕ່ວັນທີຫຼັງຈາກທີ່ເຂດປົກຄອງສົ່ງແຈ້ງນີ້ໃຫ້ທ່ານ.
Mien	Meih duqv tov heuc yie mbuo tengx zaah dimv mangc gaax meih se haih duqv zipv longc Medi-Cal heuc tengx cuotv nyaanh beu sengh meih nyei ndie-jaax dungh ndaangc 3 hlaax nyieqc meih zoux sou daaih tov wuov. Meih zoux sou-tov heuc tengx naaiv norm hlaax <**month year**> wuov yaac ngaengc waac bungx ndortv mi'aqc. Meih se haih duqv zipv a'fai nzunc baav duqv zipv siou ganh ca'lengc fienx daaih zunh mbuox ganh nzunc gorngv taux meih nyei ze'buonc ginv longc nyei gong-bou. Naaiv zeiv fienx se kungx zunh mbuox meih duqv hiuv gorngv meih maiv maaih puix-juang gaux longc Medi-Cal beu sengh liouh tengx taux <**eligibility month year**>. Meih maiv maaih puix-juang gaux longc tengx Medi-Cal se wueic laaix benx zuqc: Meih nyei jaa-dingh zornc nyaanh duqv gauh camv jiez ndaangc souz mouc ninh mbuo bun yiem gu'nguaaic wuov. Yie mbuo saauv meih nyei jaa-dingh hlo faix aengx caux dorh daaih ndaauv-ndorqc beiv mangc zornc nyaanh bieqc yiem <**eligibility month year**> tengx bun yie mbuo gouv dunz lorqc doih waac cuotv. Liouh longc Medi-Cal: • Meih nyei jaa-dingh hlo faix se funx benx <**MAGI_SIZE**>. • Meih nyei jaa-dingh zornc nyaanh hlaax se funx zuqc $<**MAGI_INCOME**>. Naaiv Medi-Cal zoqc zanv souz mouc nyaanh hlaax nor zuqc longc ei gan meih nyei hnyangx-jeiv aengx caux ndorqc beiv mangc jaa-dingh hlo faix funx benx $<**MAGI_INCOME_LIMIT**>. Liuz buatc meih zornc nyaanh duqv bieqc camv jiez ndaangc souz mouc mia'qc, cingx daaih buatc meih maiv maaih puix-juang gaux horpc longc Medi-Cal yiem naaic norm hlaax. Yie mbuo duqv longc meih bun daaih wuov deix waac-fienx aengx caux yie mbuo faaux njiec sou-gorn waac dorh gapv zunv tengx yie mbuo gouv dunz lorqc doih waac. Liouh maaih waac oix naaic a'fai se gorngv meih haix hnamv daaih yie mbuo duqv zoux zuqc dorngc mi'aqc a'fai meih corc maaih waac-fienx jaa faaux oix bun

Mien	yie mbuo nor, gaanv jien sin siepv lorx buangh taux Medi-Cal gorn zangc. Ninh mbuo gorngv waac finz-gorn se yiem njiec gu'nguaaic wuov. Se gorngv meih hnamv haix daax yie mbuo zoux dorngx naaiv baan gong nor meih se haih zoux sou mingh kuinx tov. Hoqc mangc hnangv nor zoux yietc nyeic sou-kuinx, doqc mangc "meih nyei ze'buonc lei-nyeic mingh muangx sic" yiem naaiv zeiv zunh fienx sou nyei nqa'haav maengx daauh pin wuov. Meih maaih ziangh hoc **90** hnoi liouh zoux sou mingh tov muangx bun-paaiv sic dauh. Naaiv deix 90 hnoi se yiem ninh mbuo kaau div gorn zangc duqv fungx naaiv zeiv zunh fienx sou wuov funx mingh.
Punjabi	ਤੁਸੀ ਸਾਨੂੰ ਚੈਕ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬਿਲਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਹਾਸਿਲ ਕਰ ਸਕੇ ਹੋl **<month year>** ਦੇ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਦਰਖਾਸਤ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈl ਦੂਜੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਅਵਧੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਦੂਜਾ ਨੋਟਿਸ ਹਾਸਿਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈl ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਬਸ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ **<eligibility month year>** ਲਈ Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋl ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਕਿਉਂਕਿ: ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ ਰਾਸ਼ੀ ਤੋਂ ਉਪਰ ਹੈl ਅਸੀਂ ਸਾਡਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ **<eligibility month year>** ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈl Medi-Cal ਲਈ: • ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ **<MAGI_SIZE>** ਹੈl • ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਸਿਕ ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਆਮਦਨ **$<MAGI_INCOME>** ਹੈl ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ 'ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਮਾਸਿਕ Medi-Cal ਆਮਦਨ ਸੀਮਾ **$<MAGI_INCOME_LIMIT>** ਹੈl ਤੁਹਾਡੀ ਆਦਮਨ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਉਪਰ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਦੇ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋl ਅਸੀਂ ਸਾਡਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈl ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, Medi-Cal ਦਫ਼ਤਰ ਨਾਲ ਤੁਰੰਤ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋl ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਉਪਰੋਕਤ ਹੈl

Punjabi	ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਸਫ਼ੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ 'ਤੇ "ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਹੱਕ" ਪੜ੍ਹੋ। ਇੱਕ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਤੁਸੀਂ **90** ਦਿਨ ਰੱਖਦੇ ਹੋ। 90 ਦਿਨ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣ ਦੇ ਇੱਕ ਦਿਨ ਬਾਅਦ ਮਗਰੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
Russian	Вы попросили нас проверить, можете ли Вы получать Medi-Cal для оплаты счетов за любой из трех месяцев до подачи Вашего заявления. Ваше заявление на месяц **<month year>** было отклонено. Вы можете получить, или, возможно, Вы уже получили другие уведомления о Вашем соответствии требованиям в отношении других периодов времени. В этом уведомлении сообщается только о том, что Вы не соответствуете требованиям для страхования Medi-Cal на **<eligibility month year>**. Вы не соответствуете требованиям для Medi-Cal, поскольку: Ваш семейный доход превышал допустимую сумму. При принятии решения мы учитывали Ваш состав семьи и семейный доход за **<eligibility month year>**. Для Medi-Cal: • Ваш состав семьи был **<MAGI_SIZE>**. • Ваш ежемесячный семейный доход был **$<MAGI_INCOME>**. Ежемесячный максимальный уровень дохода, установленный Medi-Cal, с учетом Вашего возраста и состава семьи составляет **$<MAGI_INCOME_LIMIT>**. Ваш доход превышал этот уровень, поэтому Вы не соответствуете требованиям для Medi-Cal за в этом месяц. При принятии решения мы использовали предоставленную Вами информацию и наши данные. Если у Вас возникли вопросы, или если Вы считаете, что мы допустили ошибку, или если Вы хотите предоставить нам дополнительную информацию, незамедлительно свяжитесь с офисом Medi-Cal. Номер телефона указан выше. Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Чтобы узнать, как подать апелляцию, ознакомьтесь с разделом «Ваши права на слушание» на оборотной стороне первой страницы этого уведомления. У Вас есть **90** дней, чтобы обратиться с запросом на слушание. Этот 90-дневный период начался на следующий день после того, как округ отправил Вам это уведомление.

Spanish	Usted nos pidió que comprobemos si usted puede obtener Medi-Cal para cubrir sus facturas de cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha en que solicitó. Su solicitud para el mes de <**month year**> ha sido rechazada. Posiblemente usted reciba o ya haya recibido otros avisos sobre su elegibilidad para otros períodos de tiempo. Este aviso solamente le indica que usted no es elegible para cobertura de Medi-Cal para <**eligibility month year**>. Usted no es elegible para Medi-Cal porque: Los ingresos de su hogar estuvieron por encima de la cantidad permitida. Tomamos en cuenta el tamaño de su hogar y los ingresos en <**eligibility month year**> para tomar nuestra decisión. Para Medi-Cal: • El tamaño de su hogar fue <**MAGI_SIZE**>. • Los ingresos mensuales de su hogar fueron $<**MAGI_INCOME**>. El límite de ingresos mensuales de Medi-Cal con base en su edad y el tamaño del hogar es $<**MAGI_INCOME_LIMIT**>. Sus ingresos estuvieron por encima de este límite por lo que usted no es elegible para Medi-Cal en ese mes. Usamos la información que usted nos dio y nuestros expedientes para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta, si le parece que hemos cometido un error o quiere darnos más información, comuníquese inmediatamente con la oficina de Medi-Cal. El número de teléfono se encuentra arriba. Usted puede apelar si le parece que hemos cometido un error. Para ver cómo apelar, lea "Su derecho a una audiencia" en la parte de atrás de la primera página de este aviso. Usted tiene **90** días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le envió este aviso.
Tagalog	Tinanong mo sa amin kung mapapabayaran mo sa Medi-Cal ang iyong mga bayarin sa alinman sa tatlong buwan bago ka nag-apply. Ang aplikasyon mo para sa buwan ng <**month year**> ay tinanggihan. Maaari kang makakauha o maaaring nakatanggap ka ng mga ibang abiso tungkol sa pagiging karapatan mo para sa mga ibang panahon. Sinasabi lang sa iyo ng abisong ito na hindi ka kuwalipikado para sa pagsasaklaw ng Medi-Cal para sa <**eligibility month year**>.

Tagalog	Hindi ka kuwalipikdo para sa Medi-Cal dahil: Ang kita ng sambahayan mo ay mas mataas sa pinahihintulutang halaga. Binilang namin ang laki ng sambahayan mo at kita para sa **<eligibility month year>** para makapagpasya. Para sa Medi-Cal: • Ang laki ng sambahayan mo ay **<MAGI_SIZE>**. • Ang buwanang kita ng sambahayan mo ay **$<MAGI_INCOME>**. Ang buwanang limitasyon sa kita ng Medi-Cal batay sa iyong edad at laki ng sambahayan ay **$<MAGI_INCOME_LIMIT>**. Ang kita mo ay mas mataas sa limitasyong ito, kaya hindi ka kuwalipikado para sa Medi-Cal sa buwang iyon. Ginamit namin ang impormasyong ibinigay mo sa amin at aming mga talaan para magpasya. Para sa mga tanong o kung sa palagay mo ay nagkamali kami, o kung gusto mo kaming bigyan ng karagdagang impormasyon, makipag-ugnay agad sa tanggapan ng Medi-Cal. Ang numero ng telepono ay nasa itaas. Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Para matutong mag-apela, basahin ang "Ang Mga Karapatan Ninyo sa Pagdinig" sa likod ng unang pahina ng abisong ito. Mayroon kang **90** araw para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas kang pinadalhan ng county ng abisong ito.
Thai	คุณได้ทำการร้องขอให้เราตรวจสอบเรื่องการคุ้มครองดูแลด้านสุขภาพจากทาง Medi-Cal ว่าครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่คุณได้ทำการสมัครเข้ามาในช่วงระยะเวลาสามเดือนนี้หรือไม่ ใบสมัครของคุณสำหรับเดือน **<month year>** นั้นถูกปฏิเสธ คุณอาจได้รับข้อมูลหรือทราบการแจ้งเกี่ยวกับสิทธิของคุณในช่องทางสำหรับช่วงเวลาอื่น ๆ ประกาศฉบับนี้เป็นการยืนยันว่าคุณไม่มีสิทธิ์ได้รับความคุ้มครองจากทาง Medi-Cal สำหรับ **<eligibility month year>.** คุณไม่ได้รับกาคุ้มครองจากทาง Medi-Cal เนื่องจาก : รายได้ ครัวเรือนของคุณนั้นสูงกว่าเกณฑ์ที่เรากำหนด โดยเราประเมินจากขนาดของครอบครัวและรายได้ของ ครัวเรือนคุณสำหรับ **<eligibility month year>** เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของเรา เงื่อนไขสำหรับทาง Medi-Cal นั้นพิจารณาจาก:

Thai	• ขนาดของครอบครัวคุณ **<MAGI_SIZE>**. • รายได้ต่อเดือนของครอบครัวคุณ **$<MAGI_INCOME>**. ข้อกำหนดจากทาง Medi-Cal นั้นดูจากรายได้ต่อเดือนควบคู่กับอายุและขนาดครอบครัวของคุณ **< MAGI_INCOME_LIMIT >** รายได้ของคุณนั้นสูงกว่าเกณฑ์ที่ทางเราได้กำหนดไว้ ดังนั้นคุณจึงไม่มีสิทธิ์ที่จะได้รับการคุ้มครองจากทาง Medi-Cal ในเดือนนั้น เราพิจารณาข้อมูลจากที่คุณได้ให้กับทางเราที่เราได้ทำการบันทึกไว้สำหรับการพิจารณา หากคุณมีข้อสงสัยหรือมีคำถาม คิดว่าทางเราดำเนินการผิดพลาดหรือต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม คุณสามารถติดต่อมายังสำนักงานของ Medi-Cal ได้ทันที ที่หมายเลขโทรศัพท์ที่อยู่ด้านบน ถ้าคุณคิดว่าข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นไปตามที่คุณต้องการอันเนื่องมาจากความผิดพลาดจากทางเรา คุณสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ทันที สำหรับวิธีการในการอุทธรณ์นั้น โปรดอ่าน "สิทธิด้านการพิจารณาคดีของท่าน" บริเวณด้านหลังที่หน้าแรกของหนังสือแจ้งนี้ คุณมีระยะเวลา **90** วัน เพื่อทำการยื่นอุทธรณ์ โดยระยะเวลา **90** วัน สำหรับการยื่นอุทธรณ์เพื่อทำการไต่สวนนั้น เริ่มนับจากวันที่ทางหน่วยงานได้ส่งจดหมายฉบับนี้แจ้งไปถึงคุณ
Ukrainian	Ви зверталися до нас з проханням перевірити, чи можете ви отримувати Medi-Cal для сплати ваших рахунків, що були отримані в будь-кому з трьох місяців до подання вами заявки. Вашу заявку на місяць **<month year>** було відхилено. Ви можете отримати або можливо вже отримали інші повідомлення стосовно вашого права на покриття інших періодів. Цим повідомленням ми лише інформуємо вас, що ви не відповідаєте умовам отримання покриття в програмі Medi-Cal в **<eligibility month year>**. Ви не відповідаєте умовам отримання покриття в програмі Medi-Cal з наступних причин: Доходи всіх осіб, що мешкають з вами, був вищим за дозволену суму. Ми порахували розмір та доходи вашої сім'ї в **<eligibility month year>** для того, щоб прийняти рішення. Для програми Medi-Cal: • Розмір вашої сім'ї складав **<MAGI_SIZE>**. • Доходи всіх осіб, що мешкають з вами, в місяць складали **$<MAGI_INCOME>**.

Ukrainian	Щомісячні межі доходу для програми Medi-Cal залежно від вашого віку та розміру вашої сім'ї складали $<**MAGI_INCOME_LIMIT**>. Розмір вашого доходу був вище за цей рівень, тому ви не відповідаєте умовам отримання покриття в програмі Medi-Cal в тому місяці. Щоб прийняти рішення, ми користувалися інформацією, що ви надали нам, та нашими даними. Якщо у вас є будь-які питання або якщо ви вважаєте, що ми помилилися, або ви бажаєте надати нам додаткову інформацію, негайно звя'жіться з офісом Medi-Cal. Номер телефону наведений вище. Якщо ви вважаєте, що ми помилилися, ви можете надати запит на апеляцію. Інформацію щодо запиту на апеляцію ви можете знайти в розділі "Ваші права на слухання", наведеному на зворотньому боці першої сторінки. Ви маєте **90** днів, щоб подати апеляцію. Відлік періоду в 90 днів починається з наступного дня як було відіслано цього лист повідомлення до Вас.
Vietnamese	Quý vị đã yêu cầu chúng tôi kiểm tra xem quý vị có thể nhận Medi-Cal để trả các hóa đơn của mình cho bất kỳ tháng nào trong ba tháng trước khi quý vị nộp đơn đăng ký hay không. Đơn đăng ký cho tháng <**month year**> của quý vị đã bị từ chối. Quý vị có thể nhận được hoặc có thể đã nhận được các thông báo khác về tính đủ điều kiện của mình trong các khoảng thời gian khác. Thông báo này chỉ cho quý vị biết rằng quý vị không đủ tiêu chuẩn nhận khoản bao trả Medi-Cal cho <**eligibility month year**>. Quý vị không đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal vì: Thu nhập hộ gia đình của quý vị cao hơn số tiền được phép. Chúng tôi đưa ra quyết định dựa trên quy mô và thu nhập hộ gia đình của quý vị cho <**eligibility month year**>. Đối với Medi-Cal: • Quy mô hộ gia đình của quý vị là <**MAGI_SIZE**>. • Thu nhập hộ gia đình hàng tháng của quý vị là $<**MAGI_INCOME**>. Giới hạn thu nhập Medi-Cal hàng tháng dựa trên độ tuổi và quy mô hộ gia đình của quý vị là $<**MAGI_INCOME_LIMIT**>. Thu nhập của quý vị vượt quá giới hạn này, do đó quý vị không đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal cho tháng đó.

Vietnamese	Chúng tôi đã sử dụng thông tin quý vị cung cấp và hồ sơ của chúng tôi để đưa ra quyết định của mình. Để được giải đáp thắc mắc hoặc nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có nhầm lẫn, hoặc quý vị muốn cung cấp thêm thông tin cho chúng tôi, hãy liên hệ ngay với văn phòng Medi-Cal. Số điện thoại được ghi ở trên. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có nhầm lẫn, quý vị có thể kháng cáo. Để tìm hiểu về cách kháng cáo, hãy đọc phần "Quyền Điều Trần của Quý Vị" ở mặt sau của trang đầu tiên của thông báo này. Quý vị có **90** ngày để yêu cầu phiên điều trần. Khoảng thời gian 90 ngày bắt đầu từ ngày sau khi quận gửi cho quý vị thông báo này.