



JENNIFER KENT
DIRECTOR

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



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

February 6, 2019

Medi-Cal Eligibility Division Information Letter No.: I 19-09

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

SUBJECT: TRANSLATIONS FOR NON-MODIFIED ADJUSTED GROSS INCOME
DENIAL OR DISCONTINUANCE NOTICE OF ACTION DUE TO NO
LINKAGE
(Reference: All County Welfare Directors' Letter 18-12)

The purpose of this Medi-Cal Eligibility Division Information Letter is to provide counties and Statewide Automated Welfare System (SAWS) with the translations for the revised Denial or Discontinuance Notice of Action (NOA) sent to individuals who are not eligible to Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal due to not having linkage for this program. The English versions of the NOAs was provided in All County Welfare Directors Letter [18-12](#).

Implementation Timeline

The Department of Health Care Services will simultaneously transmit the Word and XDP versions of the language translations to SAWS for programming. SAWS must make programming changes to use the attached translated NOAs during the next available SAWS release.

If you have any questions or require additional information, please contact Bonnie Tran at (916) 345-8063 or by email at Bonnie.Tran@dhcs.ca.gov.

Original Signed By

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

Enclosures

MEDI-CAL
إعلان نية الإجراء
رفض NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

Γ	Γ	_____	تاريخ الإعلان:
		_____	رقم الحالة:
		_____	اسم العامل:
		_____	رقم هوية العامل:
		_____	رقم هاتف العامل:
		_____	ساعات العمل:
L	L	_____	عنوان محل العمل:

السيد الفاضل/السيدة الفاضلة

Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) بخصوص

لقد تم رفض طلبك المؤرخ
.Medi-Cal

ولقد تحققنا لنتبين ما إذا كنت مؤهلاً لأي من برامج "Non-MAGI" Medi-Cal. وتم رفض طلبك لأنك غير مؤهل لأي من برامج Non-MAGI Medi-Cal، كما أنك لست مؤهلاً أيضاً لـ Medi-Cal على أي أساس آخر، ويجب أن تكون قد تسلّمت إشعاراً بهذا المفاد. ولكي تتأهل لأحد برامج Non-MAGI Medi-Cal، يجب أن تكون واحداً من التالي ذكرهم:

- كفيفاً أو معاقاً
- حاملاً
- تحت سن 21 سنة
- سنك 65 سنة أو أكثر
- والدًا/والدة أو قريباً قيميًا على طفل تحت 21 سنة في المنزل

ولقد وجدنا أن ما من شرط من الشروط الواردة أعلاه ينطبق عليك.

وإذا ما كنت ترى أنك مستوفٍ لأحد الشروط الواردة أعلاه، يمكنك الاتصال برقم مكتب المقاطعة المحلي الوارد أعلاه. وإذا ما كنت مستوفياً لأحد الشروط المذكورة أعلاه، فإنه قد يمكنك التأهل لـ Medi-Cal، ويمكنك طلب تغطية بأثر رجعي (مؤرخة بتاريخ سابق).

احتفظ ببطاقة تعريف المزايا (Benefits Identification Card (BIC)) الخاصة بك

إذا ما كانت لديك بطاقة تعريف مزايا بلاستيكية (Benefits Identification Card (BIC))، تأكد من أنك محتفظ بها، إذ يمكنك استخدام رقم بطاقة تعريف المزايا التي لديك مجددًا إذا ما تأهلت لـ Medi-Cal في المستقبل.

من حقك أن تعارض القرار

في حالة ما إذا ارتأيت أننا قد ارتكبنا خطأ ما، فإنه بمقدورك أن تعارض القرار. ولمعرفة كيفية معارضة القرار، اطلع على "حقوقك في جلسة الاستماع" الموجودة على ظهر هذا الخطاب. لديك **90** يومًا للمطالبة بجلسة استماع. ولقد بدأت فترة الـ 90 يومًا في اليوم التالي لليوم الذي أعطتك فيه المقاطعة هذا الإشعار.

القواعد التي استخدمناها لاتخاذ قرارنا

يمكنك الاطلاع على هذه القواعد في أقرب مكتب رفاة محلي:

California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

«NON-MODIFIED ADJUSTED GROSS INCOME»

«MEDI-CAL»-Ի ՄԵՐԺՈՒՄ

Ը Դ

Լ Ե

Ը	Դ	Ծանուցման ամսաթիվը` _____	
		Գործի համարը` _____	
		Աշխատողի անունը` _____	
		Աշխատողի ID համարը` _____	
		Աշխատողի հեռախոսի համարը` _____	
		Աշխատանքային ժամերը _____	
Լ	Ե	Գրասենյակի հասցեն` _____	

Հարգելի

«Non-Modified Adjusted Gross Income» (Non-MAGI) «Medi-Cal»-ի համար _____-ով
թվագրված Ձեր դիմումը մերժվել է:

Մենք ստուգել ենք` պարզելու համար, թե արդյոք Դուք բավարարում եք «Non-MAGI» «Medi-Cal» ծրագրերի պահանջները: Դուք մերժվել եք, քանի որ չեք բավարարում «Non-MAGI» «Medi-Cal» ծրագրերի պահանջները: Դուք չեք բավարարում նաև «Medi-Cal»-ի պահանջները` որևէ այլ հիմնավորմամբ, և պետք է ծանուցում ստացած լինեք այդ մասին: «Non-MAGI» «Medi-Cal» ծրագրի պահանջները բավարարելու համար Դուք պետք է ստորև նշվածներից **մեկը** լինեք.

- կույր կամ հաշմանդամ,
- հղի,
- մինչև 21 տարեկան,
- 65 տարեկան կամ ավելի մեծ,
- ծնող կամ խնամող ազգական, որը տանը մինչև 21 տարեկան երեխայի է խնամում:

Մենք պարզել ենք, որ Դուք չեք բավարարում վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը:

Եթե կարծում եք, որ բավարարում եք վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը, զանգահարեք Ձեր տեղական գրասենյակ` վերը նշված հեռախոսահամարով: Եթե Դուք բավարարում եք վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը, ապա հնարավոր է, որ համապատասխանեք «Medi-Cal»-ի պահանջներին և կարող եք ապահովագրություն պահանջել հետին թվով:

Պահեք Ձեր Նպաստների տարբերիչ քարտը (Benefits Identification Card (BIC))

Եթե Դուք պլաստիկ Նպաստների տարբերիչ քարտ (Benefits Identification Card (BIC)) ունեք, պահեք այն: Դուք կրկին կօգտվեք Ձեր BIC համարից, եթե ապագայում բավարարեք «Medi-Cal»-ի պահանջները:

Դուք բողոքարկելու իրավունք ունեք

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 նամակի 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:

Որ օրենքների հիման վրա ենք մենք կայացրել մեր որոշումը

Այդ օրենքները Դուք կարող եք կարդալ «welfare»-ի Ձեր տեղական գրասենյակում՝ California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251:

MEDI-CAL
លិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ
ការបដិសេធចំពោះ NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌	┐	
L	J	
┌	┐	ថ្ងៃជូនដំណឹង៖ _____
		ករណីលេខ៖ _____
		ឈ្មោះបុគ្គលិកបម្រើការ៖ _____
		អត្តលេខបុគ្គលិកបម្រើការ៖ _____
		លេខទូរសព្ទបុគ្គលិកបម្រើការ៖ _____
		ម៉ោងធ្វើការ៖ _____
L	J	អាសយដ្ឋានការិយាល័យ៖ _____

ជូនចំពោះ

ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកចុះកាលបរិច្ឆេទ
(Non-MAGI) Medi-Cal ត្រូវបានគេបដិសេធា

សម្រាប់កម្មវិធី Non-Modified Adjusted Gross Income

យើងបានពិនិត្យមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី “Non-MAGI” Medi-Cal ណាមួយដែររឺទេ។ អ្នកត្រូវបានគេបដិសេធដោយសារតែអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Non-MAGI Medi-Cal ណាមួយឡើយ។ អ្នកក៏មិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌណាមួយផ្សេងទៀតដែរ ហើយក៏គួរតែបានទទួលរួចហើយនូវសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីបញ្ហានេះ។ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានកម្មវិធី Non-MAGI Medi-Cal អ្នកត្រូវតែជា**បុគ្គលម្នាក់**ក្នុងចំណោមបុគ្គលដូចខាងក្រោម៖

- ជាជនពិការភ្នែក ឬជនពិការ
- មានផ្ទៃពោះ
- មានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ
- មានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ
- ជាឪពុក/ម្តាយ ឬជាអ្នកថែទាំត្រូវជាសាច់ញាតិ ដែលកំពុងមើលថែទាំក្មេងអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំនៅផ្ទះ

យើងពិនិត្យឃើញថាអ្នកមិនបំពេញបានទៅតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយដូចខាងលើឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកបំពេញបានទៅតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយនៃលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយខាងលើ សូមទូរសព្ទមកកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមានដូចខាងលើ។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានទៅតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយដូចខាងលើ អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ហើយអាចស្នើសុំការរ៉ាប់រងពីដើម (ពីកាលបរិច្ឆេទមុន) មកវិញបាន។

សូមរក្សាទុកប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card (BIC)) របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card (BIC)) ផ្លាស្ទិក សូមរក្សាទុក។ អ្នកនឹងប្រើលេខប័ណ្ណ BIC របស់អ្នកម្តងទៀត ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ក្នុងពេលអនាគត។

អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យប្តឹងជំទាស់

ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាយើងបានធ្វើខុស អ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹងជំទាស់បាន។ ដើម្បីឈ្ងុយល់អំពីរបៀបប្តឹងជំទាស់ សូមអាន “សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក” ដែលមាននៅលើខ្នងសំបុត្រនេះ។ អ្នកមានរយៈពេល **90** ថ្ងៃដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ត្រូវគិតចាប់ពីថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដល់អ្នក។

វិធានទាំងឡាយដែលយើងបានប្រើដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង

អ្នកអាចអានវិធានទាំងនេះបាននៅតាមការិយាល័យសុខុមាលភាពក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក៖ California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251។

MEDI-CAL
受理通知
否決 NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

「 「

L 」

「 「

通知日期： _____

案件編號： _____

員工姓名： _____

員工身份證號碼： _____

員工電話號碼： _____

辦公時間： _____

L 」

辦公地址： _____

親愛的

您 關於 Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) Medi-Cal 的申請已被否
決。

我們已進行確認看您是否有資格加入任何「Non-MAGI」Medi-Cal 計劃。您被否決是因為您不符合加入任何 Non-MAGI Medi-Cal 計劃的資格。您亦因其他原因無法加入 Medi-Cal，且應已收到有關通知。如需合資格 Non-MAGI Medi-Cal 計劃，您必須以下其中一個條件：

- 失明或殘障
- 懷孕
- 年齡在 21 歲以下
- 年滿 65 歲或以上
- 身為在家照護 21 歲以下子女的父母或照護親屬

我們發現您不符合上述任何條件。

如果您認為自己符合上述條件之一，請致電您所在當地縣的辦事處號碼如上所示。如果您符合上述條件之一，您或者可以加入 Medi-Cal 並申請可追溯（自以往日期開始）保險。

請保存好您的福利識別卡 (Benefits Identification Card (BIC))

如果您有一張塑膠福利識別卡 (Benefits Identification Card (BIC))，請一定保存好。如果以後您符合加入 Medi-Cal 資格，您還會再次使用您的 BIC 號碼。

您有權提起申訴

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，請閱讀本函背面「你的聽證權利」。您有 **90** 天時間申請聽證。申請聽證期為自本通知寄出之後 **90** 天起。

我們的決定依據

您可前往您當地福利辦事處查看這些規定：California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

اطلاعیه اقدام
MEDI-CAL

در مورد رد تقاضای NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

⌈ ⌋

L J

⌈ ⌋

L J

تاریخ اطلاعیه:
شماره پرونده:
نام مددکار:
شماره شناسایی مددکار:
شماره تلفن مددکار:
ساعات اداری:
آدرس دفتر:

گرامی،

شما برای Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) Medi-Cal رد

تقاضای مورخ
شده است.

ما چک کردیم تا ببینیم آیا برای برنامه های "Non-MAGI" Medi-Cal واجد شرایط هستید. تقاضای شما رد شده است زیرا شما برای هیچکدام از برنامه های Non-MAGI Medi-Cal واجد شرایط نیستید. شما همچنین بر اساس هیچ مورد دیگری برای Medi-Cal واجد شرایط نیستید و باید در این خصوص اطلاعیه ای دریافت کرده باشید. برای اینکه بتوانید برای برنامه Non-MAGI Medi-Cal واجد شرایط باشید، باید یکی از شرایط زیر را داشته باشید:

- نابینا یا معلول
- حامله
- زیر 21 ساله باشید
- 65 ساله یا بیشتر باشید
- والد یا سرپرستی باشید که از کودک زیر 21 ساله در خانه مواظبت می کنید

ما به این نتیجه رسیدیم که شما هیچکدام از شرایط فوق را برآورده نکردید.

اگر فکر می کنید که یکی از شرایط فوق را برآورده می کنید، با شماره دفتر محلی کانتی مندرج در فوق تماس بگیرید. اگر یکی از شرایط فوق را برآورده کنید، ممکن است بتوانید برای Medi-Cal واجد شرایط باشید و می توانید تقاضای پوشش عطف به ماسبق (تاریخی در گذشته) نمایید.

کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card (BIC)) خود را نگهدارید

اگر یک کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card (BIC)) دارید، حتماً آنرا نگه دارید. اگر در آینده برای Medi-Cal واجد شرایط شدید، می توانید از آن استفاده نمایید.

شما حق درخواست تجدید نظر دارید

اگر فکر می کنید که اشتباه کرده ایم، می توانید تقاضای تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تجدید نظر، "حقوق دادرسی شما" را در پشت این نامه مطالعه نمایید. شما 90 روز فرصت دارید تا درخواست استماع نمایید. این دوره 90 روزه از روز بعد از ارسال این اطلاعیه به شما توسط کانتی شروع شده است.

قوانینی که برای تصمیمگیری از آنها استفاده کردیم

می توانید این قوانین را در دفتر محلی رفاه تان بخوانید:

California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

हमने अपने निर्णय तक पहुँचने के लिए जिन नियमों का उपयोग किया

आप ये नियम अपने स्थानीय कल्याण कार्यालय में पढ़ सकते हैं: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

**MEDI-CAL
KEV TSHAJ QHIA**

**TXOG COV KEV XYEEJ RAU NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL**

	┌		┐
	└		┘
	┌	Hnub Tshaj Qhia: _____ Tus Case Number: _____ Lub Npe Tus Ua Hauj Lwm: _____ Tus Zauv ID Ua Hauj Lwm: _____ Tus Xov Tooj Ua Hauj Lwm: _____ Cov Teev Ua Hauj Lwm: _____ Chaw Ua Hauj Lwm: _____	┐
	└		┘

Nyob zoo txog

Hnub ua koj tau rau npe nkag rau Non-Modified Adjusted Gross Income
(Non-MAGI) Medi-Cal yog raug xyeej.

Peb tau kuaj xyuas seb koj puas muaj cai tsim nyog rau txhua cov phiaj xwm "Non-MAGI" Medi-Cal. Koj tau raug xyeej vim yog koj tsis muaj cai tsim nyog rau txhua cov phiaj xwm Non-MAGI Medi-Cal. Koj kuj tseem tsis muaj cai tsim nyog rau txhua lwm qhov Medi-Cal qib sub thawj thiab yuav tsum tau txais daim ntawv tshaj qhia txog rau qhov no ua ntej lawm. Txhawm rau qhov phiaj xwm Non-MAGI Medi-Cal, koj yuav tsum yog **ib** hom ntawm cov nram qab no:

- Dig muag lossis xiam oob khab
- Cev xeeb me nyuam
- Hnub nyoog qis dua 21
- Hnub nyoog 65 lossis laus dua
- Ib tug niam/txiv lossis tus neeg saib tau txais kev saib xyuas rau ib tug me nyuam uas hnub nyoog qis dua 21 nyob rau tom tsev.

Peb pom tau tias koj tsis yog ib qho ntawm cov laj txheej sab saum no li.

Yog koj xav tias koj yog ib qho ntawm cov laj txheej saum no, hu rau tus xov tooj ntawm lub chaw hauj lwm hauv nroog uas raug teev cia sab sauv. Yog koj yog ib ntawm cov laj txheej sauv toj sauv, koj yuav tuaj yeem muaj cai tsim nyog rau Medi-Cal thiab tuaj yeem thov qhov kev pom puag rov qab tau (rov siv tau dua).

Khaws koj Daim Npav Taw Qhia Cov Nyiaj Pab (Benefits Identification Card (BIC))

Yog koj muaj ib Daim Npav Taw Qhia Cov Nyiaj Pab (Benefits Identification Card (BIC)) yas, yuav tsum khaws nws cia. Koj yuav siv koj tus zauv BIC ib zaug ntxiv yog tias koj muaj cai tsim nyog rau Medi-Cal nyob rau yav tom ntej.

Koj muaj cai thov rov hais dua

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 Rov Hais Dua" nyob rau ntawm sab kawg ntawm tsab ntawv no. Koj muaj **90** hnub txhawm rau thov rov qab hais dua. Qhov 90 hnub pib rau hnub tom qab uas lub nroog tau xa tsab ntawv tshaj qhia no rau koj.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Cov cai uas peb siv rau peb qhov kev txiav txiv

Koj tuaj yeem nyeem cov cai no ntwm koj qhov chaw ua haujlwm pab cuam hauv zos: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

当社が本決定に使用した規則

民生委員の事務所でこの規則を読むことができます : California Code of Regulations, Title 22,
Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL

종결 시행 통보

NON-MODIFIED ADJUSTED

GROSS INCOME MEDI-CAL 에 대한 거부

┌	┐	통지서 날짜: _____
		케이스 번호: _____
		요원 이름: _____
		요원 ID 번호: _____
		요원 전화번호: _____
		근무 시간: _____
└	┘	사무실 주소: _____

님께,

에 신청하신 Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) Medi-Cal 이
거부되었습니다.

당사는 “Non-MAGI” Medi-Cal 프로그램을 받기 위한 자격이 있는지 확인해 보았습니다. 귀하는
Non-MAGI Medi-Cal 프로그램을 받을 자격이 없으므로 거부된 것입니다. 아울러 기타 조건을 토대로
Medi-Cal 을 받을 자격도 없으며 이에 관한 통지서를 받게된 것입니다. Non-MAGI Medi-Cal
프로그램을 받으려면 반드시 다음의 **한가지** 사항에 해당되어야 합니다:

- 맹인 또는 장애인
- 임산
- 21 세 이하
- 65 세 이상
- 집에서 21 세 이하의 어린이를 돌보는 가족 또는 관련되는 관리인

귀하는 위의 어떤 사항에도 해당되지 않음이 확인되었습니다.

위의 조건 중의 하나에 해당된다고 생각한다면, 위에 기입된 현지 카운티 사무실 번호로 연락하십시오.
위의 조건 중의 하나에 해당된다면 Medi-Cal 을 받을 수 있으며 소급(소급적용)하는 보험을 청구할 수
있습니다.

귀하의 수당 신분증명서(Benefits Identification Card (BIC))를 소지하십시오

플라스틱 수당 신분증명서(Benefits Identification Card (BIC))를 소지하고 있다면, 잘 보관하십시오.
장래에 Medi-Cal 을 받을 수 있게 되면 BIC 번호를 재사용하게 됩니다.

귀하는 소송을 제기할 권리가 있습니다.

당사에 잘못이 있다고 생각한다면, 귀하는 소송을 제기할 수 있습니다. 소송을 제기하는 방법을
요해하려면 본 서신의 뒷면에 있는 "심리를 신청할 권리"을 읽어보십시오. 귀하는 **90** 일 이내에 심리를
요청할 수 있습니다. 90 일은 카운티에서 본 통지서를 귀하에게 발송한 날부터 시작합니다.

당사에서 결정을 내리는 규정

이 규정은 현지 보건복지사무실에서 찾아볼 수 있습니다: California Code of Regulations, Title 22,
Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການດໍາເນີນການ
ການປະຕິເສດສໍາລັບ NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌	┐		
L	J		
┌	┐	ວັນທີແຈ້ງການ:	_____
		ເລກທີກໍລະນີ:	_____
		ຊື່ພະນັກງານ:	_____
		ເລກປະຈຳຕົວພະນັກງານ:	_____
		ເບີໂທລະສັບຂອງພະນັກງານ:	_____
		ຊື່ໂມງເຮັດວຽກ:	_____
L	J	ທີ່ຢູ່ຫ້ອງການ:	_____

ສະບາຍດີ

ຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານລົງວັນທີ
(Non-MAGI) Medi-Cal ຖືກປະຕິເສດ.

ສໍາລັບ Non-Modified Adjusted Gross Income

ພວກເຮົາໄດ້ກວດເບິ່ງວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບໂຄງການ "Non-MAGI" Medi-Cal ໃດໆຫຼືບໍ່ແລ້ວ. ທ່ານຖືກປະຕິເສດເພາະວ່າທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບໂຄງການ Non-MAGI Medi-Cal ໃດໆ. ນອກນັ້ນ ທ່ານຍັງບໍ່ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບ Medi-Cal ໃນພື້ນຖານອື່ນໃດໆ ແລະ ຄວນໄດ້ຮັບແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິ່ງນີ້ແລ້ວ. ເພື່ອມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບໂຄງການ Non-MAGI Medi-Cal ໃດໜຶ່ງ, ທ່ານຕ້ອງເປັນໜຶ່ງໃນຕໍ່ໄປນີ້:

- ຕາບອດ ຫຼື ພິການ
- ຖືພາ
- ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ
- ອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ
- ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ເປັນພື້ນຖານທີ່ໃຫ້ການດູແລເບິ່ງແຍງເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີຢູ່ເຮືອນ

ພວກເຮົາພົບວ່າທ່ານບໍ່ຕອບສະໜອງໄດ້ເງື່ອນໄຂໃດໆຂ້າງເທິງ.

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານຕອບສະໜອງໄດ້ໜຶ່ງໃນເງື່ອນໄຂຂ້າງເທິງ, ໃຫ້ໂທຫາເບີຫ້ອງການເຂດບົກຄອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານທີ່ໃຫ້ໄວ້ຂ້າງເທິງ. ຖ້າທ່ານຕອບສະໜອງໃຫ້ໜຶ່ງໃນເງື່ອນໄຂຂ້າງເທິງ, ທ່ານອາດຈະສາມາດມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ແລະ ສາມາດຂໍເອົາຄວາມຄຸ້ມຄອງຢ້ອນຫຼັງ (ຢ້ອນຄືນ) ໄດ້.

ຮັກສາບັດສະແດງສິດທິປະໂຫຍດ (Benefits Identification Card (BIC)) ຂອງທ່ານໄວ້

ຖ້າທ່ານມີບັດສະແດງສິດທິປະໂຫຍດ (Benefits Identification Card (BIC)) ທີ່ເປັນບັດປະຈຳຄັ້ງ, ຮັບປະກັນວ່າຕ້ອງໄດ້ຮັກສາມັນໄວ້. ທ່ານຈະໃຊ້ເລກ BIC ຂອງທ່ານຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ໃນອະນາຄົດ.

ທ່ານມີສິດອຸທອນ

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດໃດໜຶ່ງ, ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້. ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີອຸທອນ, ໃຫ້ອ່ານ "ສິດທິໃນການຂໍໃຫ້ພິຈາລະນາຄະດີຂອງທ່ານ" ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານມີເວລາ **90** ວັນເພື່ອຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຄະດີ. ເວລາ 90 ວັນເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ຫຼັງຈາກທີ່ເຂດບົກປ້ອງໄດ້ສົ່ງແຈ້ງການສະບັບນີ້.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

ກົດລະບຽບທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ເພື່ອຮັດຄ່າຕິດສິນຂອງພວກເຮົາ

ທ່ານສາມາດອ່ານກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ທີ່ຫ້ອງການສະຫວັດດີການໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ZUNH FIENX MBUOX ZOUX GONG
NGAENG WAAC LIOUH NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌ ┐

└ ┘

┌	┐	Zunh fiensex hnoi-nyieqc:	_____
		Sic dauh nam mber:	_____
		Zoux gong mienh mbuoz:	_____
		Zoux gong mienh ID Nam mber:	_____
		Zoux gong mienh fonh nam mber:	_____
		Gorn zangc zoux gong ziangh hoc:	_____
L	┘	Gong-gorn deic zepv:	_____

Zorqv yieqv taux meih

Meih nyei sou-tov bieqc hnoi-nyieqc liouh Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) Medi-Cal yaac duqv ngaengc waac bungx ndortv mi'aqc.

Yie mbuo zuqc dimv mangc gaax se gorngv meih corc maaih puix-juang gau horpc longc tengx haaix diuc "Non-MAGI" Medi-Cal yiem naaiv norm gong-bou gorn. Ninh mbuo ngaengc waac bungx ndortv mv tengx meih wueic laaix meih maiv maaih haaix diuc puix-juang gau longc naaiv deix Non-MAGI Medi-Cal gong-bou gorn. Meih corc se maiv maaih puix-juang gau horpc liouh bun Medi-Cal tengx da'nyeic gong-bou aengx caux cingx daaih zuqc fungx naaiv zeiv fiensex daaih zunh mbuox duqv hiuv. Liouh maaih puix-juang gau longc yiem Non-MAGI Medi-Cal gong-bou gorn nyei mienh nor meih oix zuqc maaih **yietc** diuc yiem ga'ndiev deix jauv-louc:

- Mh zing maengh a'fai waaic hmien-mueic mengh dauh
- Maaih gu'nguaax yiem sin
- Hnyangx jeiv gauh aiv 21 hnyangx
- Hnyangx jeiv duqv 65 hnyangx a'fai gauh goz
- Dae maa a'fai goux mangc fu'jueiv mienh dongh tengx goux uix mangc fu'jueiv yiem biauv maaih hnyangx-jeiv mv buangv 21 hnyangx wuov

Yie mbuo buatac gorngv meih mv maaih haaix diuc puix-juang gau horpc ei yiem gu'nguaaic deix ndaaub-ndorqc sic dauh.

Se gorngv meih hnamv haix meih maaih yietc diuc puix-juang ei yiem gu'nguaaic wuov nor, korh waac lorx taux meih buon-deic kaau div gorn zangc gan fonh nam mber fiev yiem gu'nguaaic wuov. Se gorngv meih maaih yietc diuc puix-juang horpc yiem gu'nguaaic wuov nor meih se haih maaih ze'buonc zipv longc tengx Medi-Cal aengx caux tov heuc tengx beu sengh sou-gorn tipv nzuonx nqaang (tuix hnoi-nyieqc nuonx nqaang).

Siou longx meih nyei zipv fu'loqc nyaanh sou-fangx (Benefits Identification Card (BIC))

Se gorngv meih maaih zeiv-mbuoqc dapv siou fu'loqc nyaanh sou-fangx (Benefits Identification Card BIC)), oix zuqc mbungh goux siou longx. Meih oix zuqc aengx daaux nqaang longc jiex meih nyei BIC nam mber se gorngv meih maaih puix-juang gau longc tengx Medi-Cal yiem wuov ndaangc zinh hoz.

Meih maaih doh leiz-nyeic zoux sou mingh tov kuinx

Se gorngv meih hnamv haix daax yie mbuo zoux dorngx naaiv baan gong nor meih se haih zoux sou mingh kuinx tov. Hoqc mangc hngangv nor zoux yietc nyeic sou-kuinx, doqc mangc "meih nyei ze'buonc lei-nyeic mingh muangx sic" yiem naaiv zeiv fieng nqa'haav maengx. Meih maaih ziangh hoc **90** hnoi mingh tov heuc muangx bun-paaiv sic dauh. Naaiv deix 90 hnoi se funx jiez gorn saauv daaih dongh ninh mbuo kaau div fungx naaiv zeiv fieng zunh mbuox meih wuov.

Yie mbuo longc naaiv deix doh leiz orn jiev yie mbuo nyei dunz sic dauh waac

Meih lorx doqc mangc naaiv deix doh leiz yiem njiec meih nyei buon-deic taan nyanc hopv gorn zangc: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਨੋਟਿਸ

NON-MODIFIED ADJUSTED
GROSS INCOME ME MEDI-CAL ਲਈ ਇਨਕਾਰ

┌	┐	ਨੋਟਿਸ ਮਿਤੀ:	_____
		ਕੇਸ ਨੰਬਰ :	_____
		ਵਰਕਰ ਦਾ ਨਾਂ:	_____
		ਵਰਕਰ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ:	_____
		ਵਰਕਰ ਦਾ ਟੇਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:	_____
		ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ:	_____
└	┘	ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਪਤਾ:	_____

ਪਿਆਰੇ

ਤੁਹਾਡੀ ਦਰਖਾਸਤ ਮਿਤੀ Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) Medi-Cal ਲਈ
ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਚੈਕ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ "Non-MAGI" Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ Non-MAGI Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੂਜੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਵੀ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਨੋਟਿਸ ਵੀ ਮਿਲ ਗਿਆ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। Non-MAGI Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਨਿਮਨ ਚੋਂ ਇੱਕ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

- ਅੰਨ੍ਹਾ ਜਾਂ ਵਿਕਲਾਂਗ
- ਗਰਭਵਤੀ
- 21 ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ
- ਉਮਰ 65 ਜਾਂ ਵੱਡਾ
- ਘਰ ਵਿਚ 21 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਇਕ ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ

ਅਸੀਂ ਪਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸ਼ਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸ਼ਰਤਾਂ ਚੋਂ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਉਪਰੋਕਤ ਸਥਾਨਿਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਦੇ ਨੰਬਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸ਼ਰਤਾਂ ਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਪੁਰਵਵਰਤੀ (ਪਿਛਲੀ ਤਰੀਕ ਦੀ) ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਹਾਡਾ ਪਹਿਚਾਣ ਕਾਰਡ (Benefits Identification Card (BIC)) ਰੱਖੋ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਪਲਾਸਟਿਕ ਲਾਭ ਪਹਿਚਾਣ ਕਾਰਡ (Benefits Identification Card (BIC)) ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਇਸਨੂੰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਹੋਵੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭਵਿੱਖ 'ਚ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਆਪਣਾ ਬੀਆਈਸੀ ਨੰਬਰ ਵਰਤੋਗੇ।

ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰੱਖਦੇ ਹੋ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਇਸ ਖ਼ਤ ਦੇ ਮਗਰਲੇ ਪਾਸੇ “ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਹੱਕ” ਪੜ੍ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ **90** ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣ ਦੇ ਇੱਕ ਦਿਨ ਬਾਅਦ ਮਗਰੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਨਿਯਮ ਜਿਹਨਾਂ ਤਹਿਤ ਅਸੀਂ ਫੈਸਲਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ

ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਥਾਨਕ ਭਲਾਈ ਦਫ਼ਤਰ ‘ਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨਿਯਮਾਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ
ОТКАЗ В NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

Г _____ Г

L _____ J

Г _____ Г

Дата уведомления: _____
Номер дела: _____
Имя сотрудника: _____
ID-номер сотрудника: _____
Телефон сотрудника: _____
Часы работы: _____
L _____ J

Адрес офиса: _____

Уважаемый (-ая)

Ваше заявление от _____ на Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI)
Medi-Cal отклонено.

Мы проверили, соответствуете ли Вы требованиям для каких-либо программ "Non-MAGI" Medi-Cal. Мы отклоняем Ваше заявление, поскольку Вы не соответствуете требованиям для каких-либо программ Non-MAGI Medi-Cal. Вы также не соответствуете требованиям для Medi-Cal по каким-либо другим основаниям, и Вы должны получить уведомление об этом. Чтобы соответствовать требованиям для программы Non-MAGI Medi-Cal, Вы должны относиться к **одной** из следующих категорий:

- Слепой или инвалид
- Беременная
- Лицо в возрасте до 21 года
- Лицо в возрасте 65 лет или старше
- Родитель или родственник, ухаживающий за ребенком в возрасте до 21 года на дому

Мы приняли решение, что Вы не соответствуете ни одному из вышеперечисленных условий.

Если Вы считаете, что Вы соответствуете одному из вышеперечисленных условий, позвоните в Ваш местный окружной офис по номеру, указанному выше. Если Вы соответствуете одному из вышеперечисленных условий, Вы можете соответствовать требованиям для Medi-Cal и обратиться с запросом на ретроспективное (датированное прошлым числом) страхование.

Сохраните Вашу Идентификационную карту (Benefits Identification Card (BIC))

Если у Вас есть пластиковая Идентификационная карта (Benefits Identification Card (BIC)), обязательно сохраните ее. Вы будете использовать номер Вашей карты BIC снова, если Вы будете соответствовать требованиям для Medi-Cal в будущем.

У Вас есть право на апелляцию

Если Вы считаете, что мы допустили ошибку, Вы можете подать апелляцию. Чтобы узнать, как подать апелляцию, ознакомьтесь с разделом «Ваши права на слушание» на обратной стороне этого письма. 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.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Правила, использованные нами при принятии решения

Вы можете ознакомиться с этими правилами в Вашем местном офисе велфер: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
RECHAZO DE NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌ ┐

└ ┘

┌	┐	Fecha del aviso:	_____
		Número de caso:	_____
		Nombre del trabajador:	_____
		Número de ID del trabajador:	_____
		Número de teléfono del trabajador:	_____
		Horario de oficina:	_____
L	┘	Dirección de la oficina:	_____

Estimado

Su solicitud con fecha _____ para Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) Medi-Cal fue rechazada.

Revisamos si usted era elegible para algún programa "Non-MAGI" Medi-Cal. El rechazo es porque usted no es elegible para ninguno de los programas Non-MAGI Medi-Cal. Usted tampoco es elegible para Medi-Cal por ningún motivo y debe haber recibido un aviso sobre esta situación. Para ser elegible para un programa Non-MAGI Medi-Cal, usted debe cumplir con **una** de las condiciones siguientes:

- Ser ciego o discapacitado
- Estar embarazada
- Ser menor de 21 años de edad
- Tener 65 años de edad o más
- Ser padre o pariente a cargo del cuidado de un niño menor de 21 años de edad en el hogar

Encontramos que usted no cumple con ninguna de las condiciones de arriba.

Si le parece que usted cumple con alguna de las condiciones de arriba, llame a la oficina local de su condado al número anotado arriba. Si usted cumple con alguna de las condiciones de arriba, posiblemente usted sea elegible para Medi-Cal y puede pedir cobertura retroactiva (desde una fecha anterior).

Conserve su tarjeta de identificación para beneficios (Benefits Identification Card (BIC))

Si usted tiene una tarjeta plástica de identificación para beneficios (Benefits Identification Card (BIC)), asegúrese de conservarla. Usted volverá a usar su número BIC si es elegible para Medi-Cal en el futuro.

Usted tiene derecho a apelar

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 esta carta. Usted tiene **90** días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le envió este aviso.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Reglas que usamos para tomar nuestra decisión

Usted puede leer estas reglas en su oficina local de bienestar social: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ABISO SA PAGKILOS
PAGTANGGI SA NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌ ┐

└ ┘

┌	┐	Petsa ng Abiso:	_____
		Numero ng Kaso:	_____
		Pangalan ng Worker:	_____
		Numero ng ID ng Worker:	_____
		Numero ng Telepono ng Worker:	_____
		Oras ng Opisina:	_____
└	┘	Address ng Opisina:	_____

Mahal na

Ang aplikasyon mong may petsang _____ para sa Non-Modified Adjusted Gross Income
(Non-MAGI) Medi-Cal ay tinanggihan.

Tiningnan namin kung kuwalipikado ka para sa alinmang programang "Non-MAGI" Medi-Cal. Tinanggihan ka dahil hindi ka kuwalipikado para sa alinman sa mga programa ng Non-MAGI Medi-Cal. Hindi ka rin kuwalipikado para sa Medi-Cal sa alinman sa ibang batayan at dapat ay nakatanggap ng abiso tungkol dito. Para maging kuwalipikado para sa Non-MAGI na programa ng Medi-Cal, dapat ay **isa** ka sa sumusunod:

- Bulag o may kapansanan
- Buntis
- Mas bata sa edad na 21
- Nasa edad na 65 o mas matanda
- Magulang o tagapag-alagang kamag-anak na nag-aalaga sa batang wala pa sa edad ng 21 sa tahanan

Nalaman namin na hindi mo natutugunan ang alinman sa mga kundisyon sa itaas.

Kung sa palagay mo ay natutugunan mo ang isa sa mga kundisyon sa itaas, tumawag sa numero ng lokal na opisina sa county niyo na nakalista sa taas. Kung natutugunan mo ang isa sa mga kundisyon sa itaas, maaari kang maging kuwalipikado para sa Medi-Cal at maaaring humingi ng retroactive (backdated) na pagsasaklaw.

Itago ang iyong Kard ng Pagkakilanlan para sa Benepisyo (Benefits Identification Card (BIC))

Kung mayroon kang plastik na Kard ng Pagkakilanlan para sa Benepisyo (Benefits Identification Card (BIC)), siguraduhing itago ito. Gagamitin mo muli ng iyong numero ng BIC kapag kuwalipikado ka para sa Medi-Cal sa hinaharap.

May karapatan kang mag-apela

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, makakapag-apela ka. Para matuto kung paano mag-apela, basahin "Ang Mga Karapatan Ninyo sa Pagdinig" sa likod ng liham na ito. Mayroon kang **90** araw para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas kang pinadalhan ng county ng abisong ito.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Mga patakarang ginamit namin para magpasya

Mababasa mo ang mga patakarang ito sa inyong lokal na tanggapan ng welfare: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

กรุณาเก็บบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ (Benefits Identification Card (BIC))

หากคุณมีบัตรประจำตัวสมาชิกที่เป็นพลาสติก (Benefits Identification Card (BIC)) กรุณาเก็บรักษาไว้ คุณสามารถใช้หมายเลข BIC จะกว่า Medi-Cal จะสิ้นสุดนอกจากนั้นคุณยังสามารถใช้หมายเลขได้อีกครั้ง หากคุณมีคุณสมบัติเข้า Medi-Cal ในอนาคตได้

คุณมีสิทธิในการอุทธรณ์

หากคุณคิดว่าเราดำเนินการผิดพลาด คุณสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ กรุณาอ่าน "สิทธิด้านการพิจารณาคดีของท่าน" ที่บริเวณด้านหลังของจดหมายฉบับนี้ คุณมีระยะเวลา **90** วัน ในการยื่นเรื่องอุทธรณ์ โดยระยะเวลา **90** วัน สำหรับการยื่นอุทธรณ์เพื่อทำการไต่สวนนั้น เริ่มนับจากวันที่ทางหน่วยงานท้องถิ่นได้ส่งจดหมายฉบับนี้แจ้งไปถึงคุณ

กฎที่เราใช้เพื่อทำการตัดสินใจของเรา

คุณสามารถอ่านกฎดังกล่าวเหล่านี้ได้ที่สำนักงานสวัสดิการท้องถิ่นของคุณ: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО РІШЕННЯ
ВІДМОВА В УЧАСТІ В ПРОГРАМІ NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

Г Г

L J

Г Г Дата повідомлення: _____
Номер кейсу: _____
Ім'я робітника: _____
Ідентиф. номер робітника: _____
Телефон робітника: _____
L J Робочі години: _____
Робоча адреса: _____

Шановний(-а)

Вашу заявку від _____ на участь в програмі Non-Modified Adjusted Gross Income (Non-MAGI) Medi-Cal було відхилено.

Ми перевірили чи відповідаєте ви умовам участі в будь-якій програмі "Non-MAGI" Medi-Cal. Вам було відмовлено тому, що ви не відповідаєте умовам участі в будь-якій програмі Non-MAGI Medi-Cal. Крім того, ви не відповідаєте умовам участі в програмі Medi-Cal з будь-яких інших причин та мали отримати відповідне повідомлення стосовно цього. Щоб відповідати умовам участі в програмі Non-MAGI Medi-Cal, ви маєте відповідати **одному** з наступних критеріїв:

- ви сліпий або інвалід
- ви вагітна
- ви молодші за 21 рік
- 65 років або старше,
- ви є одним з батьків або родичів, який вдома доглядає дитину віком до 21 року

Ми встановили, що ви не відповідаєте жодному з цих критеріїв.

Якщо ви вважаєте, що ви відповідаєте одному з критеріїв, наведених вище, зателефонуйте до вашого місцевого офісу за номером, наведеним вище. Якщо ви відповідаєте одному з критеріїв, наведених вище, можливо, ви зможете мати право на участь в програмі Medi-Cal та зможете запросити ретроактивне (датовано попередніми датами) покриття.

Зберігайте свою Ідентифікаційну пільгову картку (Benefits Identification Card (BIC))

Якщо ви маєте пластикову ідентифікаційну пільгову картку (Benefits Identification Card (BIC)), обов'язково зберігайте її. Ви можете користуватися своїм номером BIC знов, якщо будете мати право на отримання покриття в програмі Medi-Cal.

Ви маєте право на апеляцію

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 цього листа. Ви маєте **90** днів, щоб подати апеляцію. Відлік періоду в 90 днів починається з наступного дня як було відіслано цього лист повідомлення до Вас.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Нормативи, якими ми користувалися для винесення цього рішення

Ви можете ознайомитися з цими нормативами в вашому місцевому офісі велфер: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG
TỪ CHỐI NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌ ┐

└ ┘

┌ ┐ Ngày Thông Báo: _____
└ ┘ Số Trường Hợp: _____
Tên Nhân Viên: _____
Số ID Nhân Viên: _____
Số Điện Thoại của Nhân Viên: _____
L ┘ Giờ Làm Việc: _____
J Địa Chỉ Văn Phòng: _____

Kính gửi

Đơn đăng ký của quý vị đề ngày _____ cho Non-Modified Adjusted Gross Income
(Non-MAGI) Medi-Cal đã bị từ chối.

Chúng tôi đã kiểm tra xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn cho bất kỳ chương trình “Non-MAGI” Medi-Cal nào không. Quý vị bị từ chối vì không đủ tiêu chuẩn cho bất kỳ chương trình Non-MAGI Medi-Cal nào. Quý vị cũng không đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal trên bất kỳ cơ sở nào khác và có lẽ quý vị đã nhận được thông báo về điều này. Để đủ tiêu chuẩn cho chương trình Non-MAGI Medi-Cal, quý vị phải có **một** trong các tình trạng sau:

- Bị mù hoặc khuyết tật
- Mang thai
- Dưới 21 tuổi
- Từ 65 tuổi trở lên
- Phụ huynh hoặc người thân chăm sóc hiện đang chăm sóc cho con dưới 21 tuổi ở nhà

Chúng tôi thấy rằng quý vị không đáp ứng bất kỳ tình trạng nào ở trên.

Nếu quý vị nghĩ rằng mình đáp ứng một trong các tình trạng trên, hãy gọi cho văn phòng quận tại địa phương của quý vị theo số điện thoại được liệt kê ở trên. Nếu quý vị đáp ứng một trong các tình trạng trên, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal và có thể yêu cầu khoản bao trả có hiệu lực trở về trước (đã có hiệu lực từ trước).

Giữ Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi (Benefits Identification Card (BIC)) của quý vị

Nếu quý vị có Thẻ Nhận Dạng Phúc Lợi (Benefits Identification Card (BIC)) bằng nhựa, hãy đảm bảo giữ lại thẻ. Quý vị sẽ lại sử dụng số BIC của mình nếu đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal trong tương lai.

Quý vị có quyền kháng cáo

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 thư này. Quý vị chỉ 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.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Những quy tắc chúng tôi sử dụng để đưa ra quyết định của mình

Quý vị có thể đọc các quy tắc này tại văn phòng phúc lợi tại địa phương của quý vị: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ՃԱՆՈՒՑՈՒՄ ՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ
«NON-MODIFIED ADJUSTED GROSS INCOME»
«MEDI-CAL»-Ի ԿԱՍԵՑՈՒՄ

┌	┐		┌	┐
		L		J
┌	┐	Ծանուցման ամսաթիվը`		
		Գործի համարը`		
		Աշխատողի անունը`		
		Աշխատողի ID համարը`		
		Աշխատողի հեռախոսի համարը`		
		Աշխատանքային ժամերը`		
L	J	Գրասենյակի հասցեն`		

Չարգելի

Մենք ուսումնասիրել ենք այն տեղեկությունները, որ ունենք Ձեր գործի վերաբերյալ: Ելնելով մեր ունեցած տեղեկություններից՝ Ձեր «Medi-Cal»-ն ավարտվելու է _____ -ին:

Ձեր «Medi-Cal»-ն ավարտվելու է, քանի որ Դուք այլևս չեք բավարարում _____
-ի պահանջները: «Non-Modified Adjusted Gross Income» «Medi-Cal»
ծրագրի պահանջները բավարարելու համար Դուք պետք է ստորև նշվածներից **մեկը** լինեք.

- կույր կամ հաշմանդամ,
- հղի,
- մինչև 21 տարեկան,
- 65 տարեկան կամ ավելի մեծ **կամ**
- ծնող կամ ինսամոդ ազգական, որը տանը մինչև 21 տարեկան երեխայի է ինսամոմ:

Մենք պարզել ենք, որ Դուք չեք բավարարում վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը:

Դուք չեք բավարարում «Medi-Cal»-ի պահանջները նաև որևէ այլ հիմնավորմամբ, և պետք է ծանուցում ստացած լինեք այդ մասին:

Եթե կարծում եք, որ բավարարում եք վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը, զանգահարեք Ձեր տեղական գրասենյակ՝ վերը նշված հեռախոսահամարով: Եթե Դուք բավարարում եք վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք մնալ «Medi-Cal»-ում:

Պահեք Ձեր Նպաստների տարբերիչ քարտը (Benefits Identification Card (BIC))

Եթե Դուք պլաստիկ Նպաստների տարբերիչ քարտ (Benefits Identification Card (BIC)) ունեք, պահեք այն: Դուք կարող եք օգտվել Ձեր BIC-ից մինչև Ձեր «Medi-Cal»-ն ավարտվի: Բացի այդ, Դուք կրկին կօգտվեք դրանից, եթե ապագայում բավարարեք «Medi-Cal»-ի պահանջները:

Դուք բողոքարկելու իրավունք ունեք

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 նամակի դարձերեսին: Դուք **90** օր ունեք դատաքննության հայց ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվել է այն օրվա հաջորդ օրը, երբ շրջանը Ձեզ ուղարկել է այս ծանուցումը:

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Որ օրենքների հիման վրա ենք մենք կայացրել մեր որոշումը

Այդ օրենքները Դուք կարող եք կարդալ «welfare»-ի Ձեր տեղական գրասենյակում՝ California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251:

MEDI-CAL
លិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ
ការបញ្ឈប់កម្មវិធី NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌	┐	
L	J	
┌	┐	ថ្ងៃជូនដំណឹង៖ _____
		ករណីលេខ៖ _____
		ឈ្មោះបុគ្គលិកបម្រើការ៖ _____
		អត្តលេខបុគ្គលិកបម្រើការ៖ _____
		លេខទូរសព្ទបុគ្គលិកបម្រើការ៖ _____
		ម៉ោងធ្វើការ៖ _____
L	J	អាសយដ្ឋានការិយាល័យ៖ _____

ជូនចំពោះ

យើងបានពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលយើងមានស្តីពីករណីរបស់អ្នក។ ផ្អែកទៅលើព័ត៌មានដែលយើងមាន កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ឈប់នៅថ្ងៃ នេះហើយ។

កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ឈប់ដោយសារតែអ្នកលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី ទៀតហើយ។ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal អ្នកត្រូវតែជា**បុគ្គលម្នាក់**ក្នុងចំណោមបុគ្គលដូចខាងក្រោម៖

- ជាជនពិការភ្នែក ឬជនពិការ
- មានផ្ទៃពោះ
- មានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ
- មានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ឬ
- ជាឪពុក/ម្តាយ ឬជាអ្នកថែទាំត្រូវជាសាច់ញាតិ ដែលកំពុងមើលថែទាំក្មេងអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំនៅផ្ទះ

យើងពិនិត្យឃើញថា អ្នកមិនបំពេញបានទៅតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយដូចខាងលើនេះទេ។

អ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌណាមួយផ្សេងទៀតឡើយ ហើយក៏គួរតែបានទទួលរួចហើយនូវសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីបញ្ហានេះ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកបំពេញបានទៅតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយខាងលើ សូមទូរសព្ទមកកាន់ ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក តាមលេខទូរសព្ទដែលមានដូចខាងលើ។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានទៅតាមលក្ខខណ្ឌ ណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងឡាយខាងលើ អ្នកអាចនឹងបន្តទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ដដែល។

សូមរក្សាទុកប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card (BIC)) របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card (BIC)) ផ្លាស្ទិក សូមរក្សាទុក។ អ្នកអាចប្រើលេខប័ណ្ណ BIC របស់អ្នករហូតដល់ចប់កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកនឹងប្រើលេខប័ណ្ណ BIC ម្តងទៀតប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ក្នុងពេលអនាគត។

អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យប្តឹងជំទាស់

ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាយើងបានធ្វើខុស អ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹងជំទាស់បាន។ ដើម្បីឈ្ងុងយល់អំពីរបៀបប្តឹងជំទាស់នេះ សូមអាន “សិទ្ធិសវនាការរបស់អ្នក” ដែលមាននៅលើខ្នងសំបុត្រនេះ។ អ្នកមានរយៈពេល **90** ថ្ងៃដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ។ រយៈពេល 90 ថ្ងៃ ត្រូវគិតចាប់ពីថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដល់អ្នក។

វិធានទាំងឡាយដែលយើងបានប្រើដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង

អ្នកអាចអានវិធានទាំងនេះបាននៅតាមការិយាល័យសុខុមាលភាពក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក៖ California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251។

MEDI-CAL

受理通知

中止 NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

「 「

L 」

「 「

L 」

通知日期： _____
案件編號： _____
員工姓名： _____
員工身份證號碼： _____
員工電話號碼： _____
辦公時間： _____
辦公地址： _____

親愛的

我們已核對與您案件相關的資訊。根據我們的現有資訊，您的 **Medi-Cal** 將於 _____ 終止。

您的 **Medi-Cal** 之所以終止是因為您不再符合 _____ 資格。有資格加入 **Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal** 計劃，您必須以下其中一個條件：

- 失明或殘障
- 懷孕
- 年齡在 21 歲以下
- 年滿 65 歲或以上
- 在家照護 21 歲以下子女的父母或照護親屬

我們發現您不符合上述任何條件。

您基於任何原因不合 **Medi-Cal** 資格，且應已收到有關此通知。

如果您認為自己符合上述條件之一，請致電您所在當地縣的辦事處號碼如上所示。如果您符合上述條件之一，您可保留 **Medi-Cal** 資格。

請保存好您的福利識別卡 (Benefits Identification Card (BIC))

如果您有一張塑膠福利識別卡 (**Benefits Identification Card (BIC)**)，請一定保存好。您可使用您的 **BIC** 號碼直至 **Medi-Cal** 終止。如果以後您符合加入 **Medi-Cal** 資格，您還會再次使用該號碼。

您有權提起申訴

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，請閱讀本函背面「你的聽證權利」。您有 **90** 天時間申請聽證。申請聽證期為自本通知寄出之後 **90** 天起。

我們的決定依據

您可前往您當地福利辦事處查看這些規定：California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

اطلاعیه اقدام
MEDI-CAL

در مورد پایان دادن به NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

۱ ۲

۳ ۴

۵ ۶

۷ ۸

تاریخ اطلاعیه:

شماره پرونده:

نام مددکار:

شماره شناسایی مددکار:

شماره تلفن مددکار:

ساعات اداری:

آدرس دفتر:

گرامی،

ما به اطلاعاتی که در ارتباط با پرونده تان در دست داریم نگاه کردیم. بر اساس اطلاعاتی که در دست داریم، Medi-Cal شما در تاریخ
به پایان می رسد.

Medi-Cal شما به پایان می رسد زیرا شما دیگر واجد شرایط
Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal واجد شرایط باشید، باید یکی از شرایط زیر را داشته باشید:

- نابینا یا معلول
- حامله
- زیر 21 ساله باشید
- 65 ساله یا بیشتر باشید، یا
- والد یا سرپرستی باشید که از کودک زیر 21 ساله در خانه مواظبت می کنید

ما به این نتیجه رسیدیم که شما هیچکدام از شرایط فوق را برآورده نکردید.

شما بر اساس هیچ مورد دیگری برای Medi-Cal واجد شرایط نیستید و باید در این خصوص اطلاعیه ای دریافت کرده باشید.

اگر فکر می کنید که یکی از شرایط فوق را برآورده می کنید، با شماره دفتر محلی کانتی مندرج در فوق تماس بگیرید. اگر یکی از شرایط
فوق را برآورده کنید، ممکن است بتوانید Medi-Cal تان را حفظ کنید.

کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card (BIC)) خود را نگهدارید

اگر یک کارت پلاستیکی شناسایی مزایا (Benefits Identification Card (BIC)) دارید، حتماً آنرا نگه دارید. می توانید از شماره
BIC خود تا پایان Medi-Cal تان استفاده کنید. همچنین اگر در آینده برای Medi-Cal واجد شرایط شدید، می توانید از آن استفاده نمایید.

شما حق درخواست تجدید نظر دارید

اگر فکر می کنید که اشتباه کرده ایم، می توانید تقاضای تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تجدید نظر، "حقوق دادرسی
شما" را در پشت این نامه مطالعه نمایید. شما 90 روز فرصت دارید تا درخواست استماع نمایید. این دوره 90 روزه از روز بعد از ارسال
این اطلاعیه به شما توسط کانتی شروع شده است.

قوانینی که برای تصمیمگیری از آنها استفاده کردیم

می توانید این قوانین را در دفتر محلی رفاه تان بخوانید:

California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL

कार्यवाही हेतु नोटिस

**NON-MODIFIED ADJUSTED
GROSS INCOME MEDI-CAL** के लिए समापन

┌

┐

L

└

┌

┐

नोटिस की तारीख:

केस संख्या:

कर्मचारी का नाम:

कर्मचारी का पहचान नम्बर:

कर्मचारी का टेलीफोन नम्बर:

कार्यालय के घंटे:

कार्यालय का पता:

L

└

प्रिय

हमने आपके केस के बारे में हमारे पास मौजूद जानकारी पर गौर किया। हमारे पास मौजूद जानकारी के आधार पर, आपका **Medi-Cal** को समाप्त हो जाएगा।

आपका **Medi-Cal** समाप्त हो जाएगा क्योंकि आप _____ के लिए अब योग्य नहीं रहे। किसी **Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal** प्रोग्राम के लिए योग्य होने के लिए आपको निम्नलिखित में से कोई एक अवश्य होना होगा:

- नेत्रहीन या विकलांग
- गर्भवती
- आयु 21 वर्ष से कम
- आयु 65 या उससे अधिक, या
- घर पर माता/पिता या देखभालकर्ता रिश्तेदार 21 वर्ष से कम आयु के बच्चे की देखभाल करते हों

हमने पाया कि आप उपरोक्त प्रतिबन्धों में से किसी भी प्रतिबन्ध को संतुष्ट नहीं करते।

आप किसी भी अन्य आधार पर **Medi-Cal** के लिए योग्य नहीं है और अब तक आपको इसके बारे में एक नोटिस प्राप्त हुआ होगा।

यदि आपके विचार से आप उपरोक्त प्रतिबन्धों में से किसी एक प्रतिबन्ध को संतुष्ट करते हैं, तो अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को ऊपर दिए गए नम्बर पर कॉल करें। यदि आप उपरोक्त प्रतिबन्धों में से किसी भी एक प्रतिबन्ध को संतुष्ट करते हैं, तो आप **Medi-Cal** में रहने में सक्षम हो सकते हैं।

अपना लाभ पहचान पत्र (Benefits Identification Card (BIC)) रखें

यदि आपके पास प्लास्टिक का लाभ पहचान पत्र (Benefits Identification Card (BIC)) है, तो उसे अपने पास रखना सुनिश्चित करें। आप अपने **Medi-Cal** की समाप्ति तक अपना BIC नम्बर का उपयोग कर सकते हैं। यदि आप भविष्य में **Medi-Cal** के लिए योग्य हुए, तो आप दोबारा इसका उपयोग कर सकते हैं।

आपके पास अपील करने का अधिकार है

यदि आपको लगता है कि हमसे भूल हुई है, तो आप अपील कर सकते हैं। अपील करने का तरीका जानने के लिए इस पत्र के पिछले भाग में "आपका सुनवाई अधिकार" पढ़ें। आपके पास सुनवाई की माँग करने के लिए **90** दिन हैं। काउंटी द्वारा आपको यह सूचना भेजने के अगले दिन से **90** दिनों की अवधि शुरू हो गई है।

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

हमने अपने निर्णय तक पहुँचने के लिए जिन नियमों का उपयोग किया

आप ये नियम अपने स्थानीय कल्याण कार्यालय में पढ़ सकते हैं: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

**MEDI-CAL
KEV TSHAJ QHIA**

**TXOG COV KEV XYEEJ RAU NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL**

┌		┐	
└		┘	
		Hnub Tshaj Qhia:	_____
		Tus Case Number:	_____
		Lub Npe Tus Ua Hauj Lwm:	_____
		Tus Zauv ID Ua Hauj Lwm:	_____
		Tus Xov Tooj Ua Hauj Lwm:	_____
		Cov Teev Ua Hauj Lwm:	_____
		Chaw Ua Hauj Lwm:	_____

Nyob zoo txog

Peb tau saib cov ntaub ntawv ua peb muaj txog koj li case. Raws li qhov ntaub ntawv uas peb muaj, koj li Medi-Cal yuav xaus rau hnub

Koj li Medi-Cal yuav raug xaus vim tias koj tsis muaj cai nyog rau ntxiv. Txhawm rau muaj cai tsim nyog rau qhov phiaj xwm Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal, koj yuav tsum yog **ib** hom ntawm cov nram qab no:

- Dig muag lossis xiam oob khab
- Cev xeeb me nyuam
- Hnub nyoog qis dua 21
- Hnub nyoog 65 lossis laus dua, **lossis**
- Ib tug niam/txiv lossis tus neeg tau txais kev saib xyuas rau ib tug me nyuam uas hnub nyoog qis dua 21 nyob rau tom tsev.

Peb pom tau tias koj tsis yog ib qho ntawm cov laj txheej sab saum no li.

Koj tsis muaj cai tsim nyog rau Medi-Cal los rau lwm yam thiab yuav tsum tau txais daim ntawv tshaj qhia txog rau qhov no ua ntej lawm.

Yog koj xav tias koj yog ib qho ntawm cov laj txheej saum no, hu rau tus xov tooj ntawm lub chaw hauj lwm hauv nroog uas raug teev cia sab sauv. Yog koj yog ib ntawm cov laj txheej sauv toj sauv, koj yuav tuaj yeem txuas Medi-Cal tau ntxiv.

Khaws koj Daim Npav Taw Qhia Cov Nyiaj Pab (Benefits Identification Card (BIC))

Yog koj muaj ib Daim Npav Taw Qhia Cov Nyiaj Pab (Benefits Identification Card (BIC)) yas, yuav tsum khaws nws cia. Koj tuaj yeem siv koj tus zauv BIC kom txog thaum koj li Medi-Cal raug xaus. Koj yuav siv koj tus zauv BIC ib zaug ntxiv yog tias koj muaj cai tsim nyog rau Medi-Cal nyob rau yav tom ntej.

Koj muaj cai rov hais dua

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 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

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

rooj plaub dua. Qhov 90 hnuv pib rau hnuv tom qab uas lub nroog tau xa tsab ntawv tshaj qhia no rau koj.

Cov cai uas peb siv rau peb qhov kev txiav txiv

Koj tuaj yeem nyeem cov cai no ntawm koj qhov chaw ua haujlwm pab cuam hauv zos: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
処分決定の通知
**NON-MODIFIED ADJUSTED
GROSS INCOME MEDI-CAL** の停止

「 「

L 」

「 「

通知日： _____
事案番号： _____
被雇用者名： _____
被雇用者 ID 番号： _____
被雇用者電話番号： _____
勤務時間： _____
会社住所： _____

L 」

様

あなたの事案に関してこちらが保持する情報を確認しました。こちらが保持する情報に基づいたところ、あなたの **Medi-Cal** は _____ で終了します。

あなたには _____ の資格がないため、あなたの **Medi-Cal** は終了します。
Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal プログラムの資格を得るためには、以下のうち **1** つの条件に該当する必要があります：

- 視覚障害
- 妊娠中
- 21 歳より年下
- 65 歳より年上または
- 家族に 21 歳より年下の子供を介護している親または介護人

あなたは上記のいずれの条件にも該当しないことを確認しました。

その他の基準でも **Medi-Cal** の資格がありません。よって、本事案に関する通知をお受けとりください。

上記の条件に 1 つでも該当するとお考えの場合、あなたのカウンティの事務所の該当番号までお電話ください。上記の条件に該当する場合、**Medi-Cal** を継続することができます。

給付証明書 (Benefits Identification Card (BIC)) の保管

給付証明書 (Benefits Identification Card (BIC)) のカードをお持ちの場合、保管するようにしてください。**Medi-Cal** が終了するまで、**BIC** 番号を使用することができます。今後、**Medi-Cal** の資格を得た場合、再度使用することもできます。

あなたには申立する権利があります

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、本通知の後ろにある「公聴会に関する権利」をお読みください。申立の申請期間は **90** 日間です。カウンティが本通知を送付してから **90** 日後が締め切りとなります。

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

当社が本決定に使用した規則

該当国の民生委員事務所でこの規則を読むことができます : California Code of Regulations, Title 22,
Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL

종결 시행 통보

NON-MODIFIED ADJUSTED

GROSS INCOME MEDI-CAL 에 대한 중단

「 「

」 」

「 「 「 「

통지서 날짜: _____

케이스 번호: _____

요원 이름: _____

요원 ID 번호: _____

요원 전화번호: _____

근무 시간: _____

」 」 「 「

사무실 주소: _____

님께,

당사는 귀하의 케이스에 관해 보유하고 있는 정보를 검토하였습니다. 당사에서 보유하고 있는 정보에 따르면, 귀하의 Medi-Cal 은 _____ 에 종료됩니다.

귀하는 더이상 _____ 을 받을 자격이 없으므로 Medi-Cal 은 종료된 것입니다.

Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal 프로그램을 받으려면 반드시 다음의 **한가지** 사항에 해당되어야 합니다:

- 맹인 또는 장애인
- 임산부
- 21 세 이하
- 65 세 이상
- 집에서 21 세 이하의 어린이를 돌보는 가족 또는 관련되는 관리인

귀하는 위의 어떤 사항에도 해당되지 않음이 확인되었습니다.

기타 조건을 토대로 Medi-Cal 을 받을 자격이 없으므로 이에 관한 통지서를 받게된 것입니다.

위의 조건 중의 하나에 해당된다고 생각한다면, 위에 기입된 현지 카운티 사무실 번호로 연락하십시오.

위의 조건 중의 하나에 해당된다면, Medi-Cal 을 계속 유지할 수 있습니다.

귀하의 혜택 신분증명서(Benefits Identification Card (BIC))를 소지하십시오

플라스틱 혜택 신분증명서(Benefits Identification Card (BIC))를 소지하고 있다면, 잘 보관하십시오. 귀하의 Medi-Cal 가 종료될 때까지 BIC 번호를 사용할 수 있습니다. 아울러 장래에 Medi-Cal 을 받을 수 있게 되면 BIC 번호를 재사용하게 됩니다.

귀하는 소송을 제기할 권리가 있습니다.

당사에 잘못이 있다고 생각한다면, 귀하는 소송을 제기할 수 있습니다. 소송을 제기하는 방법을 요해하려면 본 서신의 뒷면에 있는 "심리를 신청할 권리"을 읽어보십시오. 귀하는 **90** 일 이내에 심리를 요청할 수 있습니다. 90 일은 카운티에서 본 통지서를 귀하에게 발송한 날부터 시작합니다.

당사에서 결정을 내리는 규정

이 규정은 현지 보건복지사무실에서 찾아볼 수 있습니다: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

ກົດລະບຽບທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ເພື່ອຮັດຄ່າຕິດສິນຂອງພວກເຮົາ

ທ່ານສາມາດອ່ານກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ທີ່ຫ້ອງການສະຫວັດດີການໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ZUNH FIENX MBUOX ZOUX GONG
DINGH NJIEC MV DUQV LONGC NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌ ┐

└ ┘

┌		┐	Zunh fiensex hnoi-nyieqc: _____
			Sic dauh nam mber: _____
			Zoux mienh mbuoz: _____
			Zoux gong mienh ID nam mber: _____
			Zoux gong mienh fonh nam mber: _____
			Gorn zangc zoux gong ziangh hoc: _____
└		┘	Gong-gorn deic zepv: _____

Zorqv yieqv taux meih

Yie mbuo duqv mangc liuz naaiv deix waac-fienx dongh maaih siou yiem njiec yie mbuo wuov gorngv taux meih nyei sic dauh. Longc ei gan naaiv deix waac-fienx yie mbuo maaih wuov nor, meih nyei Medi-Cal yaac zuqc dingh njiec .

Meih nyei Medi-Cal oix zuqc dingh njiec se wueic laaix benx zuqc meih maiv maaih puix-juang horpc gaux liouh longc . Liouh zoux bun haaix dauh maaih puix-juang gaux horpc zipv longc Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal gong-bou gorn nor, meih oix zuqc maaih **yietc** diuc yiem ga'ndiev deix jauv-louc:

- Mh zing maengh a'fai waaic hmien-mueic mengh dauh
- Maaih gu'nguaax yiem sin
- Hnyangx jeiv gauh aiv 21 hnyangx
- Hnyangx jeiv duqv 65 hnyangx a'fai gauh goz, **a'fai**
- Dae maa a'fai goux mangc fu'jueiv mienh dungh tengx goux uix mangc fu'jueiv yiem biauv maaih hnyangx-jeiv mv buangv 21 hnyangx wuov

Yie mbuo buatac gorngv meih mv maaih haaix diuc puix-juang gaux horpc ei yiem gu'nguaaic deix ndaaub-ndorqc sic dauh.

Meih se maiv maaih puix-juang gaux liouh tengx Medi-Cal yaac maiv buatac maaih lamh dorngx bangc ei da'nyeic diuc aqv aengx caux cingx fungx naaiv zeiv fiensex zunh mbuox duqv hiuv.

Se gorngv meih hnamv haix meih maaih yietc diuc puix-juang ei yiem gu'nguaaic wuov nor, korh waac lorx taux meih buon-deic kaau div gorn zangc gan fonh nam mber fiev yiem gu'nguaaic wuov. Se gorngv meih maaih yietc diuc puix-juang horpc yiem gu'nguaaic wuov nor, meih corc se haih duqv longc jienv Medi-Cal mingh.

Siou longx meih nyei zipv fu'loqc nyaanh sou-fangx (Benefits Identification Card (BIC))

Se gorngv meih maaih zeiv-mbuoqc dapv siou fu'loqc nyaanh sou-fangx (Benefits Identification Card (BIC)), oix zuqc mbungh goux siou longx. Meih oix zuqc aengx daaux nqaang longc jiex meih nyei BIC nam mber se gorngv meih maaih puix-juang gaux longc tengx Medi-Cal yiem wuov ndaangc zinh hoz.

Meih maaih doh leiz-nyeic zoux sou mingh tov kuinx

Se gorngv meih hnamv haix daax yie mbuo zoux dorngx naaiv baan gong nor meih se haih zoux sou mingh kuinx tov. Hoqc mangc hngangv nor zoux yietc nyeic sou-kuinx, doqc mangc "meih nyei ze'buonc lei-nyeic mingh muangx sic" yiem naaiv zeiv fieng nqa'haav maengx. Meih maaih ziangh hoc **90** hnoi mingh tov heuc muangx bun-paaiv sic dauh. Naaiv deix 90 hnoi se funx jiez gorn saauv daaih dongh ninh mbuo kaau div fungx naaiv zeiv fieng zunh mbuox meih wuov.

Yie mbuo longc naaiv deix doh leiz orn jienv yie mbuo nyei dunz sic dauh waac

Meih lorx doqc mangc naaiv deix doh leiz yiem njiec meih nyei buon-deic taan nyanc hopv gorn zangc: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਨੋਟਿਸ

NON-MODIFIED ADJUSTED
GROSS INCOME MEDI-CAL ਲਈ ਸਮਾਪਤੀ

┌	┐	┌	┐
┌	┐	┌	┐
		ਨੋਟਿਸ ਮਿਤੀ:	_____
		ਕੇਸ ਨੰਬਰ :	_____
		ਵਰਕਰ ਦਾ ਨਾਂ:	_____
		ਵਰਕਰ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ:	_____
		ਵਰਕਰ ਦਾ ਟੇਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ:	_____
		ਕੰਮ ਦੇ ਘੰਟੇ:	_____
└	┘	ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਪਤਾ:	_____

ਪਿਆਰੇ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਬਾਰੇ ਜੋ ਸੂਚਨਾ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ, ਵੇਖ ਲਈ ਹੈ। ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੌਜੂਦ ਸੂਚਨਾ 'ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ, ਤੁਹਾਡਾ ਮੈਡੀਕਲ Medi-Cal 'ਤੇ ਖਤਮ ਹੋਵੇਗਾ।

ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਖਤਮ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਲਈ ਹੁਣ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਇੱਕ Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਮਨਲਿਖਿਤ ਚੋਂ ਇੱਕ ਜ਼ਰੂਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

- ਅੰਨ੍ਹਾ ਜਾਂ ਵਿਕਲਾਂਗ
- ਗਰਭਵਤੀ
- 21 ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ
- 65 ਦੀ ਉਮਰ ਜਾਂ ਵੱਡਾ ਜਾਂ
- ਘਰ ਵਿਚ 21 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਇਕ ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ

ਅਸੀਂ ਪਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸ਼ਰਤਾਂ ਚੋਂ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਅਧਾਰ 'ਤੇ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸ਼ਰਤਾਂ ਚੋਂ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਉਪਰੋਕਤ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਿਕ ਕਾਊਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਸ਼ਰਤਾਂ ਚੋਂ ਇੱਕ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਤੇ ਰਹਿਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਆਪਣਾ ਲਾਭ ਪਹਿਚਾਣ ਕਾਰਡ ਰੱਖੋ (Benefits Identification Card (BIC))

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਪਲਾਸਟਿਕ ਲਾਭ ਪਹਿਚਾਣ ਕਾਰਡ (Benefits Identification Card (BIC)) ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਇਸ ਦਾ ਕੋਲ ਹੋਣਾ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਖਤਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ BIC ਨੰਬਰ ਵਰਤ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਭਵਿੱਖ 'ਚ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਮੁੜ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋਗੇ।

ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰੱਖਦੇ ਹੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਗਲਤੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਸਿੱਖਣ ਲਈ, ਇਸ ਖਤ ਦੇ ਮਗਰਲੇ ਪਾਸੇ “ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਣਵਾਈ ਹੱਕ” ਪੜ੍ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ **90** ਦਿਨ ਹਨ। 90 ਦਿਨ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜਣ ਦੇ ਇੱਕ ਦਿਨ ਬਾਅਦ ਮਗਰੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਨਿਯਮ

ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਥਾਨਕ ਭਲਾਈ ਦਫ਼ਤਰ ‘ਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨਿਯਮਾਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ
ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

Г _____ Г

Л _____ Л

Г _____ Г

Л _____ Л

Дата уведомления: _____
Номер дела: _____
Имя сотрудника: _____
ID-номер сотрудника: _____
Телефон сотрудника: _____
Часы работы: _____
Адрес офиса: _____

Уважаемый (-ая)

Мы рассмотрели имеющуюся информацию о Вашем деле. Согласно нашей информации, действие Вашего страхования Medi-Cal закончится _____.

Действие Вашего страхования Medi-Cal закончится, поскольку Вы более не соответствуете требованиям для _____ . Чтобы соответствовать требованиям для программы Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal, Вы должны относиться к **одной** из следующих категорий:

- Слепой или инвалид
- Беременная
- Лицо в возрасте до 21 года
- Лицо в возрасте 65 лет или старше, **или**
- Родитель или родственник, ухаживающий за ребенком в возрасте до 21 года на дому

Мы приняли решение, что Вы не соответствуете ни одному из вышеперечисленных условий.

Вы не соответствуете требованиям для Medi-Cal по каким-либо другим основаниям, и Вы должны получить уведомление об этом.

Если Вы считаете, что Вы соответствуете одному из вышеперечисленных условий, позвоните в Ваш местный окружной офис по номеру, указанному выше. Если Вы соответствуете одному из вышеперечисленных условий, Вы можете сохранить страхование Medi-Cal.

Сохраните Вашу Идентификационную карту (Benefits Identification Card (BIC))

Если у Вас есть пластиковая Идентификационная карта (Benefits Identification Card (BIC)), обязательно сохраните ее. Вы можете использовать номер Вашей карты BIC до окончания действия страхования Medi-Cal. Вы также будете использовать его снова, если Вы будете соответствовать требованиям для Medi-Cal в будущем.

У Вас есть право на апелляцию

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 этого письма. 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.

Правила, использованные нами при принятии решения

Вы можете ознакомиться с этими правилами в Вашем местном офисе велфер: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
DESCONTINUACIÓN DE NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌	┐		
L	└		┘
┌	┐	Fecha del aviso:	_____
		Número de caso:	_____
		Nombre del trabajador:	_____
		Número de ID del trabajador:	_____
		Número de teléfono del trabajador:	_____
		Horario de oficina:	_____
L	└	Dirección de la oficina:	_____

Estimado

Examinamos la información que tenemos sobre su caso. De acuerdo con la información que tenemos, su Medi-Cal terminará el _____.

Su Medi-Cal terminará porque usted ya no es elegible para _____ . Para ser elegible para un programa Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal, usted debe cumplir con **una** de las siguientes condiciones:

- Ser ciego o discapacitado
- Estar embarazada
- Ser menor de 21 años de edad
- Tener 65 años de edad o más o,
- Ser padre o pariente a cargo del cuidado de un niño menor de 21 años de edad en el hogar

Encontramos que usted no cumple con ninguna de las condiciones de arriba.

Usted tampoco es elegible para Medi-Cal bajo ninguna otra base y debe haber recibido un aviso sobre esta situación.

Si le parece que usted cumple con alguna de las condiciones de arriba, llame a la oficina local de su condado al número anotado arriba. Si usted cumple con alguna de las condiciones de arriba, usted podría quedarse en Medi-Cal.

Conserve su tarjeta de identificación para beneficios (Benefits Identification Card (BIC))

Si usted tiene una tarjeta plástica de identificación para beneficios (Benefits Identification Card (BIC)), asegúrese de conservarla. Usted puede usar su número BIC hasta que termine su Medi-Cal. También volverá a usarlo si usted es elegible para Medi-Cal en el futuro.

Usted tiene derecho a apelar

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 esta carta. Usted tiene **90** días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le envió este aviso.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Reglas que usamos para tomar nuestra decisión

Usted puede leer estas reglas en su oficina local de bienestar social: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ABISO SA PAGKILOS
PAGPAPAHINTO SA NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

┌	┐		
┌	┐	Petsa ng Abiso:	_____
		Numero ng Kaso:	_____
		Pangalan ng Worker:	_____
		Numero ng ID ng Worker:	_____
		Numero ng Telepono ng Worker:	_____
		Oras ng Opisina:	_____
L	J	Address ng Opisina:	_____

Mahal na

Tiningnan namin ang impormasyong mayroon kami tungkol sa kaso mo. Batay sa impormasyong mayroon kami, ang iyong Medi-Cal ay matatapos sa _____.

Matatapos ang iyong Medi-Cal dahil hindi ka na kuwalipikado para sa _____.
Para maging kuwalipikado para sa programang Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal, dapat ay **isa** ka sa sumusunod:

- Bulag o may kapansanan
- Buntis
- Mas bata sa edad na 21
- Nasa edad na 65 o mas matanda, o
- Magulang o tagapag-alagang kamag-anak na nag-aalaga sa batang wala pa sa edad ng 21 sa tahanan

Nalaman namin na hindi mo natutugunan ang alinman sa mga kundisyon sa itaas.

Hindi ka kuwalipikado para sa Medi-Cal sa alinman sa ibang batayan at dapat ay nakatanggap ka ng abiso tungkol dito.

Kung sa palagay mo ay natutugunan mo ang isa sa mga kundisyon sa itaas, tumawag sa numero ng lokal na opisina sa county niyo sa taas. Kung natutugunan mo ang isa sa mga kundisyon sa itaas, maaari kang manatili sa Medi-Cal.

Itago ang iyong Kard ng Pagkakilanlan para sa Benepisyo (Benefits Identification Card (BIC))
Kung mayroon kang plastik na Kard ng Pagkakilanlan para sa Benepisyo (Benefits Identification Card (BIC)), siguraduhing itago ito. Magagamit mo ang numero ng iyong BIC hanggang matapos ang iyong Medi-Cal. Magagamit mo ito muli kung kuwalipikado ka para sa Medi-Cal sa hinaharap na panahon.

May karapatan kang mag-apela

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, makakapag-apela ka. Para matuto kung paano mag-apela, basahin "Ang Mga Karapatan Ninyo sa Pagdinig" sa likod ng liham na ito. Mayroon kang **90** araw para humingi ng pagdinig. Nagsimula ang 90 araw sa araw makalipas kang pinadalhan ng county ng abisong ito.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Mga patakarang ginamit namin para magpasya

Mababasa mo ang mga patakarang ito sa inyong lokal na tanggapan ng welfare: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

กรุณาเก็บบัตรประจำตัวสมาชิกของคุณ (Benefits Identification Card (BIC))

หากคุณมีบัตรประจำตัวสมาชิกที่เป็นพลาสติก (Benefits Identification Card (BIC)) กรุณาเก็บรักษาไว้ คุณสามารถใช้หมายเลข BIC จะกว่า Medi-Cal จะสิ้นสุดนอกจากนั้นคุณยังสามารถใช้หมายเลขได้อีกครั้ง หากคุณมีคุณสมบัติเข้า Medi-Cal ในอนาคตได้

คุณมีสิทธิในการอุทธรณ์

หากคุณคิดว่าเราดำเนินการผิดพลาด คุณสามารถยื่นอุทธรณ์ได้ กรุณาอ่าน "สิทธิด้านการพิจารณาคดีของท่าน" ที่บริเวณด้านหลังของจดหมายฉบับนี้ คุณมีระยะเวลา **90** วัน ในการยื่นเรื่องอุทธรณ์ โดยระยะเวลา 90 วัน สำหรับการยื่นอุทธรณ์ เริ่มนับจากวันที่ทางหน่วยงานท้องถิ่นได้ส่งจดหมายฉบับนี้แจ้งไปถึงคุณ

กฎที่เราใช้เพื่อทำการตัดสินใจของเรา

คุณสามารถอ่านกฎดังกล่าวเหล่านี้ได้ที่สำนักงานสวัสดิการท้องถิ่นของคุณ: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

MEDI-CAL
ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО РІШЕННЯ
ПРИПИНЕННЯ ДІЇ NON-MODIFIED
ADJUSTED GROSS INCOME MEDI-CAL

Г 7

L J

Г 7 Дата повідомлення: _____
Номер кейсу: _____
Ім'я робітника: _____
Ідентиф номер робітника: _____
Телефон робітника: _____
L J Робочі години: _____
Робоча адреса: _____

Шановний(-а)

Ми переглянули інформацію, яку ми маємо про ваш кейс. Спираючись на інформацію, яку ми маємо, ваше покриття в програмі Medi-Cal закінчується

Ваше покриття в програмі Medi-Cal закінчується тому, що ви більше не відповідаєте умовам участі в програмі . Щоб відповідати умовам участі в програмі Non-Modified Adjusted Gross Income Medi-Cal, ви маєте відповідати **одному** з наступних критеріїв:

- ви сліпий або інвалід
- ви вагітна
- ви молодші за 21 рік
- 65 років або старше, **або**
- ви є одним з батьків або родичів, який вдома доглядає дитину віком до 21 року

Ми встановили, що ви не відповідаєте жодному з цих критеріїв.

Ви не відповідаєте умовам покриття в програмі Medi-Cal з будь-яких інших причин та мали отримати відповідне повідомлення стосовно цього.

Якщо ви вважаєте, що ви відповідаєте одному з критеріїв, наведених вище, зателефонуйте до вашого місцевого офісу за номером, наведеним вище. Якщо ви відповідаєте одному з критеріїв, наведених вище, можливо, ви зможете й надалі залишатися в програмі Medi-Cal.

Зберігайте свою Ідентифікаційну пільгову картку (Benefits Identification Card (BIC))

Якщо ви маєте пластикову ідентифікаційну пільгову картку (Benefits Identification Card (BIC)), обов'язково зберігайте її. Ви можете користуватися своїм номером BIC до завершення вашого покриття в програмі Medi-Cal. Якщо в майбутньому ви будете мати право на отримання покриття в програмі Medi-Cal, ви знову будете користуватися цією карткою.

Ви маєте право на апеляцію

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 цього листа. Ви маєте **90** днів, щоб подати апеляцію. Відлік періоду в 90 днів починається з наступного дня як було відіслано цього лист повідомлення до Вас.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Нормативи, якими ми користувалися для винесення цього рішення

Ви можете ознайомитися з цими нормативами в вашому місцевому офісі велфер: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.

State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Những quy tắc chúng tôi sử dụng để đưa ra quyết định của mình

Quý vị có thể đọc các quy tắc này tại văn phòng phúc lợi tại địa phương của quý vị: California Code of Regulations, Title 22, Section(s): 50203, 50219, 50223, 50251.