



JENNIFER KENT  
DIRECTOR

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



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

June 14, 2019

Medi-Cal Eligibility Division Information Letter No.: 19-16

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS  
ALL COUNTY WELFARE ADMINISTRATIVE OFFICERS  
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS  
ALL COUNTY HEALTH EXECUTIVES  
ALL COUNTY MENTAL HEALTH DIRECTORS  
ALL COUNTY MEDS LIASONS

SUBJECT: TRANSLATIONS FOR ANNUAL RENEWAL OR CHANGE OF  
CIRCUMSTANCES – NO CHANGE IN ELIGIBILITY NOA SNIPPETS  
(Ref: All County Welfare Directors Letter [19-03](#))

The purpose of this Medi-Cal Eligibility Division Information Letter (MEDIL) is to provide counties and the Statewide Automated Welfare System (SAWS) with translations for the Annual Renewal or Change of Circumstances – No Change in Eligibility Modified Adjusted Gross Income (MAGI) and Non-MAGI NOA snippets. The English versions of the MAGI and Non-MAGI NOA snippets were provided in All County Welfare Directors Letter (ACWDL) [19-03](#). This guidance is effective immediately.

The translated MAGI and Non-MAGI snippets are included in the enclosure with this MEDIL.

### 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 shall make programming changes to use the Annual Renewal or Change of Circumstances – No Change in Eligibility NOA snippets during the next available SAWS release.

If you have any questions, or if we can provide further information, please contact Alison Brown by phone at (916) 345-8078 or by email at [Alison.Brown@dhcs.ca.gov](mailto:Alison.Brown@dhcs.ca.gov).

### ORIGINAL SIGNED BY

Linda Nguyen, Acting Branch Chief  
Policy Development Branch  
Medi-Cal Eligibility Division

English	<p><b>Your Medi-Cal is renewed for the next year.</b></p> <p>We checked to see if you can still get Medi-Cal. We must check once a year. We also check when there is a change in your circumstances. To decide, we used information you gave us or that is available to us. Based on this information, you will have Medi-Cal for the next year. We will check again in one year to see if you can keep getting Medi-Cal. We will check sooner if you have a change in circumstances.</p> <p>We used the information below to make our decision. If anything below is wrong, please contact us to tell us the right information. To learn how to report updated information to your county office, read the section called “Do you have any changes?” below.</p> <p>Household Size: _____  Monthly Countable Household Income: _____  Tax Filing Status: _____  Marital Status: _____  Pregnant: _____  Have a Child You Are Responsible For  (Under 18, or 18 and Full-Time Student): _____  Citizenship/Immigration Status: _____</p> <p>We counted your household size and income to make our decision.  For Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Your household size is &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Your monthly household income is &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>The monthly Medi-Cal income limit for your household size is &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Your income is below this limit, so you qualify for Medi-Cal.</p> <p><b>Do you have any changes?</b>  Over the next year, you must report any life changes that affect your eligibility for Medi-Cal. You must report within <b>10</b> days after the change happened. For example, you must contact us if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Your income changes.</li> </ul>
---------	--

English	<ul style="list-style-type: none"> <li>Your household changes, such as you marry, divorce, become pregnant, or have or adopt a child; a person moves into or out of your home; or you change who will be on your tax return.</li> <li>You qualify for other health insurance.</li> <li>You move. If you move to a new county, you can report your change to your old or new county.</li> </ul> <p>You may report changes to your local county office in person or by mail, fax, phone, or electronically. The contact information is on the first page of this notice.</p>
Arabic	<p>تم تجديد خطة <b>Medi-Cal</b> الخاصة بك للعام القادم.</p> <p>لقد راجعنا أهليتك للتأكد من أنه ما زال بإمكانك الحصول على خطة <b>Medi-Cal</b>. ويتعين علينا مراجعة الأهلية مرة واحدة سنويًا. كما نتحقق كذلك في حالة وجود تغيير في حالتك. وللبت في الأهلية؛ استخدمنا المعلومات التي سبق لك إرسالها لنا أو المتاحة لدينا. واستنادًا إلى هذه المعلومات؛ ستتمتع بخطة <b>Medi-Cal</b> للعام القادم. وسنعاود التحقق خلال عام واحد لنحدد أهليتك للحصول على خطة <b>Medi-Cal</b>. وستتحقق في أقرب وقت في حالة وجود تغيير في الحالة.</p> <p>استخدمنا المعلومات الواردة أدناه لاتخاذ قرارنا. وفي حالة وجود خطأ أدناه، يرجى الاتصال بنا لتقديم المعلومات الصحيحة. وللتعرف على كيفية تقديم المعلومات المحدثة إلى مكتب المقاطعة الذي تتبعه؛ يرجى قراءة قسم "هل لديك أية تغييرات؟" أدناه.</p> <p>حجم الأسرة:  دخول الأسرة الشهري المحسوب:  حالة الملف الضريبي:  الحالة العائلية:  حبلى:  لديك طفل مسؤول منك (أقل من 18 عامًا أو يبلغ من 18 عامًا وطالب متفرغ للدراسة):  حالة المواطنة/الهجرة:</p> <p>لقد حسبنا حجم أسرتك ودخلك بغرض اتخاذ قرارنا للحصول على خطة <b>Medi-Cal</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>حجم أسرتك &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>يبلغ دخل أسرتك الشهري &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>يبلغ حد الدخل الشهري لخطة <b>Medi-Cal</b> تبعًا لحجم أسرتك &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. دخلك أقل من هذا الحد؛ لذلك أنت مؤهل لخطة <b>Medi-Cal</b>.</p>

<p>Arabic</p>	<p><b>هل لدية أية تغييرات؟</b></p> <p>خلال العام القادم، يجب عليك أن تبلغ عن أي تغييرات حياتية تؤثر في أهليتك للحصول على خطة Medi-Cal. ويجب عليك الإبلاغ خلال 10 أيام بعد حدوث التغيير. فعلى سبيل المثال، يجب عليك الاتصال بنا في حالة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حدوث تغيير في ذلك.</li> <li>• حدوث تغيير في أسرتك، مثل الزواج، أو الطلاق، أو إنها حامل، أو ميلاد أو تبني طفل، أو انتقال شخص للعيش داخل منزلك أو خارجه، أو قمت بتغيير الأشخاص المضافين في إقرارك الضريبي.</li> <li>• أهليتك للحصول على تأمين صحي آخر.</li> <li>• انتقالك. إذا انتقلت إلى مقاطعة جديدة، يمكنك إبلاغ المقاطعة القديمة أو الجديدة عن هذا التغيير.</li> </ul> <p>ويمكنك الإبلاغ عن التغييرات لدى مكتب المقاطعة المحلي الذي تتبعه سواء شخصيًا، أو بالبريد، أو بالفاكس، أو بالهاتف، أو إلكترونياً. وتظهر معلومات الاتصال بالصفحة الأولى من هذا الإشعار.</p>
<p>Armenian</p>	<p><b>Ձեր «Medi-Cal»-ը թարմացվում է հաջորդ տարվա համար:</b></p> <p>Մենք ստուգում ենք կատարել՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կարող եք շարունակել «Medi-Cal» ստանալ: Մենք պետք է տարեկան մեկ անգամ նման ստուգում կատարենք: Մենք ստուգում ենք կատարում նաև այն դեպքում, երբ փոփոխություն է տեղի ունենում Ձեր իրավիճակի մեջ: Մեր որոշումը հիմնված է այն տեղեկությունների վրա, որոնք Դուք տրամադրել եք մեզ, կամ որոնք կան մեր ձեռքի տակ: Ելնելով այդ տեղեկություններից՝ հաջորդ տարի Դուք կունենաք «Medi-Cal»: Մեկ տարուց մենք կրկին կստուգենք՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կարող եք շարունակել «Medi-Cal» ստանալ: Եթե Ձեր իրավիճակի մեջ փոփոխություն տեղի ունենա, մենք ստուգումն ավելի շուտ կկատարենք:</p> <p>Մեր որոշումը հիմնված է ստորև նշված տեղեկությունների վրա: Եթե ստորև որևէ սխալ տեղեկություն կա, խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ և հայտնել ճիշտ տեղեկությունը: Իմանալու համար, թե ինչպես նոր տեղեկությունները հայտնել Ձեր տեղական գրասենյակին, կարդացե՛ք «Ձեզ մոտ որևէ փոփոխություն կա՞» բաժինը՝ ստորև:</p> <p>Ընտանիքի անդամների թիվը՝ _____</p> <p>Ընտանիքի ամսական հաշվելի եկամուտը՝ _____</p> <p>Հարկ վճարողի կարգավիճակը՝ _____</p>

Armenian	<p>Ընտանեկան դրությունը` _____          Հղի` _____          Ձեր խնամքի տակ երեխա կա ( մինչև 18 տարեկան կամ 18 տարեկան և առկա ուսանող) ` _____          Քաղաքացիության/ ներգաղթային կարգավիճակը _____</p> <p>Որոշում կայացնելու համար մենք հաշվարկել ենք Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը և եկամուտը:          «Medi-Cal»- ի համար`</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը &lt;MAGI_SIZE&gt; է:</li> <li>• Ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը &lt;MAGI_INCOME&gt; է:</li> </ul> <p>Ձեր ընտանիքի անդամների թվի համար «Medi-Cal»- ի կողմից սահմանված ամսական եկամուտի սահմանաչափը &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt; է: Ձեր եկամուտն այդ սահմանաչափից ցածր է, ուստի Դուք համապատասխանում եք «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին:</p> <p><b>Ձեզ մոտ որևէ փոփոխություն կա՞:</b></p> <p>Հաջորդ տարվա ընթացքում Դուք պետք է մեզ տեղյակ պահեք Ձեր կյանքում տեղի ունեցած ցանկացած փոփոխության մասին, որն ազդում է «Medi-Cal»- ի Ձեր իրավունակության վրա: Դուք պետք է այդ մասին հայտնեք տվյալ փոփոխությունից հետո <b>10</b> օրվա ընթացքում: Օրինակ` Դուք պետք է մեզ հայտնեք, եթե`</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• փոխվի Ձեր եկամուտը.</li> <li>• փոփոխություն տեղի ունենա Ձեր ընտանիքում, օրինակ` ամուսնության, ամուսնալուծության, որևէ մեկի հղիանալու, երեխա ունենալու կամ որդեգրելու, Ձեր տանը որևէ անձի բնակություն հաստատելու կամ տնից որևէ մեկի հեռանալու դեպքում, կամ եթե Դուք փոփոխություն կատարեք Ձեր հարկագրում նշվող անձանց մեջ.</li> <li>• Դուք բավարարեք առողջության այլ ապահովագրություն ստանալու պահանջները.</li> </ul>
----------	---

<p>Armenian</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Դոք փոխել Զեր բնակության վայրը: Եթե Դոք բնակության տեղափոխվեք մեկ այլ շրջան, կարող եք այդ փոփոխության մասին հայտել կա'մ հին, կա'մ նոր շրջանին.</li> </ul> <p>Փոփոխության ենթարի մասին Դոք կարող եք հայտել Զեր շրջանի տեղական գրասենյակին՝ անձամբ նրանց այցելելով կամ նամակով, ֆաքսով, հեռախոսով կամ էլեկտրոնային եղանակով: Կոնտակտային ហվայլները նշված են այս ծանուցման առաջին էջում:</p>
<p>Cambodian</p>	<p><b>កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកត្រូវបានបន្តសុពលភាពសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។</b></p> <p>យើងបានត្រួតពិនិត្យមើលថាតើអ្នកនៅបន្តទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ទៀតដែរឬទេ។ យើងត្រូវធ្វើការត្រួតពិនិត្យម្តង ក្នុងមួយឆ្នាំ។ យើងក៏ត្រួតពិនិត្យមើលផងដែរថាតើពេលវេជ្ជការដែលមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីធ្វើ ការសម្រេច យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់មកឲ្យយើង ឬព័ត៌មានដែលយើងអាចទទួលបាន។ ផ្អែកលើ ព័ត៌មាននេះ អ្នកនឹងទទួលបាន Medi-Cal សម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។ យើងនឹងធ្វើការត្រួតពិនិត្យម្តងទៀតក្នុងរយៈពេល មួយឆ្នាំ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកអាចនៅបន្តទទួលបានសេវា Medi-Cal ទៀតឬយ៉ាងណា។ យើងនឹងធ្វើការត្រួត ពិនិត្យឲ្យបានរួសរាន់ជាងនេះ ប្រសិនបើ អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់អ្នក។</p> <p>យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានខាងក្រោមដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ប្រសិនបើមានចំណុចណាមួយនៅផ្នែក ខាងក្រោមពុំត្រឹមត្រូវ សូមទាក់ទងមកកាន់យើងខ្ញុំដើម្បីប្រាប់ពីព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវនោះមកយើង។ ដើម្បីស្វែងយល់ ពីរបៀបក្នុងការរាយការណ៍អំពីព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នភាពទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីរបស់អ្នក សូមអានផ្នែក “តើអ្នកមាន ការផ្លាស់ប្តូរអ្វីដែរឬទេ?” នៅផ្នែកខាងក្រោម។</p> <p>ទំហំគ្រួសារ៖ _____</p> <p>ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំខែដែលត្រូវរាប់បញ្ចូល៖ _____</p> <p>ស្ថានភាពនៃការប្រកាសពន្ធ៖ _____</p> <p>ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍៖ _____</p>

Cambodian	<p>មានផ្ទៃពោះ៖ _____</p> <p>មានកូនម្នាក់ស្ថិតនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក (ក្រោម 18 ឆ្នាំ ឬ 18 ឆ្នាំ និងជាសិស្សពេញម៉ោង)៖ _____</p> <p>ភាពជាពលរដ្ឋ/ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ៖ _____</p> <p>យើងរាប់បញ្ចូលទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ សម្រាប់ Medi-Cal៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកគឺ &lt;MAGI_SIZE&gt;។</li> <li>• ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នកគឺ &lt;MAGI_INCOME&gt;។</li> </ul> <p>ការកំណត់ប្រាក់ចំណូល Medi-Cal ប្រចាំខែសម្រាប់ទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកគឺ &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកស្ថិតក្រោមការកំណត់នេះ ដូចនេះអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន Medi-Cal។</p> <p><b>តើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីដែរឬទេ?</b></p> <p>នៅឆ្នាំបន្ទាប់ អ្នកត្រូវធ្វើការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងជីវិតដែលជះឥទ្ធិពលលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកត្រូវរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល <b>10</b> ថ្ងៃបន្ទាប់ពីមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយកើតឡើង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកត្រូវទាក់ទងមកកាន់យើង ប្រសិនបើ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។</li> <li>• គ្រួសាររបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ ដូចជាអ្នករៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ លែងលះ មានផ្ទៃពោះ ឬមានកូន ឬយកកូនមកចិញ្ចឹម។ បុគ្គលណាម្នាក់ផ្លាស់ចូល ឬផ្លាស់ចេញពីផ្ទះរបស់អ្នក។ ឬអ្នកធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបុគ្គលដែលត្រូវមានឈ្មោះនៅលើលិខិតប្រកាសបង់ប្រាក់ពន្ធរបស់អ្នក។</li> <li>• អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត។</li> </ul>
-----------	---

Cambodian	<ul style="list-style-type: none"> <li>• អ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីទៅកាន់ខោនធីធី អ្នកអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកទៅកាន់ខោនធីចាស់ ឬខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។</li> </ul> <p>អ្នកអាចធ្វើការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ទូរសព្ទ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ ព័ត៌មានសម្រាប់ទាក់ទង គឺមាននៅលើទំព័រទីមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។</p>
Chinese	<p>您下一年度的 <b>Medi-Cal</b> 已更新。</p> <p>我們已確認您是否仍有資格獲得 <b>Medi-Cal</b>。我們必須每年確認一次。當您的情況發生變化時我們亦會進行確認。我們根據您向我們提供的資訊或我們可以獲得的資訊做出決定。根據這些資訊，下一年度您仍可加入 <b>Medi-Cal</b>。一年後，我們還將再次確認您是否仍可獲得 <b>Medi-Cal</b>。如果您的情況發生變化，我們會提前進行確認。</p> <p>我們根據以下資訊做出決定。如果以下任何資訊有誤，請聯絡我們，告知我們正確的資訊。瞭解如何向您所在縣辦事處報告最新資訊，請閱讀以下「您是否需要變更資訊？」部分。</p> <p>家庭人數： _____</p> <p>每月可計家庭收入： _____</p> <p>納稅申報狀態： _____</p> <p>婚姻狀況： _____</p> <p>妊娠狀況： _____</p> <p>有一名需要監護的子女 (未滿 18 歲或 18 歲及全日制學生)： _____</p>



Chinese	<p>公民/移民身份： _____</p> <p>我們根據您的家庭人數及收入做出決定。</p> <p>對於 Medi-Cal：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您的家庭人數為 &lt;MAGI_SIZE&gt;。</li> <li>• 您的月家庭收入為 &lt;MAGI_INCOME&gt;。</li> </ul> <p>根據您家庭人數確定的 Medi-Cal 月收入限制為 &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;。您的收入低於此限制，因此您符合獲得 Medi-Cal 的資格。</p> <p><b>您是否需要變更資訊？</b></p> <p>下一年度期間，您必須報告任何影響您的 Medi-Cal 獲得資格的生活變化。您必須在變化發生後 <b>10</b> 日內報告。例如，如果發生以下變化時，您必須聯絡我們：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您的收入發生變化。</li> <li>• 您的家庭發生變化，如結婚、離異、妊娠、生育或收養一名子女；您的居所搬入或搬出一位人士；或您需要變更納稅申報表上的名單。</li> <li>• 您有資格申請其他健康保險。</li> <li>• 搬家。如果您搬到另一縣區，您可向原縣區或新縣區報告您的變更內容。</li> </ul> <p>您可當面或透過郵件、傳真、電話或電子方式向您所在縣辦事處報告變更。聯絡資訊位於本通知第一頁。</p>
Farsi	<p style="text-align: right;"><b>Medi-Cal شما برای سال آینده تجدید شد.</b></p> <p>ما چک کردیم تا ببینیم آیا هنوز می توانید Medi-Cal دریافت کنید. ما باید سالی یک بار این مورد را چک کنیم. ما همچنین به هنگام بروز تغییرات در شرایط تان، چک می کنیم. برای تصمیم گیری، از اطلاعاتی که به ما داده بودید یا در دسترس ما بود استفاده کردیم. بر اساس این</p>

Farsi

اطلاعات، شما برای سال آینده از Medi-Cal بهره مند خواهید شد. ما مجدداً یک سال بعد چک خواهیم کرد تا ببینیم آیا می توانید به دریافت Medi-Cal ادامه دهید. در صورتی که شرایط شما تغییر کند، زودتر از این موعد چک خواهیم کرد.

برای تصمیم گیری، از اطلاعات مندرج در ذیل استفاده کردیم. در صورتی که اشتباهی را در این اطلاعات مشاهده کردید، لطفاً با ما تماس بگیرید تا اطلاعات صحیح را به ما بدهید. برای کسب آگاهی در مورد نحوه گزارش اطلاعات به روز شده به دفتر کانتی تان، بخش "آیا تغییراتی برای گزارش دارید؟" را در زیر بخوانید.

---

---

---

---

---

---

---

---

اندازه خانواده:  
درآمد ماهیانه قابل شمارش خانواده:  
وضعیت گزارش مالیاتی:  
وضعیت تأهل:  
حامله:

دارای کودکی هستید که مسئولیت او را به عهده دارید  
(زیر 18 سال، یا 18 ساله و دانشجوی تمام وقت):  
وضعیت تابعیت/مهاجرت:

برای تصمیم گیری، ما اندازه و درآمد خانواده شما را در نظر گرفتیم.  
برای Medi-Cal:

- اندازه خانواده شما <MAGI\_SIZE> است.
- درآمد ماهانه خانواده شما <MAGI\_INCOME> است.

محدودیت درآمد ماهانه Medi-Cal برای اندازه خانواده شما <MAGI\_INCOME\_LIMIT> است. درآمد شما زیر این حد است، بنابراین برای Medi-Cal واجد شرایط هستید.

**آیا تغییراتی برای گزارش دارید؟**

طی سال آینده، شما باید هر گونه تغییرات در زندگی تان که واجد شرایط بودن شما را برای Medi-Cal تغییر می دهد گزارش دهید. باید طی 10 روز پس از وقوع تغییرات مربوطه آنرا گزارش دهید. به عنوان مثال در موارد ذیل باید با ما تماس بگیرید:

- تغییرات در درآمد شما.
- تغییرات در خانواده شما، مانند ازدواج، طلاق شما، یا اینکه حامله شدید، یا دارای فرزند شدید یا می خواهید کودکی را به فرزندخواندگی قبول کنید؛ فردی به منزل شما نقل مکان کرده یا از منزل شما نقل مکان کرده است، یا افرادی که در گزارش مالیاتی تان درج می کنید را تغییر دادید.
- برای بیمه بهداشتی دیگری واجد شرایط هستید.

Farsi	<p>• نقل مکان کرديد. اگر به یک کانتی جدید نقل مکان کرديد، می توانید تغییرات را به کانتی سابق یا جدید گزارش دهيد.</p> <p>می توانید تغییرات را بصورت حضوری، از طریق پست، فکس، تلفن، یا به صورت الکترونیکی به دفتر محلی کانتی تان گزارش دهيد. اطلاعات تماس در صفحه اول این اطلاعیه درج شده است.</p>
Hindi	<p><b>आपका Medi-Cal अगले वर्ष के लिए नवीकृत हो गया है।</b></p> <p>हमने यह देखने के लिए जाँच की कि आपको अब भी Medi-Cal मिल सकता है या नहीं। हमें वर्ष में एक बार अवश्य जाँच करनी होगी। हम आपकी परिस्थितियों में बदलाव होने पर भी जाँच करते हैं। हम निर्णय लेने के लिए आपके द्वारा प्रदान की गई या हमारे पास उपलब्ध जानकारी का उपयोग करते हैं। इस जानकारी के आधार पर आपको अगले वर्ष के लिए Medi-Cal प्रदान किया जाएगा। हम एक वर्ष के भीतर दोबारा जाँच करके देखेंगे कि आप Medi-Cal प्राप्त करते रहने के लिए योग्य हैं या नहीं। यदि आपकी परिस्थितियों में बदलाव हुए तो हम जल्दी जाँच करेंगे।</p> <p>हमने निर्णय लेने के लिए निम्नलिखित जानकारी का उपयोग किया है। यदि नीचे दी गई जानकारी में कोई गलती है तो कृपया हमें सही जानकारी देने के लिए हमसे संपर्क करें। अपने काउंटी कार्यालय में नवीनतम जानकारी की सूचना देने का तरीका जानने के लिए नीचे "क्या आपके पास कोई बदलाव हैं?" पढ़ें।</p> <p>परिवार का आकार: _____</p> <p>मासिक गणनीय पारिवारिक आय: _____</p> <p>टैक्स फ़ाइलिंग स्थिति: _____</p> <p>वैवाहिक स्थिति: _____</p> <p>गर्भवती: _____</p> <p>किसी बच्चे के लिए ज़िम्मेदार हैं (18 वर्ष से कम या 18 वर्ष का है और पूर्णकालिक विद्यार्थी है): _____</p> <p>नागरिकता/अप्रवासन स्थिति: _____</p> <p>हमने अपना निर्णय लेने के लिए आपके परिवार के आकार और आय को ध्यान में लिया।</p> <p>Medi-Cal के लिए:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• आपके परिवार का आकार &lt;MAGI_SIZE&gt; है।</li> <li>• आपकी मासिक पारिवारिक आय &lt;MAGI_INCOME&gt; है।</li> </ul>

Hindi	<p>आपके परिवार के आकार के लिए मासिक Medi-Cal आय सीमा &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt; है। आपकी आय इस सीमा के नीचे है, इसलिए आप Medi-Cal के लिए योग्य हैं।</p> <p><b>क्या आपके पास बदलाव हैं?</b></p> <p>अगले वर्ष के दौरान आपको अपने जीवन में होने वाले उन बदलावों की जानकारी देनी होगी जो Medi-Cal के लिए आपकी योग्यता को प्रभावित करती हैं। आपको बदलाव से <b>10</b> दिनों के भीतर इसकी सूचना देनी होगी। उदाहरण के लिए, आपको हमसे संपर्क करना होगा यदि:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• आपकी आय बदल जाती है।</li> <li>• आपके परिवार में बदलाव होते हैं, जैसे आप शादी करते हैं, तलाक लेते हैं, आप गर्भवती होती हैं, बच्चा होता या आप कोई बच्चा गोद लेते हैं; आपके परिवार में एक नया व्यक्ति शामिल होता है या परिवार से निकल जाता है; आपके टैक्स रिटर्न में कौन शामिल रहेगा, आप इसमें बदलाव करते हैं।</li> <li>• आप किसी दूसरे स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्य घोषित किए जाते हैं।</li> <li>• आप अपना निवास स्थान बदलते हैं। यदि आप किसी नए काउंटी में रहने जाते हैं तो आप अपने इस बदलाव की सूचना अपने पुराने या नए काउंटी को दे सकते हैं।</li> </ul> <p>आप डाक, कार्यालयकरता से मिलकर, फैक्स, फ़ोन या इलेक्ट्रॉनिक तरीके से अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को बदलावों की सूचना दे सकते हैं। संपर्क जानकारी इस नोटिस के प्रथम पृष्ठ पर प्रदान की गई है।</p>
Hmong	<p><b>Koj li Medi-Cal tau txuas mus rau lwm xyoo.</b></p> <p>Peb tau kuaj pom yog koj tseem xav tau Medi-Cal. Peb yuav tsum kauj ib zaug ntawm ib xyoo. Peb yuav tau kuaj yog muaj kev txawv txav ntawm koj li kev tshwm sim. Ntawm kev txiav txim siab, peb siv cov ntaub ntawv ntawm koj muab rau peb los yog muaj ntawm peb. Raws li cov ntaub ntawv no koj yuav tau muaj Medi-Cal rau xyoo txuas mus. Peb yuav tau tshawb xyuas txiv ntawm ib xyoo kom pom tau tia yog koj muaj peev xwm tau Medi-Cal. Peb yuav tau kuaj tam sim no yog koj muaj hloov kev tshwm sim.</p> <p>Peb siv cov ntaub ntawb haum qab no rau ntawm kev txiav txim siab. Yog muaj qhov tsis yog, Thov qhia peb kom yog. Kawm kom paub hloov tshiab cov ntaub ntawv ntawm koj li chaws ua hauj lwm, Nyeem ntawm qhov “Koj pua muaj qhov yuav hloov?” li hauj qab no.</p> <p>Tsev neeg Loj Li Cas: _____ Cov Nyiaj Ib Hlig Ntawm Tsev: _____</p>

<p>Hmong</p>	<p>Nyiaj Se: _____</p> <p>Pua tau yuav pom niam/txiv: _____</p> <p>Cev Xeeb Tub: _____</p> <p>Koj Pua Muaj Me Nyuam Ua Koj Yuav Tau Saib Xyuas (Muaj hnuv nyoog me tshaj 18, los yog 18 xyoo thiab Tseem Kawm Ntawv): _____</p> <p>Neeg Pej Xem/Neeg Nkag Teb Chaws: _____</p> <p>Peb yuav tau saib koj tsev neeg loj li cas thiab khwv tau nyiaj li cas rau ntawv kev txiav txim siab ntawm peb.</p> <p>Rau Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koj tsev neeg loj li cas: &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Nyiaj hlig ntawm tsev neeg yog &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>Cov nyiaj hlig Medi-Cal tswm cia ntawm kev loj ntawm koj lub tsev yog &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Koj li nyiaj hlig ntawm hauv qab no, koj tsim nyog rau Medi-Cal.</p> <p><b>Koj pua muaj qhov yuav hloov?</b></p> <p>Nyob rau lwm xyoo, koj yuav tsum ceeb toom kev hloov ntawm koj lub neej kom paub ntawm kev muaj peev xwm rau Medi-Cal. Koj yuav tau ceeb toom ntawm <b>10</b> hnuv ua tswm sim. Piv txwv li, koj tsum hus peb yog:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyiaj hlig koj hloov.</li> <li>• Koj lub tsev hloov, xw li yog koj muaj txij nkawm, sib nrauj, cev xeeb tub, los yog muaj mes nyuam los yog coj los yug; muaj neeg los nrog koj nyob los yog tawm mus; los yog koj hloov tus neeg them se tau rov qab.</li> <li>• Koj tsim nyog tau kev noj qab hau huv ntawm lwm lub kev pov hwm.</li> <li>• Koj mus. Yog koj mus ua qhov hauj lwm tshiab, koj yuav tsum tau ceeb toom qhov hauj lwm qub los yog hauj lwm tshiab.</li> </ul> <p>Koj ceeb toom kev hloov ntawm koj qhov chaws ua hauj lwm rau tus neeg los yog email, fax, xov tooj, los yog ntawm hluav taws xob. Cov ntaub ntawv hus sib cuag nyob rau thawj diam ntawv ntawm diam ceeb tooj no.</p>
--------------	---

Japanese

**お客様の Medi-Cal は来年更新されました。**

Medi-Cal に加入できるかどうかを当社で確認いたしました。これは、1年に1回実施しています。お客様の状況に変更がある場合、その内容も確認することになります。それを判断するために、お客様から提供された情報や当社に保存されている情報を使用しました。この情報に基づくと、来年お客様は Medi-Cal の加入対象となります。Medi-Cal に引き続き加入できるかどうかを確認するために、1年に1回確認しています。お客様の状況に変更がある場合、すぐに確認することになります。

当社で判断するために、下記の情報を使用しました。下記についてあてはまらない場合、正確な情報を当社までご連絡ください。お客様の郡の事務室に最新の情報を報告する方法については、下記の「変更がありますか?」という項目をご覧ください。

世帯規模： \_\_\_\_\_  
世帯収入の月額： \_\_\_\_\_  
税金申告状況： \_\_\_\_\_  
婚姻状況： \_\_\_\_\_  
妊娠の有無： \_\_\_\_\_  
扶養義務のある子供 (18歳より  
下、または 18歳で全日制の学生)： \_\_\_\_\_  
市民/移民状況： \_\_\_\_\_

当社では、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 向け:

- あなたの世帯規模は<MAGI\_SIZE>です。

<p>Japanese</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● あなたの月の世帯収入は、&lt;MAGI_INCOME&gt;です。</li> </ul> <p>あなたの世帯規模に基づく、月の Medi-Cal 収入上限は、&lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;です。 あなたの収入はこの上限より下です。これによって、Medi-Cal に加入する資格があります。</p> <p><b>変更がありますか？</b></p> <p>今後 1 年間、Medi-Cal の資格に影響する変更を報告しなければなりません。変更は、発生後 <b>10</b> 日以内に報告しなければなりません。例えば 以下のような場合、報告してください：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 収入に変更があった。</li> <li>● 世帯規模の変更。結婚、離婚、妊娠、出産、養子を迎えた。入居した家族、転居した家族。所得税申告の変更など。</li> <li>● その他の健康保険の資格。</li> <li>● 転居した。新しい郡へ移住した場合には、在住していた郡の事務所、或いは移住していた郡の事務所に住所変更届を出してください。</li> </ul> <p>地域の郡の事務所に直接届ける、または郵便、ファックス、電話、電子的に、或いは電子メールなどで変更届けを提出してください。連絡情報は、本通知の最初のページに掲載されています。</p>
<p>Korean</p>	<p><b>귀하의 Medi-Cal 은 내년에 갱신됩니다.</b></p> <p>저희는 Medi-Cal 을 받을 수 있는지 확인했습니다. 일년에 한 번 확인해야 합니다. 저희는 귀하의 상황에서 변경 사항이 있을 때도 확인합니다. 귀하가 제공한 정보 또는 사용 가능한 정보를 사용하기로 결정했습니다. 이 정보를 바탕으로 다음 해 Medi-Cal 을 갖게 됩니다. Medi-Cal 을 계속받을 수 있는지 1 년 후에 다시 확인합니다. 상황이 바뀌면 저희는 더 빨리 점검할 것입니다.</p>

Korean

저희는 아래 정보를 사용하여 결정을 내립니다. 아래 내용이 잘못되었다면 저희에게 연락하여 정확한 정보를 알려주십시오. 변경된 정보를 카운티사무실에보고하는 방법을 배우려면, 아래에서 "귀하는 변경 사항이 있습니까?" 아래 섹션을 읽으십시오.

가족구성원 수: \_\_\_\_\_

월별가계소득: \_\_\_\_\_

세금신고상태 : \_\_\_\_\_

결혼상태 : \_\_\_\_\_

임신: \_\_\_\_\_

귀하는 아이가 있는 것을 책임이 있습니다

(18 세 미만, 또는 18 세 미만 및 정규 학생): \_\_\_\_\_

시민권 / 이민신분 : \_\_\_\_\_

귀하의 가구 규모와 수입을 계산하여 결정했습니다.

Medi-Cal 의 경우 :

- 귀하의 가족 구성원은 <MAGI\_SIZE> 입니다.
- 귀하의 월 가구 소득은 <MAGI\_INCOME> 입니다.

귀하의 가구 규모에 대한 매달 Medi-Cal 소득 제한은 <MAGI\_INCOME\_LIMIT> 입니다. 귀하의 수입은 이한도미만이므로, Medi-Cal 수혜 자격이 주어집니다.

**귀하는 변경 사항이 있습니까?**



<p>Korean</p>	<p>내년에 Medi-Cal 자격에 영향을 미치는 모든 생활변화를 보고해야 합니다. 변경이 발생한 후 <b>10 일</b> 이내에 보고해야 합니다. 예를 들어 다음과 같은 경우에는 당사에 연락해야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 귀하의 소득변화.</li> <li>• 결혼, 이혼, 임신, 자녀 양육 또는 입양과 같은 귀하의 세대 변경; 거주자가 늘거나 줄었을 때 또는 세금 환급 대상자를 변경하십시오.</li> <li>• 다른 건강 보험에 가입할 자격이 있습니다.</li> <li>• 귀하는 이동입니다. 새로운 카운티로 이사하면 이전 카운티 또는 새 카운티로 변경 사항을 보고할 수 있습니다.</li> </ul> <p>귀하는 변경 사항은 직접 카운티 관청에 보고하거나 우편, 팩스, 전화 또는 전자 우편으로 신고할 수 있습니다. 연락처 정보는 이 통지의 첫 페이지에 있습니다.</p>
<p>Lao</p>	<p><b>Medi-Cal ຂອງທ່ານໄດ້ຕໍ່ອາຍຸສໍາລັບປີຕໍ່ໄປ.</b></p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ກວດກາເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ກວດກາໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ. ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງກວດກາຄືນໃນເວລາທີ່ມີການປ່ຽນແປງໃນກໍລະນີຕ່າງໆຂອງທ່ານ. ເພື່ອຕັດສິນຕໍ່ບັນຫາດັ່ງກ່າວ, ພວກເຮົາໄດ້ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ກັບພວກເຮົາ ຫຼື ຕາມຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີ. ໂດຍອີງໃສ່ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວນີ້, ທ່ານຍັງຈະໄດ້ຮັບ Medi-Cal ອີກສໍາລັບປີຕໍ່ໄປ. ພວກເຮົາຈະກວດກາຄືນອີກເທື່ອໜຶ່ງໃນອີກໜຶ່ງປີເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຕໍ່ໄປໄດ້ຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາຈະກວດກາຄືນໃນໄວໆນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີການປ່ຽນແປງໃນກໍລະນີຕ່າງໆນັ້ນ.</p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ເພື່ອເປັນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງລຸ່ມນີ້ຜິດພາດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອບອກຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ກັບພວກເຮົາ.</p> <p>ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີລາຍງານຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ກັບຫ້ອງການປົກຄອງເຂດເມືອງຂອງທ່ານ, ໃຫ້ອ່ານເບິ່ງໃນພາກສ່ວນທີ່ວ່າ “ທ່ານມີການປ່ຽນແປງອັນໃດບໍ່?” ລຸ່ມນີ້:</p>

Lao	<p>ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ: _____</p> <p>ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທີ່ສາມາດນັບໄດ້ໃນແຕ່ລະເດືອນ: _____</p> <p>ສະຖານະພາບການຍືນເສຍພາສີ: _____</p> <p>ສະຖານະພາບສົມລົດ: _____</p> <p>ຖືພາ: _____</p> <p>ມີລູກທີ່ທ່ານຮັບຜິດຊອບ (ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ຫຼື 18 ປີ ແລະ ເປັນນັກຮຽນເຕັມເວລາ) : _____</p> <p>ສະຖາພາບຄວາມເປັນພົນລະເມືອງ/ການເຂົ້າເມືອງ: _____</p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ນັບຕາມຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ ແລະ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານເພື່ອເປັນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາ. ສໍາລັບ Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວທ່ານແມ່ນ &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວໃນແຕ່ລະເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນ &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>ຂອບເຂດຈໍາກັດລາຍໄດ້ຂອງ Medi-Cal ໃນແຕ່ລະເດືອນສໍາລັບຂະໜາດຂອງຄອບຄົວທ່ານແມ່ນ &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຕໍ່າກວ່າຂອບເຂດຈໍາກັດນີ້. ດັ່ງນັ້ນ, ທ່ານມີສິດພຽງພໍທີ່ຈະໄດ້ຮັບ Medi-Cal.</p> <p><b>ທ່ານມີການປ່ຽນແປງອັນໃດບໍ່?</b></p> <p>ຕະຫຼອດໄລຍະເວລາຂອງປີຕໍ່ໄປ, ທ່ານຕ້ອງລາຍງານສະພາບການປ່ຽນແປງທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານສາລັບ Medi-Cal. ທ່ານຕ້ອງລາຍງານພາຍໃນ <b>10</b> ວັນຫຼັງຈາກທີ່ການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວນັ້ນເກີດຂຶ້ນ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ພວກເຮົາຖ້າຫາກວ່າ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ.</li> <li>• ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານປ່ຽນແປງເຊັ່ນວ່າ: ທ່ານແຕ່ງງານ, ຢ່າຮ້າງ, ຖືພາ ຫຼື ມີລູກ ຫຼື ຮັບເອົາລູກມາລ້ຽງ; ມີຄົນຍ້າຍເຂົ້າມາຢູ່ບ້ານ ຫຼື ຍ້າຍອອກບ້ານຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານຈະປ່ຽນຜູ້ທີ່ຈະເປັນຄົນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ໃບແຈ້ງລາຍໄດ້ເພື່ອເສຍພາສີຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ.</li> </ul>
-----	---

Lao	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ທ່ານມີສິດພຽງພໍທີ່ຈະໄດ້ຮັບການປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ.</li> <li>• ທ່ານຍ້າຍ. ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ເຂດປົກຄອງເມືອງໃໝ່, ທ່ານກໍສາມາດລາຍງານການປ່ຽນແປງຂອງທ່ານຕໍ່ເຂດປົກຄອງເມືອງເກົ່າ ຫຼື ໃໝ່ຂອງທ່ານຊາບ.</li> </ul> <p>ທ່ານອາດຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງຕ່າງໆໃຫ້ກັບຫ້ອງການປົກຄອງເຂດເມືອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຊາບຕໍ່ໜ້າ ຫຼື ທາງອີເມວ, ແຟັກ, ໂທລະສັບ ຫຼື ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ມີຢູ່ໃນໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້.</p>
Mien	<p><b>Meih nyei Medi-Cal se duqv tengx borqv siang liouh longc da'nyaic hnyangx.</b></p> <p>Yie mbuo duqv zaah dimv beiv mangc se gorngv meih corc haih duqv zipv longc Medi-Cal nyei fai. Yietc hnyangx yie mbuo oix zuqc zaah dimv mangc yietc nzunc. Yie mbuo corc oix zuqc zaah dimv mangc dugh haaix zanc meih maaih tiuv yienc siang nyei jauv-louc. Liouh dorh daaih dunz waac, yie mbuo duqv longc meih bun daaih taux yie mbuo wuov deix waac-fienx a'fai dugh maaih siou yiem njiec yie mbuo wuov. Funx ei gan naaiv deix waac-fienx nor meih corc se haih duqv zipv longc Medi-Cal liouh da'nyaic hnyangx. Yie mbuo oix zuqc aengx ganh zaah dimv mangc nzunc beiv mangc gaax meih corc haih duqv zipv longc Medi-Cal nyei fai. Siepv- siepv naaiv yie mbuo yaac oix zuqc tengx zaah dimv mangc jiez se gorngv meih maaih haaix diuc jauv-louc tiuv yienc siang nyei jauv-louc.</p> <p>Yie mbuo duqv dorh yiem ga'ndiev deix waac-fienx daaih longc tengx yie mbuo corng h dunz waac nyei jauv-louc. Se gorngv yiem ga'ndiev deix waac-fienx maaih haaix diuc dorngc nor tov daaix luic oix zuqc lorx buangh taux yie mbuo liouh dorh zien zuqc nzaih nyei waac-fienx bun yie mbuo duqv hiuv. Liouh bun tengx hoqc hiuv gorngv hhangv haaix box tong siang-waac-fienx mingh bun taux meih nyei kaa div gorn zangc, doqc mangc naaiv ginc sou heuc "Meih maaih haaix diuc tiuv yienc siang nyei fai?" yiem ga'ndiev wuov.</p> <p>Huox-jaa hlo fai lomh haaix: _____</p> <p>Yietc hlaax zorc zinh nyaanh bieqc yiem njiec huox-jaa: _____</p> <p>Njiec sou funx cuotv nzouv-zinh sic dauh: _____</p> <p>Dorng jaa nyei jauv-louc: _____</p> <p>Maaih gu'nguaaz yiem sin: _____</p> <p>Meih corc maaih fu'jueiv zuqc laengx goux mangc  Dugh (hnyangx-jeiv gauh aiv 18 hnyangx, a'fai  buangv 18 hnyangx aengx caux benx horqc saeng</p>

<p>Mien</p>	<p>doqc sou buangv ziangh hoc): _____  Benx deic-bung baeqc finz/suiv bieqc deic-bung jauv-louc: _____</p> <p>Yie mbuo zuqc saauv funx ei gan meih nyei juox-jaa hlo fai lomh haaix aengx caux zornc nyaanh nyei jauv-louc dorh mingh tengx yie mbuo corngh dunz nyei waac.  Liouh longc Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meih nyei huox-jaa hlo faix funx benx &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Yietc hlaax meih nyei huox-jaa zornc nyaanh funx benx &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>Yietc hlaax Medi-Cal jaaz-jamv souz mouc nyaanh liouh meih nyei huox-jaa hlo fai &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Meih nyei zornc nyaanh yiem ga'ndiev naaiv se benx jaaz-jamv nyei souz mouc, liuz meih maaih puix-zipv gaux longc Medi-Cal.</p> <p><b>Meih maaih haaix diuc tiuv yienc siang nyei fai?</b></p> <p>Da'nyeic norm hnyangx, meih oix zuqc box tong fiensex bun hiuv gorngv taux yiem-laamz dorngx maaih haaix diuc tiuv yienc siang dungh haih ging-dongx ndanc taux meih nyei ze'buonc puix-zipv longc Medi-Cal. Meih oix zuqc box tong fiensex bun hiuv yiem njiec <b>10</b> hnoi ga'nyuoz dungh maaih tiuv yienc siang nyei jauv-louc funx daaih. Liouh bun mangc nyungc zeiv, meih oix zuqc buangh taux yie mbuo se gorngv:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meih nyei zornc nyaanh jauv-louc tiuv yienc siang.</li> <li>• Meih nyei huox-jaa tiuv yienc siang, beiv taux meih dorng jaa siang, leih doic, maaih gu'nguaaz yiem sin a'fai maaih a'fai duqv hlorpv fu'jueiv; maaih mienh suiv bieqc a'fai suiv cuotv meih nyei biau a'fai meih duqv tiuv haaix dauh mienh tengx zipv fungx nzouv-zinh nzuonx wuov.</li> <li>• Meih corc maaih ze'buonc gaux longc da'nyeic norm beu sengh sin zangc baengc sou-gorn.</li> <li>• Meih suiv. Se gorngv meih duqv suiv mingh yiem siang-kaau div nor meih yaac haih mingh box tong waac gorngv taux meih nyei tiuv yienc siang nyei jauv-louc yiem lox a'fai siang kaau div yaac duqv.</li> </ul> <p>Meih corc se haih mingh box tong waac gorngv taux tiuv yienc siang nyei jauv-louc yiem meih nyei kaau div gorn zangc yiem njiec buon-deic dorngx, dorng hmien a'fai fungx fiensex mingh, fungx fax, fonh a'fai fungx benx i-lekv-dro-nik sou. Naaiv deix lorx buangh doic nyei waac-fiensex gorn se yiem njiec naaiv zeiv tih mengh daan daauh pin wuov.</p>
-------------	---

Punjabi	<p><b>ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਲਈ ਨਵਿਆਇਆ ਗਿਆ ਹੈ</b></p> <p>ਅਸੀਂ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਅਸੀਂ ਸਾਲ ਵਿਚ ਇਕ ਵਾਰ ਚੈਕ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਵੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸੀਂ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜੇ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਉਪਲੱਬਧ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਲਈ Medi-Cal ਲਵੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਇਕ ਸਾਲ ਵਿਚ ਇਹ ਫਿਰ ਜਾਂਚ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲੈਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਛੇਤੀ ਹੀ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਂਗੇ।</p> <p>ਅਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਕੁਝ ਗਲਤ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਸਾਨੂੰ ਸਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਕਾਊਂਟੀ ਦੇ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਅੱਪਡੇਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸ ਤਰਾਂ ਦੇਣੀ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ "ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਕੀਤੇ ਹਨ?" ਨਾਮ ਵਾਲਾ ਸੈਕਸ਼ਨ ਪੜ੍ਹੋ।</p> <p>ਘਰ ਦਾ ਆਕਾਰ: _____  ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਗਣਨਾ ਯੋਗ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ: _____  ਕਰ ਭਰਨ ਦੀ ਅਵਸਥਾ: _____  ਵਿਵਾਹਤ ਅਵਸਥਾ: _____  ਗਰਭਵਤੀ: _____  ਇਕ ਬੱਚਾ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋ  (18 ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ 18 ਅਤੇ ਸਥਾਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ): _____  ਨਾਗਰਿਕਤਾ/ਪ੍ਰਵਾਸ ਅਵਸਥਾ: _____</p> <p>ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਦੀ ਗਣਨਾ ਕੀਤੀ ਹੈ।  Medi-Cal ਲਈ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦਾ ਆਕਾਰ ਹੈ। &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਹੈ। &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਲਈ ਮਹੀਨਾਵਾਰ Medi-Cal ਆਮਦਨ ਸੀਮਾ &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt; ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਇਸ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ।</p> <p><b>ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਕੀਤੇ ਹਨ?</b></p>
---------	---

Punjabi	<p>ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਜੀਵਨ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਦਲਾਵ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ <b>10</b> ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਿਪੋਰਟ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਵਿਚ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ</li> <li>• ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਹਿਸਥੀ ਵਿਚ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਵਿਆਹੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਲਾਕ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਇਕ ਬੱਚਾ ਗੋਦ ਲੈਂਦੇ ਹੋ; ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਤੋਂ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਬਾਹਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਆਉਂਦਾ ਹੈ; ਤੁਸੀਂ ਬਦਲਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਕਰ ਵਾਪਸੀ 'ਤੇ ਹੋਵੇਗਾ।</li> <li>• ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ।</li> <li>• ਤੁਸੀਂ ਜਗਾ ਬਦਲਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਕ ਨਵੀਂ ਕਾਊਂਟੀ ਵਿਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਸ ਬਦਲਾਵ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਆਪਣੀ ਪੁਰਾਣੀ ਜਾਂ ਨਵੀਂ ਕਾਊਂਟੀ ਨੂੰ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।</li> </ul> <p>ਤੁਸੀਂ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਮੇਲ, ਫੈਕਸ, ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਕਾਊਂਟੀ ਨੂੰ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਪੇਜ 'ਤੇ ਹੈ।</p>
Russian	<p><b>Ваше страхование Medi-Cal продлевается на следующий год.</b></p> <p>Мы проверили данные, чтобы узнать, можете ли Вы по-прежнему получать Medi-Cal. Мы должны проверять это ежегодно. Мы также проверяем это, когда происходит изменение Ваших обстоятельств. Для принятия решения мы использовали информацию, которую Вы предоставили нам или которой мы располагаем. Согласно этой информации, у Вас будет Medi-Cal на следующий год. Мы проверим данные снова через год, чтобы узнать, можете ли Вы продолжать получать Medi-Cal. Мы проверим данные раньше, если Ваши обстоятельства изменятся.</p> <p>Мы использовали информацию, указанную ниже, для принятия нашего решения. Если какая-либо нижеуказанная информация является неверной, пожалуйста, свяжитесь с нами, чтобы сообщить нам правильную информацию. Чтобы узнать о том, как предоставить обновленную информацию Вашему окружному офису, прочитайте раздел под названием «Есть ли у Вас какие-либо изменения?» ниже.</p> <p>Размер семьи: _____</p> <p>Ежемесячный учитываемый семейный доход: _____</p> <p>Статус подачи налоговой декларации: _____</p>

Russian	<p>Семейное положение: _____</p> <p>Беременность: _____</p> <p>Ребенок на Вашем иждивении (В возрасте до 18 лет, или 18 лет и студент, обучающийся полный учебный день): _____</p> <p>Гражданство/Иммиграционный статус: _____</p> <p>Мы рассчитали Ваш размер семьи и доход для принятия нашего решения. Для Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Размер Вашей семьи &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Ваш ежемесячный семейный доход &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>Ежемесячный лимит дохода Medi-Cal для Вашего размера семьи &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Ваш доход ниже этого лимита, поэтому Вы соответствуете требованиям для Medi-Cal.</p> <p><b>Есть ли у Вас какие-либо изменения?</b> В течение следующего года Вы должны сообщать о любых изменениях в Вашей жизни, которые влияют на Ваше соответствие требованиям для Medi-Cal. Вы должны сообщить об изменении в течение <b>10</b> дней после того, как оно произошло. Например, Вы должны связаться с нами, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Происходит изменение Вашего дохода.</li> <li>• Происходят изменения в Вашей семье, например, Вы женитесь (выходите замуж), разводитесь, Вы забеременели, у Вас рождается ребенок или появляется приемный ребенок; какое-либо лицо переезжает в Ваш дом или выезжает из Вашего дома; или Вы изменяете список лиц, указываемых в Вашей налоговой декларации.</li> <li>• Вы соответствуете требованиям для получения другого медицинского страхования.</li> <li>• Вы переезжаете. Если Вы переезжаете в другой округ, Вы можете уведомить об изменении Ваш бывший или новый округ.</li> </ul> <p>Вы можете уведомить об изменениях Ваш местный окружной офис лично или по почте, по факсу, по телефону или в электронном формате. Контактная информация указана на первой странице этого уведомления.</p>
---------	---

Spanish	<p><b>Su Medi-Cal se renueva para el año próximo.</b></p> <p>Revisamos para saber si usted todavía puede recibir Medi-Cal. Debemos revisar una vez al año. También revisamos cuando hay algún cambio en sus circunstancias. Para decidir, usamos la información que usted nos dio o la que tenemos a nuestra disposición. De acuerdo con esta información, usted tendrá Medi-Cal para el año próximo. Volveremos a revisar de nuevo en un año para ver si usted puede seguir recibiendo Medi-Cal. Revisaremos más pronto si usted tiene algún cambio en sus circunstancias.</p> <p>Usamos la información de abajo para tomar nuestra decisión. Si algo de lo de abajo es incorrecto, por favor comuníquese con nosotros para darnos la información correcta. Para saber cómo reportar sobre información actualizada a la oficina de su condado, lea la sección titulada “¿Tiene algún cambio?” de abajo.</p> <p>Tamaño del hogar: _____</p> <p>Ingresos contables mensuales del hogar: _____</p> <p>Situación de declaración de impuestos: _____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>Embarazada: _____</p> <p>Usted tiene un niño bajo su responsabilidad (Menor de 18 años de edad o de 18 años de edad y estudiante de tiempo completo): _____</p> <p>Situación de ciudadanía/migratoria: _____</p> <p>Tomamos en cuenta el tamaño e ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión. Para Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El tamaño de su hogar es &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Los ingresos mensuales de su hogar son de &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>El límite de ingresos mensuales de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es de &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Sus ingresos están por debajo de este límite, por lo que usted es elegible para Medi-Cal.</p> <p><b>¿Tiene algún cambio?</b></p>
---------	---



Spanish	<p>Durante el año próximo usted deberá reportar cualquier cambio de la vida que pueda afectar su elegibilidad para Medi-Cal. Usted debe reportar dentro de los <b>10</b> días después de que suceda el cambio. Por ejemplo, usted deberá comunicarse con nosotros si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambian sus ingresos.</li> <li>• Su hogar cambia, como si usted se casa, se divorcia, se embaraza o si tiene o adopta un niño; alguna persona se muda a su hogar o fuera de su hogar o, si usted cambia a quién estará en su declaración de impuestos.</li> <li>• Usted es elegible para otro seguro de salud.</li> <li>• Usted se muda. Si se muda a un condado nuevo, usted puede reportar su cambio al condado anterior o al nuevo.</li> </ul> <p>Usted puede reportar cambios a la oficina local de su condado en persona o por correo, por fax, por teléfono o electrónicamente. La información de contacto está en la primera página de este aviso.</p>
Tagalog	<p><b>Ang iyong Medi-Cal ay ni-renew para sa susunod na taon.</b></p> <p>Sinuri namin para makita kung makakakuha ka pa rin ng Medi-Cal. Dapat nating suriin minsan bawat taon. Dapat din nating suriin kapag may pagbabago sa sirkumstansiya mo. Para magpasya, ginamit namin ang ibinigay mo sa aming impormasyon o magagamit namin. Batay sa impormasyong ito, magkakaroon ka ng Medi-Cal para sa susunod na taon. Susuriin muli namin sa isang taon para makita kung patuloy kang makakatanggap ng Medi-Cal. Mas maaga naming susuriin kung may pagbabago sa mga sirkumstansiya mo.</p> <p>Ginamit namin ang impormasyon sa ibaba para magpasya. Kung may anumang mali sa ibaba, mangyaring makipag-ugnay sa amin para sabihin sa amin ang tamang impormasyon. Para matuto kung paano iuulat ang updated na impormasyon sa tanggapan ng county niyo, basahin ang seksiyong “Mayroon ka bang anumang pagbabago?” sa ibaba.</p> <p>Laki ng Sambahayan: _____  Buwanang Mabibilang na Kita ng Sambahayan: _____  Katayuan sa Pag-file ng Buwis: _____  Katayuan sa Pag-aasawa: _____  Buntis: _____  May Anak na May Pananagutan Ka _____</p>

<p>Tagalog</p>	<p>(Mas Bata sa 18, o 18 at Full-Time na Mag-aaral): _____          Katayuan sa Pagiging Mamamayan/Imigrasyon: _____</p> <p>Binilang namin ang laki ng sambahayan mo ay kita para magpasya.          Para sa Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ang laki ng sambahayan mo ay &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Ang buwanang kita ng sambahayan mo ay &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>Ang buwanang limitasyon ng kita ng Medi-Cal para sa laki ng sambahayan mo ay &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Ang kita mo ay mas mababa sa limitasyong ito, kaya kuwalipikado ka para sa Medi-Cal.</p> <p><b>May anumang pagbabago ka ba?</b>          Sa susunod na taon, dapat mong iulat ang mga anumang pagbabago sa buhay na nakakaapekto sa pagiging nararapat mo para sa Medi-Cal. Dapat mong iulat sa loob ng <b>10</b> araw makalipas mangyari ang pagbabago. Halimbawa, dapat mo kaming kontakin kung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nagbago ang kita mo.</li> <li>• Nagbago ang sambahayan mo, tulad ng nag-asawa ka, nagdiborsiyo, nabuntis, may anak o nag-ampon ng bata; ang isang tao ay lumipat sa o umalis sa tahanan mo; o pinalitan mo kung sino ang nasa iyong tax return.</li> <li>• Kuwalipikado ka para sa ibang pangkalusugang insurance.</li> <li>• Lumipat ka. Kung lumipat ka sa bagong county, mauulat mo ang pagbabago mo sa iyong luma o bagong county.</li> </ul> <p>Dapat mong iulat ang mga pagbabago sa lokal na tanggapan ng county mo nang harapan o gamit ang mail, fax, telepono o elektronikong. Ang impormasyon sa pakikipag-ugnay ay nasa unang pahina ng abisong ito.</p>
<p>Thai</p>	<p><b>Medi-Cal</b> ของคุณได้จัดทำใหม่แล้วสำหรับปีหน้า</p> <p>เราได้ตรวจสอบแล้วทราบว่า คุณยังคงสามารถหรือไม่ได้รับบริการ <b>Medi-Cal</b>. ซึ่งทางเราตรวจสอบหนึ่งครั้งต่อปี เรายังได้ตรวจสอบว่ามี การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับตัวคุณ เพื่อการตัดสินใจ เราใช้ข้อมูลที่คุณให้เรา หรือที่ทางเรามี</p>

Thai

จากข้อมูลนี้ คุณจะได้รับการ Medi-Cal สำหรับปีหน้า  
เราจะตรวจสอบอีกครั้งในอีกหนึ่งปีเพื่อจะทราบว่า คุณจะยังได้รับการ Medi-Cal อีกหรือไม่  
เราจะตรวจสอบอย่างเร็วกว่าปกติหากมีการเปลี่ยนแปลง

เราใช้ข้อมูลด้านล่างนี้ในการตัดสินใจของเรา  
หากข้อมูลด้านล่างนี้ไม่ถูกต้องให้ติดต่อเราเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วย  
เพื่อที่จะรายงานข้อมูลที่อัปเดตให้กับออฟฟิศของรัฐ  
ให้อ่านข้อมูลส่วนด้านล่างที่เกี่ยวกับว่าคุณมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ หรือไม่

ขนาดครอบครัว: \_\_\_\_\_

รายได้ที่นับได้ของครอบครัวต่อเดือน: \_\_\_\_\_

สถานะของระบบเอกสารทางด้านภาษี: \_\_\_\_\_

สถานภาพการสมรส: \_\_\_\_\_

ภาวะตั้งครรรภ์: \_\_\_\_\_

คุณมีบุตรที่คุณต้องรับผิดชอบ (บุตรอายุน้อยกว่า  
18 หรือบุตร อายุ 18 และเป็นนักเรียนเต็มเวลา): \_\_\_\_\_

สัญชาติ / สถานะการเข้าออกประเทศ: \_\_\_\_\_

เรานับขนาดของครอบครัวของคุณและรายได้เพื่อตัดสินใจ  
สำหรับ Medi-Cal:

- ขนาดของครอบครัวของคุณคือ <MAGI\_SIZE>.
- รายได้ของครอบครัวของคุณต่อเดือนคือ <MAGI\_INCOME>.

<p>Thai</p>	<p>รายได้จำกัดต่อเดือนสำหรับรับบริการ Medi-Cal ของครอบครัวคุณคือ &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt; รายได้ของคุณต่ำกว่าข้อจำกัดนี้ ดังนั้นคุณสามารถรับบริการ Medi-Cal ได้</p> <p><b>คุณมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ หรือไม่?</b></p> <p>ในปีหน้า คุณต้องรายงานการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่มีผลต่อการที่จะขอรับบริการ Medi-Cal. คุณต้องรายงานภายใน <b>10</b> วันหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น คุณต้องติดต่อเราหาก:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รายได้ของคุณเปลี่ยนแปลง</li> <li>• ครอบครัวคุณมีการเปลี่ยนแปลง เช่นคุณแต่งงาน หย่าร้าง ตั้งครรภ์ หรือรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม หรือมีคนย้ายเข้าออกจากบ้านของคุณ หรือคุณเปลี่ยนคนที่จะรับเงินภาษีคืน</li> <li>• คุณจะรับบริการประกันสุขภาพอื่นๆ</li> <li>• คุณย้ายถิ่นฐาน หากคุณย้ายถิ่นฐานไปเขตอื่น</li> </ul> <p>คุณสามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงไปที่เขตเก่าหรือเขตใหม่</p> <p>คุณสามารถรายงานให้ออฟฟิศของเขตในท้องถิ่นด้วยตัวเอง หรือส่งจดหมาย แฟกซ์ โทรศัพท์หรือส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลการติดต่ออยู่ที่หน้าแรกของป้ายประกาศนี้</p>
<p>Ukrainian</p>	<p><b>Ваше страхове покриття у програмі Medi-Cal поновлюється на наступний рік.</b></p> <p>Ми перевірили, чи можете ви й надалі отримувати покриття Medi-Cal. Ми повинні перевіряти це раз на рік. Ми також перевіряємо це у разі, коли будь-яким чином змінилися ваші обставини. Щоб прийняти рішення, ми використовували інформацію, яку ви надали нам або яка є доступною для нас. Виходячи з цієї інформації, у вас буде покриття у програмі Medi-Cal на наступний рік. Ми перевіримо знову через рік, щоб дізнатися, чи можна вам й надалі отримувати Medi-Cal. Ми перевіримо це раніше, якщо у вас зміняться будь-які з обставин.</p> <p>Ми використали наведену нижче інформацію, щоб прийняти рішення. Якщо щось нижче є невірним, зв'яжіться з нами, щоб відкорегувати інформацію. Щоб дізнатися, як повідомити</p>

Ukrainian	<p>оновлену інформацію до місцевого офісу округи, ознайомтеся з розділом " Чи сталися у вас будь-які зміни?"</p> <p>Розмір домогосподарства: _____</p> <p>Щомісячний дохід домогосподарства: _____</p> <p>Статус для подання податкової декларації: _____</p> <p>Сімейний стан: _____</p> <p>Вагітність: _____</p> <p>Ви маєте дитину, за яку ви відповідаєте (молодше за 18 років або 18 років, яка навчається на денній формі навчання): _____</p> <p>Статус громадянства / імміграційний статус: _____</p> <p>Ми підраховали розмір вашого домогосподарства та дохід, щоб прийняти наше рішення. Для покриття Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Розмір вашого домогосподарства становить &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Щомісячний дохід вашого домогосподарства становить &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul> <p>Щомісячний ліміт доходу для вашого розміру домогосподарства для покриття Medi-Cal становить &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Ваш дохід нижче цього рівня, тому ви маєте право на отримання покриття у програмі Medi-Cal.</p> <p><b>Чи сталися у вас будь-які зміни?</b></p> <p>Протягом наступного року ви маєте повідомити нам про будь-які зміни у вашому житті, які впливають на ваше право на отримання Medi-Cal. Ви повинні повідомити про це протягом <b>10</b> днів після того, як сталася така зміна. Наприклад, ви повинні зв'язатися з нами, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ваш дохід змінився.</li> <li>• Розмір вашого домогосподарства змінився, наприклад, якщо ви одружилися, розлучилися, завагітніли, народили або усиновили дитину; хтосб переїхав до вас або виїхав з вашого будинку; або ви зміните осіб, які будуть включені до вашої податкової декларації.</li> <li>• Ви маєте право на інше медичне страхування.</li> </ul>
-----------	--

Ukrainian	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ви переїжджаєте. Якщо ви переїдете до нового округу, ви можете повідомити про цю зміну в старому або новому окрузі.</li> </ul> <p>Ви можете повідомити про зміни до місцевого офісу округу особисто або поштою, факсом, телефоном або електронним шляхом. Контактна інформація знаходиться на першій сторінці цього повідомлення.</p>
Vietnamese	<p><b>Medi-Cal của quý vị được gia hạn cho năm tiếp theo.</b></p> <p>Chúng tôi đã kiểm tra xem quý vị có thể tiếp tục nhận Medi-Cal không. Chúng tôi phải kiểm tra mỗi năm một lần. Chúng tôi cũng kiểm tra khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. Để quyết định, chúng tôi đã sử dụng thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi hoặc thông tin chúng tôi có sẵn. Dựa trên những thông tin này, quý vị sẽ nhận Medi-Cal vào năm tới. Chúng tôi sẽ kiểm tra lại sau một năm để xem quý vị có thể tiếp tục nhận Medi-Cal hay không. Chúng tôi sẽ kiểm tra sớm hơn nếu hoàn cảnh của quý vị thay đổi.</p> <p>Chúng tôi đã sử dụng thông tin dưới đây để đưa ra quyết định của mình. Nếu bất cứ thông tin nào dưới đây không đúng, vui lòng liên hệ với chúng tôi để cung cấp cho chúng tôi thông tin chính xác. Để tìm hiểu cách thức báo cáo thông tin đã cập nhật tại văn phòng tại quận của quý vị, vui lòng đọc phần có tựa đề “Quý vị có bất kỳ thay đổi nào không?” dưới đây.</p> <p>         Quy Mô Hộ Gia Đình: _____          Thu Nhập Hộ Gia Đình Tính Được Hàng Tháng: _____          Tình Trạng Nộp Thuế: _____          Tình Trạng Hôn Nhân: _____          Tình Trạng Mang Thai: _____          Có Con Thuộc Trách Nhiệm của Quý Vị (Dưới 18 Tuổi, hoặc 18 Tuổi và đang là Sinh Viên Toàn Thời Gian): _____          Tư Cách Công Dân/Tình Trạng Nhập Cư: _____       </p> <p>Chúng tôi đã tính quy mô hộ gia đình và thu nhập của quý vị để đưa ra quyết định của mình. Đối với Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quy mô hộ gia đình của quý vị là &lt;MAGI_SIZE&gt;.</li> <li>• Thu nhập hộ gia đình hàng tháng của quý vị là &lt;MAGI_INCOME&gt;.</li> </ul>

Vietnamese	<p>Giới hạn thu nhập Medi-Cal hàng tháng đối với quy mô hộ gia đình của quý vị là &lt;MAGI_INCOME_LIMIT&gt;. Thu nhập của quý vị nằm dưới giới hạn này nên quý vị đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal.</p> <p><b>Quý vị có bất kỳ thay đổi nào không?</b></p> <p>Trong năm tới, quý vị phải báo cáo mọi thay đổi trong cuộc sống ảnh hưởng đến việc quý vị đủ điều kiện nhận Medi-Cal. Quý vị phải báo cáo trong vòng <b>10</b> ngày sau khi có sự thay đổi này. Ví dụ: quý vị phải liên hệ với chúng tôi nếu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Thu nhập của quý vị thay đổi.</li><li>• Hộ gia đình của quý vị thay đổi, chẳng hạn như quý vị kết hôn, ly hôn, mang thai, sinh con hoặc nhận con nuôi; một người chuyển đến hoặc chuyển ra khỏi nhà quý vị; hoặc quý vị thay đổi người được kê khai trong tờ khai thuế của quý vị.</li><li>• Quý vị đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế khác.</li><li>• Quý vị chuyển nhà. Nếu quý vị chuyển đến sống ở quận khác, quý vị có thể báo cáo thay đổi của mình cho quận cũ hoặc quận mới của quý vị.</li></ul> <p>Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho văn phòng quận tại địa phương của quý vị theo hình thức trực tiếp hoặc qua thư gửi đường bưu điện, fax, điện thoại hoặc hình thức điện tử. Thông tin liên lạc có ở trang đầu tiên của thông báo này.</p>
------------	---

English	<p><b>Your Medi-Cal is renewed for the next year.</b></p> <p>We checked to see if you can still get Medi-Cal. We must check once a year. We also check when there is a change in your circumstances. To decide, we used information you gave us or that is available to us. Based on this information, you will have Medi-Cal for the next year. We will check again in one year to see if you can keep getting Medi-Cal. We will check sooner if you have a change in circumstances.</p> <p>We used the information below to make our decision. If anything below is wrong, please contact us to tell us the right information. To learn how to report updated information to your county office, read the section called “Do you have any changes?” below.</p> <p>Household Size: _____</p> <p>Monthly Countable Household Income: _____</p> <p>Marital Status: _____</p> <p>Countable Property: _____</p> <p>Blind or Disabled: _____</p> <p>Pregnant: _____</p> <p>Have a Child You Are Responsible For: _____</p> <p>Citizenship/Immigration Status: _____</p> <p><b>Do you have any changes?</b></p> <p>Over the next year, you must report any life changes that affect your eligibility for Medi-Cal. You must report within <b>10</b> days after the change happened. For example, you must contact us if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Your income changes.</li> <li>• Your household changes, such as you marry, divorce, become pregnant, or have or adopt a child; a person moves into or out of your home; or you change who will be on your tax return.</li> <li>• You qualify for other health insurance.</li> <li>• You move. If you move to a new county, you can report your change to your old or new county.</li> <li>• Your property changes.</li> </ul> <p>You may report changes to your local county office in person or by mail, fax, phone, or electronically. The contact information is on the first page of this notice.</p>
---------	--



Arabic

## تم تجديد خطة Medi-Cal الخاصة بك للعام القادم.

لقد راجعنا أهليتك للتأكد من أنه ما زال بإمكانك الحصول على خطة Medi-Cal. ويتعين علينا مراجعة الأهلية مرة واحدة سنويًا. كما نتحقق كذلك في حالة وجود تغيير في حالتك. وللبت في الأهلية؛ استخدمنا المعلومات التي سبق لك إرسالها لنا أو المتاحة لدينا. واستنادًا إلى هذه المعلومات؛ ستتمتع بخطة Medi-Cal للعام القادم. وسنعاود التحقق خلال عام واحد لنحدد أهليتك للحصول على خطة Medi-Cal. وسنتحقق في أقرب وقت في حالة وجود تغيير في الحالة.

استخدمنا المعلومات الواردة أدناه لاتخاذ قرارنا. وفي حالة وجود خطأ أدناه، يرجى الاتصال بنا لتقديم المعلومات الصحيحة. وللتعرف على كيفية تقديم المعلومات المحدثة إلى مكتب المقاطعة الذي تتبعه؛ يرجى قراءة قسم "هل لديك أية تغييرات؟" أدناه.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

حجم الأسرة:  
دخل الأسرة الشهري المحسوب:  
الحالة العائلية:  
الممتلكات القابلة للحساب:  
كفيف أو معاق:  
حبلئ:  
لديك طفل مسؤول منك:  
حالة المواطنة/الهجرة:

### هل لديك أية تغييرات؟

خلال العام القادم، يجب عليك أن تبلغ عن أي تغييرات حياتية تؤثر في أهليتك للحصول على خطة Medi-Cal. ويجب عليك الإبلاغ خلال 10 أيام بعد حدوث التغيير. فعلى سبيل المثال، يجب عليك الاتصال بنا في حالة:

- حدوث تغيير في دخلك.
- حدوث تغيير في أسرتك، مثل الزواج، أو الطلاق، أو إنها حامل، أو ميلاد أو تبني طفل، أو انتقال شخص للعيش داخل منزلك أو خارجه، أو قمت بتغيير الأشخاص المضافين في إقرارك الضريبي.
- أهليتك للحصول على تأمين صحي آخر.
- انتقالك. إذا انتقلت إلى مقاطعة جديدة، يمكنك إبلاغ المقاطعة القديمة أو الجديدة عن هذا التغيير.
- حدوث تغيير في الممتلكات.

ويمكنك الإبلاغ عن التغييرات لدى مكتب المقاطعة المحلي الذي تتبعه سواء شخصيًا، أو بالبريد، أو بالفاكس، أو بالهاتف، أو إلكترونياً. وتظهر معلومات الاتصال بالصفحة الأولى من هذا الإشعار.

Armenian

**Ձեր «Medi-Cal»- ը թարմացվում է հաջորդ տարվա համար:**

Մենք ստուգում ենք կատարել՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կարող եք շարունակել «Medi-Cal» ստանալ: Մենք պետք է տարեկան մեկ անգամ նման ստուգում կատարենք: Մենք ստուգում ենք կատարում նաև այն դեպքում, երբ փոփոխություն է տեղի ունենում Ձեր իրավիճակի մեջ: Մեր որոշումը հիմնված է այն տեղեկությունների վրա, որոնք Դուք տրամադրել եք մեզ, կամ որոնք կան մեր ձեռքի տակ: Ելնելով այդ տեղեկություններից՝ հաջորդ տարի Դուք կունենաք «Medi-Cal»: Մեկ տարուց մենք կրկին կստուգենք՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք կարող եք շարունակել «Medi-Cal» ստանալ: Եթե Ձեր իրավիճակի մեջ փոփոխություն տեղի ունենա, մենք ստուգումն ավելի շուտ կկատարենք:

Մեր որոշումը հիմնված է ստորև նշված տեղեկությունների վրա: Եթե ստորև որևէ սխալ տեղեկություն կա, խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ և հայտնել ճիշտ տեղեկությունը: Իմանալու համար, թե ինչպես նոր տեղեկությունները հայտնել Ձեր տեղական գրասենյակին, կարդացե՛ք «Ձեզ մոտ որևէ փոփոխություն կա՞» բաժինը՝ ստորև:

- Ընտանիքի անդամների թիվը՝ \_\_\_\_\_
- Ընտանիքի ամսական հաշվելի եկամուտը՝ \_\_\_\_\_
- Ընտանեկան դրությունը՝ \_\_\_\_\_
- Հաշվելի սեփականությունը՝ \_\_\_\_\_
- Կույր կամ հաշմանդամ՝ \_\_\_\_\_
- Հղի՝ \_\_\_\_\_
- Ձեր խնամքի տակ երեխա կա՝ \_\_\_\_\_
- Քաղաքացիության/ ներգաղթային կարգավիճակը \_\_\_\_\_

**Ձեզ մոտ որևէ փոփոխություն կա՞:**

Հաջորդ տարվա ընթացքում Դուք պետք է մեզ տեղյակ պահեք Ձեր կյանքում տեղի ունեցած ցանկացած փոփոխության մասին, որն ազդում է «Medi-Cal»- ի Ձեր իրավունակության վրա:

<p>Armenian</p>	<p>Դոք យետք է այդ մասին հայտնեք ហվյալ փոփոխությունից հետո <b>10</b> օրվա ընթացքում: Օրինակ՝ Դոք យետք է մեզ հայտնեք, եթե՝</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• փոխվի Ձեր Եկամուտը.</li> <li>• փոփոխություն տեղի ունենա Ձեր ընտանիքում, օրինակ՝ ամուսնուլուծում, ամուսնավաճառում, որևէ մեկի հղիանալու, երեխա ունենալու կամ որդեգրելու, Ձեր տանը որևէ անձի բնակություն հաստատելու կամ տնից որևէ մեկի հեռանալու դեպքում, կամ եթե Դոք փոփոխություն կատարեք Ձեր հարկազրույց նշվող անձանց մեջ.</li> <li>• Դոք բավարարեք առողջության այլ ամրագրություն ստանալու պահանջները.</li> <li>• Դոք փոխեք Ձեր բնակության վայրը: Եթե Դոք բնակության տեղափոխվեք մեկ այլ շրջան, կարող եք այդ փոփոխության մասին հայտնել կա՛մ հին, կա՛մ նոր շրջանին.</li> <li>• փոփոխություն տեղի ունենա Ձեր սեփականության մեջ:</li> </ul> <p>Փոփոխությունների մասին Դոք կարող եք հայտնել Ձեր շրջանի տեղական գրասենյակին՝ անձամբ նրանց այցելելով կամ նամակով, ֆաքսով, հեռախոսով կամ էլեկտրոնային եղանակով: Կոնտակտային տվյալները նշված են այս ծանուցման առաջին էջում:</p>
<p>Cambodian</p>	<p><b>កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកត្រូវបានបន្តសុពលភាពសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។</b></p> <p>យើងបានត្រួតពិនិត្យមើលថា តើអ្នកនៅបន្តទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ទៀតដែរឬទេ។ យើងត្រូវធ្វើការត្រួតពិនិត្យម្តង ក្នុងមួយឆ្នាំ។ យើងក៏ត្រួតពិនិត្យមើលផងដែរថា តើពេលវេជ្ជការដែលមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីធ្វើ ការសម្រេច យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់មកឲ្យយើង ឬព័ត៌មានដែលយើងអាចទទួលបាន។ ផ្អែកលើ ព័ត៌មាននេះ អ្នកនឹងទទួលបាន Medi-Cal សម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។ យើងនឹងធ្វើការត្រួតពិនិត្យម្តងទៀតក្នុងរយៈពេល មួយឆ្នាំ ដើម្បីពិនិត្យមើលថា តើអ្នកអាចនៅបន្តទទួលបានសេវា Medi-Cal ទៀតឬយ៉ាងណា។ យើងនឹងធ្វើការត្រួត ពិនិត្យឲ្យបានរួសរាន់ជាងនេះ ប្រសិនបើ អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងស្ថានភាពរបស់អ្នក។</p>

Cambodian	<p>យើងបានប្រើប្រាស់ព័ត៌មានខាងក្រោមដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ប្រសិនបើមានចំណុចណាមួយនៅផ្នែកខាងក្រោមពុំត្រឹមត្រូវ សូមទាក់ទងមកកាន់យើងខ្ញុំដើម្បីប្រាប់ពីព័ត៌មានដែលត្រឹមត្រូវនោះមកយើង។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបក្នុងការរាយការណ៍អំពីព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នភាពទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីរបស់អ្នក សូមអានផ្នែក “តើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីដែរឬទេ?” នៅផ្នែកខាងក្រោម។</p> <p>ទំហំគ្រួសារ៖ _____</p> <p>ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំខែដែលត្រូវរាប់បញ្ចូល៖ _____</p> <p>ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍៖ _____</p> <p>ទ្រព្យសម្បត្តិដែលអាចរាប់បញ្ចូលបាន៖ _____</p> <p>ពិការភ្នែក ឬជនពិការ៖ _____</p> <p>មានផ្ទៃពោះ៖ _____</p> <p>មានកូនម្នាក់ស្ថិតនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក៖ _____</p> <p>ភាពជាពលរដ្ឋ/ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ ៖ _____</p> <p><b>តើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីដែរឬទេ?</b></p> <p>នៅឆ្នាំបន្ទាប់ អ្នកត្រូវធ្វើការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងជីវិតដែលជះឥទ្ធិពលលើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកត្រូវរាយការណ៍ក្នុងរយៈពេល <b>10</b> ថ្ងៃបន្ទាប់ពីមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយកើតឡើង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកត្រូវទាក់ទងមកកាន់យើង ប្រសិនបើ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។</li> </ul>
-----------	---

<p>Cambodian</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• គ្រួសាររបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ ដូចជាអ្នករៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ លែងលះ មានផ្ទៃពោះ ឬមានកូន ឬយកកូនមកចិញ្ចឹម។ បុគ្គលណាម្នាក់ផ្លាស់ចូល ឬផ្លាស់ចេញពីផ្ទះរបស់អ្នក។ ឬអ្នកធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបុគ្គលដែលត្រូវមានឈ្មោះនៅលើលិខិតប្រកាសបង់ប្រាក់ពន្ធរបស់អ្នក។</li> <li>• អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត។</li> <li>• អ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីទៅកាន់ខោនធីថ្មី អ្នកអាចរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកទៅកាន់ខោនធីចាស់ ឬខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។</li> <li>• ទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ។</li> </ul> <p>អ្នកអាចធ្វើការរាយការណ៍អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ទូរសព្ទ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ ព័ត៌មានសម្រាប់ទាក់ទង គឺមាននៅលើទំព័រទីមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។</p>
<p>Chinese</p>	<p>您下一年度的 <b>Medi-Cal</b> 已更新。</p> <p>我們已確認您是否仍有資格獲得 <b>Medi-Cal</b>。我們必須每年確認一次。當您的情況發生變化時我們亦會進行確認。我們根據您向我們提供的資訊或我們可以獲得的資訊做出決定。根據這些資訊，下一年度您仍可加入 <b>Medi-Cal</b>。一年後，我們還將再次確認您是否仍可獲得 <b>Medi-Cal</b>。如果您的情況發生變化，我們會提前進行確認。</p> <p>我們根據以下資訊做出決定。如果以下任何資訊有誤，請聯絡我們，告知我們正確的資訊。瞭解如何向您所在縣辦事處報告最新資訊，請閱讀以下「您是否需要變更資訊？」部分。</p> <p>家庭人數： _____</p> <p>每月可計家庭收入： _____</p>

<p>Chinese</p>	<p>婚姻狀況： _____</p> <p>可計財產： _____</p> <p>失明或殘障： _____</p> <p>妊娠狀況： _____</p> <p>有一名需要監護的子女： _____</p> <p>公民/移民身份： _____</p> <p><b>您是否需要變更資訊？</b></p> <p>下一年度期間，您必須報告任何影響您的 Medi-Cal 獲得資格的生活變化。您必須在變化發生後 <b>10</b> 日內報告。例如，如果發生以下變化時，您必須聯絡我們：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您的收入發生變化。</li> <li>• 您的家庭發生變化，如結婚、離異、妊娠、生育或收養一名子女；您的居所搬入或搬出一位人士；或您需要變更納稅申報表上的名單。</li> <li>• 您有資格申請其他健康保險。</li> <li>• 搬家。如果您搬到另一縣區，您可向原縣區或新縣區報告您的變更內容。</li> <li>• 您的財產變更。</li> </ul> <p>您可當面或透過郵件、傳真、電話或電子方式向您所在縣辦事處報告變更。聯絡資訊位於本通知第一頁。</p>
<p>Farsi</p>	<p><b>Medi-Cal شما برای سال آینده تجدید شد.</b></p> <p>ما چک کردیم تا ببینیم آیا هنوز می توانید Medi-Cal دریافت کنید. ما باید سالی یک بار این مورد را چک کنیم. ما همچنین به هنگام بروز تغییرات در شرایط تان، چک می کنیم. برای تصمیم گیری، از اطلاعاتی که به ما داده بودید یا در دسترس ما بود استفاده کردیم. بر اساس این اطلاعات، شما برای سال آینده از Medi-Cal بهره مند خواهید شد. ما مجدداً یک سال بعد چک خواهیم کرد تا ببینیم آیا می توانید به دریافت Medi-Cal ادامه دهید. در صورتی که شرایط شما تغییر کند، زودتر از این موعد چک خواهیم کرد.</p>

<p>Farsi</p>	<p>برای تصمیم گیری، از اطلاعات مندرج در ذیل استفاده کردیم. در صورتی که اشتباهی را در این اطلاعات مشاهده کردید، لطفاً با ما تماس بگیرید تا اطلاعات صحیح را به ما بدهید. برای کسب آگاهی در مورد نحوه گزارش اطلاعات به روز شده به دفتر کانتی تان، بخش "آیا تغییراتی برای گزارش دارید؟" را در زیر بخوانید.</p> <p>اندازه خانواده:  درآمد ماهیانه قابل شمارش خانواده:  وضعیت تأهل:  دارایی قابل شمارش:  نابینا یا ناتوان:  حامله:  دارای کودکی هستید که مسئولیت او را به عهده دارید:  وضعیت تابعیت/مهاجرت:</p> <p>آیا تغییراتی برای گزارش دارید؟  طی سال آینده، شما باید هر گونه تغییرات در زندگی تان که واجد شرایط بودن شما را برای Medi-Cal تغییر می دهد گزارش دهید. باید طی 10 روز پس از وقوع تغییرات مربوطه آنرا گزارش دهید. به عنوان مثال در موارد ذیل باید با ما تماس بگیرید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تغییرات در درآمد شما.</li> <li>تغییرات در خانواده شما، مانند ازدواج، طلاق شما، یا اینکه حامله شدید، یا دارای فرزند شدید یا می خواهید کودکی را به فرزندخواندگی قبول کنید؛ فردی به منزل شما نقل مکان کرده یا از منزل شما نقل مکان کرده است، یا افرادی که در گزارش مالیاتی تان درج می کنید را تغییر دادید.</li> <li>برای بیمه بهداشتی دیگری واجد شرایط هستید.</li> <li>نقل مکان کردید. اگر به یک کانتی جدید نقل مکان کردید، می توانید تغییرتان را به کانتی سابق یا جدید گزارش دهید.</li> <li>دارایی تان تغییر می کند.</li> </ul> <p>می توانید تغییرات را بصورت حضوری، از طریق پست، فکس، تلفن، یا به صورت الکترونیکی به دفتر محلی کانتی تان گزارش دهید. اطلاعات تماس در صفحه اول این اطلاعیه درج شده است.</p>
<p>Hindi</p>	<p><b>आपका Medi-Cal अगले वर्ष के लिए नवीकृत हो गया है।</b></p> <p>हमने यह देखने के लिए जाँच की कि आपको अब भी Medi-Cal मिल सकता है या नहीं। हमें वर्ष में एक बार अवश्य जाँच करनी होगी। हम आपकी परिस्थितियों में बदलाव होने पर भी जाँच करते हैं। हम निर्णय लेने के लिए आपके द्वारा प्रदान की गई या हमारे पास उपलब्ध जानकारी का उपयोग करते हैं। इस जानकारी के आधार पर आपको अगले वर्ष के लिए</p>

Hindi

Medi-Cal प्रदान किया जाएगा। हम एक वर्ष के भीतर दोबारा जाँच करके देखेंगे कि आप Medi-Cal प्राप्त करते रहने के लिए योग्य हैं या नहीं। यदि आपकी परिस्थितियों में बदलाव हुए तो हम जल्दी जाँच करेंगे।

हमने निर्णय लेने के लिए निम्नलिखित जानकारी का उपयोग किया है। यदि नीचे दी गई जानकारी में कोई गलती है तो कृपया हमें सही जानकारी देने के लिए हमसे संपर्क करें। अपने काउंटी कार्यालय में नवीनतम जानकारी की सूचना देने का तरीका जानने के लिए नीचे "क्या आपके पास कोई बदलाव हैं?" पढ़ें।

परिवार का आकार:

मासिक गणनीय पारिवारिक आय:

वैवाहिक स्थिति:

गणनीय संपत्ति:

नेत्रहीन या विकलांग:

गर्भवती:

किसी बच्चे के लिए ज़िम्मेदार हैं:

नागरिकता/अप्रवासन स्थिति:

---

---

---

---

---

---

---

---

### क्या आपके पास बदलाव हैं?

अगले वर्ष के दौरान आपको अपने जीवन में होने वाले उन बदलावों की जानकारी देनी होगी जो Medi-Cal के लिए आपकी योग्यता को प्रभावित करती हैं। आपको बदलाव से **10** दिनों के भीतर इसकी सूचना देनी होगी। उदाहरण के लिए, आपको हमसे संपर्क करना होगा यदि:

- आपकी आय बदल जाती है।
- आपके परिवार में बदलाव होते हैं, जैसे आप शादी करते हैं, तलाक लेते हैं, आप गर्भवती होती, हैं, बच्चा होता या आप कोई बच्चा गोद लेते हैं; आपके परिवार में एक नया व्यक्ति शामिल होता है या परिवार से निकल जाता है; आपके टैक्स रिटर्न में कौन शामिल रहेगा, आप इसमें बदलाव करते हैं।
- आप किसी दूसरे स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्य घोषित किए जाते हैं।
- आप अपना निवास स्थान बदलते हैं। यदि आप किसी नए काउंटी में रहने जाते हैं तो आप अपने इस बदलाव की सूचना अपने पुराने या नए काउंटी को दे सकते हैं।
- आपकी संपत्ति में बदलाव आते हैं।



Hindi	आप डाक, कार्यालयकरता से मिलकर , फैक्स, फ़ोन या इलेक्ट्रॉनिक तरीके से अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को बदलावों की सूचना दे सकते हैं। संपर्क जानकारी इस नोटिस के प्रथम पृष्ठ पर प्रदान की गई है।
Hmong	<p><b>Koj li Medi-Cal tau txuas mus rau lwm xyoo.</b></p> <p>Peb tau kuaj pom yog koj tseem xav tau Medi-Cal. Peb yuav tsum kauj ib zaug ntawm ib xyoo. Peb yuav tau kuaj yog muaj kev txawv txav ntawm koj li kev tshwm sim. Ntawm kev txiav txim siab, peb siv cov ntaub ntawv ntawm koj muab rau peb los yog muaj ntawm peb. Raws li cov ntaub ntawv no koj yuav tau muaj Medi-Cal rau xyoo txuas mus. Peb yuav tau tshawb xyuas txiv ntawm ib xyoo kom pom tau tia yog koj muaj peev xwm tau Medi-Cal. Peb yuav tau kuaj tam sim no yog koj muaj hloov kev tshwm sim.</p> <p>Peb siv cov ntaub ntawv haum qab no rau ntawm kev txiav txim siab. Yog muaj qhov tsis yog, Thov qhia peb kom yog. Kawm kom paub hloov tshiab cov ntaub ntawv ntawm koj li chaws ua hauj lwm, Nyeem ntawm qhov “Koj pua muaj qhov yuav hloov?” li hauj qab no.</p> <p>Tsev neeg Loj Li Cas: _____  Cov Nyiaj Ib Hlig Ntawm Tsev: _____  Pua tau yuav pom niam/txiv: _____  Vaj Tsev Ntiag Tus Ua Muaj: _____  Dig Muag los yog Lov Tes Taw: _____  Cev Xeeb Tub: _____  Koj Pua Muaj Me Nyuam Ua Koj Yuav Tau Saib Xyuas: _____  Neeg Pej Xem/Neeg Nkag Teb Chaws: _____</p> <p><b>Koj pua muaj qhov yuav hloov?</b>  Nyob rau lwm xyoo, koj yuav tsum ceeb toom kev hloov ntawm koj lub neej kom paub ntawm kev muaj peev xwm rau Medi-Cal. Koj yuav tau ceeb toom ntawm <b>10</b> hnub ua tswm sim. Piv txwv li, koj tsum hus peb yog:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyiaj hlig koj hloov.</li> <li>• Koj lub tsev hloov, xw li yog koj muaj txij nkawm, sib nrauj, cev xeeb tub, los yog muaj mes nyuam los yog coj los yug; muaj neeg los nrog koj nyob los yog tawm mus; los yog koj hloov tus neeg them se tau rov qab.</li> <li>• Koj tsim nyog tau kev noj qab hau huv ntawm lwm lub kev pov hwm.</li> </ul>

Hmong	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koj mus. Yog koj mus ua qhov hauj lwm tshiab, koj yuav tsum tau ceeb toom qhov hauj lwm qub los yog hauj lwm tshiab.</li> <li>• Koj vaj tsev hloov.</li> </ul> <p>Koj ceeb toom kev hloov ntawm koj qhov chaws ua hauj lwm rau tus neeg los yog email, fax, xov tooj, los yog ntawm hluav taws xob. Cov ntaub ntawv hus sib cuag nyob rau thawj diam ntawv ntawm diam ceeb tooj no.</p>
Japanese	<p><b>お客様の Medi-Cal は来年更新されました。</b></p> <p>Medi-Cal に加入できるかどうかを当社で確認いたしました。これは、1年に1回実施しています。お客様の状況に変更がある場合、その内容も確認することになります。それを判断するために、お客様から提供された情報や当社に保存されている情報を使用しました。この情報に基づくと、来年お客様は Medi-Cal の加入対象となります。Medi-Cal に引き続き加入できるかどうかを確認するために、1年に1回確認しています。お客様の状況に変更がある場合、すぐに確認することになります。</p> <p>当社で判断するために、下記の情報を使用しました。下記についてあてはまらない場合、正確な情報を当社までご連絡ください。お客様の郡の事務室に最新の情報を報告する方法については、下記の「変更がありますか?」という項目をご覧ください。</p> <p>世帯規模： _____</p> <p>世帯収入の月額： _____</p> <p>婚姻状況： _____</p> <p>適用不動産： _____</p> <p>視覚障害または身体的障害： _____</p> <p>妊娠の有無： _____</p> <p>扶養義務のある子供： _____</p>

<p>Japanese</p>	<p>市民/移民状況： _____</p> <p><b>変更がありますか？</b></p> <p>今後 1 年間、Medi-Cal の資格に影響する変更を報告しなければなりません。変更は、発生後 <b>10</b> 日以内に報告しなければなりません。例えば 以下のような場合、報告してください：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 収入に変更があった。</li> <li>● 世帯規模の変更。結婚、離婚、妊娠、出産、養子を迎えた。入居した家族、転居した家族。所得税申告の変更など。</li> <li>● その他の健康保険の資格。</li> <li>● 転居した。新しい郡へ移住した場合には、在住していた郡の事務所、或いは移住していた郡の事務所に住所変更届を出してください。</li> <li>● 資産に変更があった。</li> </ul> <p>地域の郡の事務所に直接届ける、または郵便、ファックス、電話、電子的に、或いは電子メールなどで変更届けを提出してください。連絡情報は、本通知の最初のページに掲載されています。</p>
<p>Korean</p>	<p><b>귀하의 Medi-Cal 은 내년에 갱신됩니다.</b></p> <p>저희는 Medi-Cal 을 받을 수 있는지 확인했습니다. 일년에 한 번 확인해야 합니다. 저희는 귀하의 상황에서 변경 사항이 있을 때도 확인합니다. 귀하가 제공한 정보 또는 사용 가능한 정보를 사용하기로 결정했습니다. 이 정보를 바탕으로 다음 해 Medi-Cal 을 갖게 됩니다. Medi-Cal 을 계속받을 수 있는지 1 년 후에 다시 확인합니다. 상황이 바뀌면 저희는 더 빨리 점검할 것입니다.</p>

Korean

저희는 아래 정보를 사용하여 결정을 내립니다. 아래 내용이 잘못되었다면 저희에게 연락하여 정확한 정보를 알려주십시오. 변경된 정보를 카운티사무실에보고하는 방법을 배우려면, 아래에서 "귀하는 변경 사항이 있습니까?" 아래 섹션을 읽으십시오.

가족구성원 수: \_\_\_\_\_  
월별가계소득: \_\_\_\_\_  
결혼상태 : \_\_\_\_\_  
셀 수 있는재산: \_\_\_\_\_  
장님또는장애자 : \_\_\_\_\_  
임신: \_\_\_\_\_  
귀하는 아이가 있는 것을 책임이 있습니다: \_\_\_\_\_  
시민권 / 이민신분 : \_\_\_\_\_

**귀하는 변경 사항이 있습니까?**

내년에 Medi-Cal 자격에 영향을 미치는 모든생활변화를 보고해야 합니다. 변경이 발생한 후 **10** 일 이내에 보고해야 합니다. 예를 들어 다음과 같은 경우에는 당사에 연락해야 합니다.

- 귀하의 소득변화.
- 결혼, 이혼, 임신, 자녀 양육 또는 입양과 같은 귀하의 세대 변경; 거주자가늘거나줄었을때또는 세금 환급 대상자를 변경하십시오.
- 다른 건강 보험에 가입할 자격이 있습니다.
- 귀하는 이동입니다. 새로운 카운티로 이사하면 이전 카운티 또는 새 카운티로 변경 사항을 보고 할 수 있습니다.

Korean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 재산이 변경됩니다.</li> </ul> <p>귀하는 변경 사항은 직접 카운티 관청에 보고하거나 우편, 팩스, 전화 또는 전자 우편으로 신고할 수 있습니다. 연락처 정보는 이 통지의 첫 페이지에 있습니다.</p>
Lao	<p><b>Medi-Cal ຂອງທ່ານໄດ້ຕໍ່ອາຍຸສຳລັບປີຕໍ່ໄປ.</b></p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ກວດກາເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ກວດກາໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ. ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງກວດກາຄືນໃນເວລາທີ່ມີການປ່ຽນແປງໃນກໍລະນີຕ່າງໆຂອງທ່ານ. ເພື່ອຕັດສິນຕໍ່ບັນຫາດັ່ງກ່າວ, ພວກເຮົາໄດ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໃຫ້ກັບພວກເຮົາ ຫຼື ຕາມຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາມີ. ໂດຍອີງໃສ່ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວນີ້, ທ່ານຍັງຈະໄດ້ຮັບ Medi-Cal ອີກສຳລັບປີຕໍ່ໄປ. ພວກເຮົາຈະກວດກາຄືນອີກເທື່ອໜຶ່ງໃນອີກໜຶ່ງປີເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບ Medi-Cal ຕໍ່ໄປໄດ້ຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາຈະກວດກາຄືນໃນໄວໆນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີການປ່ຽນແປງໃນກໍລະນີຕ່າງໆນັ້ນ.</p> <p>ພວກເຮົາໄດ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ເພື່ອເປັນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຫາກວ່າຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງລຸ່ມນີ້ຜິດພາດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອບອກຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ກັບພວກເຮົາ.</p> <p>ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີລາຍງານຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮັບການປັບປຸງໃຫ້ກັບຫ້ອງການປົກຄອງເຂດເມືອງຂອງທ່ານ, ໃຫ້ອ່ານເບິ່ງໃນພາກສ່ວນທີ່ວ່າ “ທ່ານມີການປ່ຽນແປງອັນໃດບໍ່?” ລຸ່ມນີ້:</p> <p>ຂະໜາດຂອງຄອບຄົວ: _____</p> <p>ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທີ່ສາມາດນັບໄດ້ໃນແຕ່ລະເດືອນ: _____</p> <p>ສະຖານະພາບສົມລົດ: _____</p> <p>ຊັບສິນທີ່ສາມາດນັບໄດ້: _____</p> <p>ຕາພິການ ຫຼື ເສຍອົງຄະ: _____</p> <p>ຖືພາ: _____</p> <p>ມີລູກທີ່ທ່ານຮັບຜິດຊອບ: _____</p>

Lao	<p>ສະຖາພາບຄວາມເປັນພົນລະເມືອງ/ການເຂົ້າເມືອງ: _____</p> <p><b>ທ່ານມີການປ່ຽນແປງອັນໃດບໍ່?</b></p> <p>ຕະຫຼອດໄລຍະເວລາຂອງປີຕໍ່ໄປ, ທ່ານຕ້ອງລາຍງານສະພາບການປ່ຽນແປງທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານສາລັບ Medi-Cal. ທ່ານຕ້ອງລາຍງານພາຍໃນ <b>10</b> ວັນຫຼັງຈາກທີ່ການປ່ຽນແປງດັ່ງກ່າວມັນເກີດຂຶ້ນ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ພວກເຮົາຖ້າຫາກວ່າ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ.</li> <li>• ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານປ່ຽນແປງເຊັ່ນວ່າ: ທ່ານແຕ່ງງານ, ຢ່າຮ້າງ, ຖືພາ ຫຼື ມີລູກ ຫຼື ຮັບເອົາລູກມາລ້ຽງ; ມີຄົນຍ້າຍເຂົ້າມາຢູ່ບ້ານ ຫຼື ຍ້າຍອອກບ້ານຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານຈະປ່ຽນຜູ້ທີ່ຈະເປັນຄົນຮັບຜິດຊອບຕໍ່ໃບແຈ້ງລາຍໄດ້ເພື່ອເສຍພາສີຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ.</li> <li>• ທ່ານມີສິດພຽງພໍທີ່ຈະໄດ້ຮັບການປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ.</li> <li>• ທ່ານຍ້າຍ. ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ເຂດປົກຄອງເມືອງໃໝ່, ທ່ານກໍສາມາດລາຍງານການປ່ຽນແປງຂອງທ່ານຕໍ່ເຂດປົກຄອງເມືອງເກົ່າ ຫຼື ໃໝ່ຂອງທ່ານຊາບ.</li> <li>• ຊັບສິນຂອງທ່ານປ່ຽນແປງ.</li> </ul> <p>ທ່ານອາດຈະລາຍງານການປ່ຽນແປງຕ່າງໆໃຫ້ກັບຫ້ອງການປົກຄອງເຂດເມືອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຊາບຕໍ່ໜ້າ ຫຼື ທາງອີເມວ, ແຟັກ, ໂທລະສັບ ຫຼື ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ. ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ມີຢູ່ໃນໜ້າທຳອິດຂອງແຈ້ງການນີ້.</p>
Mien	<p><b>Meih nyei Medi-Cal se duqv tengx borqv siang liouh longc da'nyaic hnyangx.</b></p> <p>Yie mbuo duqv zaah dimv beiv mangc se gorngv meih corc haih duqv zipv longc Medi-Cal nyei fai. Yietc hnyangx yie mbuo oix zuqc zaah dimv mangc yietc nzunc. Yie mbuo corc oix zuqc zaah dimv mangc dugh haaix zanc meih maaih tiuv yienc siang nyei jauv-louc. Liouh dorh daaih dunz waac, yie mbuo duqv longc meih bun daaih taux yie mbuo wuov deix waac-fienx a'fai dugh maaih siou yiem njiec yie mbuo wuov. Funx ei gan naaiv deix waac-fienx nor meih corc se haih duqv zipv longc Medi-Cal liouh da'nyaic hnyangx. Yie mbuo oix zuqc aengx ganh zaah dimv mangc nzunc beiv mangc gaax meih corc haih duqv zipv longc Medi-Cal nyei fai. Siepv- siepv naaiv yie mbuo yaac oix zuqc tengx zaah dimv mangc jiez se gorngv meih maaih haaix diuc jauv-louc tiuv yienc siang nyei jauv-louc.</p>

<p>Mien</p>	<p>Yie mbuo duqv dorh yiem ga'ndiev deix waac-fienx daaih longc tengx yie mbuo corngh dunz waac nyei jauv-louc. Se gorngv yiem ga'ndiev deix waac-fienx maaih haaix diuc dorngc nor tov daaix luic oix zuqc lorx buangh taux yie mbuo liouh dorh zien zuqc nzoih nyei waac-fienx bun yie mbuo duqv hiuv. Liouh bun tengx hoqc hiuv gorngv hnangv haaix box tong siang-waac-fienx mingh bun taux meih nyei kaau div gorn zangc, doqc mangc naaiv ginc sou heuc "Meih maaih haaix diuc tiuv yienc siang nyei fai?" yiem ga'ndiev wuov.</p> <p>Huox-jaa hlo fai lomh haaix: _____</p> <p>Yietc hlaax zorc zinh nyaanh bieqc yiem njiec huox-jaa: _____</p> <p>Dorng jaa nyei jauv-louc: _____</p> <p>Saauv funx duqv nyei zinh zoih: _____</p> <p>Mh zing wuaaic a'fai wuaaic fangx: _____</p> <p>Maaih gu'nguaaz yiem sin: _____</p> <p>Meih corc maaih fu'jueiv zuqc laengx goux mangc Dugh: _____</p> <p>Benx deic-bung baeqc finz/suiv bieqc deic-bung jauv-louc: _____</p> <p><b>Meih maaih haaix diuc tiuv yienc siang nyei fai?</b></p> <p>Da'nyeic norm hnyangx, meih oix zuqc box tong fienx bun hiuv gorngv taux yiem-laamz dorngx maaih haaix diuc tiuv yienc siang dugh haih ging-dongx ndanc taux meih nyei ze'buonc puix-zipv longc Medi-Cal. Meih oix zuqc box tong fienx bun hiuv yiem njiec <b>10</b> hnoi ga'nyuoz dugh maaih tiuv yienc siang nyei jauv-louc funx daaih. Liouh bun mangc nyungc zeiv, meih oix zuqc buangh taux yie mbuo se gorngv:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meih nyei zorc nyaanh jauv-louc tiuv yienc siang.</li> <li>• Meih nyei huox-jaa tiuv yienc siang, beiv taux meih dorng jaa siang, leih doic, maaih gu'nguaaz yiem sin a'fai maaih a'fai duqv hlorpv fu'jueiv; maaih mienh suiv bieqc a'fai suiv cuotv meih nyei biau a'fai meih duqv tiuv haaix dauh mienh tengx zipv fungx nzouv-zinh nzuonx wuov.</li> <li>• Meih corc maaih ze'buonc gaux longc da'nyeic norm beu sengh sin zangc baengc sou-gorn.</li> <li>• Meih suiv. Se gorngv meih duqv suiv mingh yiem siang-kaau div nor meih yaac haih mingh box tong waac gorngv taux meih nyei tiuv yienc siang nyei jauv-louc yiem lox a'fai siang kaau div yaac duqv.</li> <li>• Meih nyei zinh nzoih/jaa-dorngx duqv tiuv yienc siang.</li> </ul>
-------------	--

Mien	Meih corc se haih mingh box tong waac gorngv taux tiuv yienc siang nyei jauv-louc yiem meih nyei kaau div gorn zangc yiem njiec buon-deic dorngx, dorng hmien a'fai fungx fiex mingh, fungx fax, fonh a'fai fungx benx i-lekv-dro-nik sou. Naaiv deix lorx buangh doic nyei waac-fienx gorn se yiem njiec naaiv zeiv tih mengh daan daauh pin wuov.
Punjabi	<p><b>ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਲਈ ਨਵਿਆਇਆ ਗਿਆ ਹੈ</b></p> <p>ਅਸੀਂ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਅਸੀਂ ਸਾਲ ਵਿਚ ਇਕ ਵਾਰ ਚੈਕ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਵੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸੀਂ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜੋ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਉਪਲੱਬਧ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਲਈ Medi-Cal ਲਵੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਇਕ ਸਾਲ ਵਿਚ ਇਹ ਫਿਰ ਜਾਂਚ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲੈਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਛੇਤੀ ਹੀ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਂਗੇ।</p> <p>ਅਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਆਪਣਾ ਫੈਸਲਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਕੁਝ ਗਲਤ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਸਾਨੂੰ ਸਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਕਾਊਂਟੀ ਦੇ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇਣੀ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਿੱਖਣ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ "ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਕੀਤੇ ਹਨ?" ਨਾਮ ਵਾਲਾ ਸੈਕਸ਼ਨ ਪੜ੍ਹੋ।</p> <p>ਘਰ ਦਾ ਆਕਾਰ: _____</p> <p>ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਗਣਨਾ ਯੋਗ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ: _____</p> <p>ਵਿਵਾਹਤ ਅਵਸਥਾ: _____</p> <p>ਗਣਨਾ ਯੋਗ ਸੰਪਤੀ: _____</p> <p>ਅੰਨੇ ਜਾਂ ਅਪਾਰਜ: _____</p> <p>ਗਰਭਵਤੀ: _____</p> <p>ਇਕ ਬੱਚਾ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋ : _____</p> <p>ਨਾਗਰਿਕਤਾ/ਪ੍ਰਵਾਸ ਅਵਸਥਾ: _____</p> <p><b>ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਕੀਤੇ ਹਨ?</b></p> <p>ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਜੀਵਨ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਦਲਾਵ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ <b>10</b> ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਿਪੋਰਟ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਵਿਚ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ</li> </ul>



Punjabi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ਤੁਹਾਡੀ ਗ੍ਰਹਿਸਥੀ ਵਿਚ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਵਿਆਹੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਲਾਕ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਇਕ ਬੱਚਾ ਗੋਦ ਲੈਂਦੇ ਹੋ; ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਤੋਂ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਬਾਹਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਆਉਂਦਾ ਹੈ; ਤੁਸੀਂ ਬਦਲਦੇ ਹੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕਰ ਵਾਪਸੀ 'ਤੇ ਹੋਵੇਗਾ।</li> <li>• ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ।</li> <li>• ਤੁਸੀਂ ਜਗਾ ਬਦਲਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਕ ਨਵੀਂ ਕਾਊਂਟੀ ਵਿਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਸ ਬਦਲਾਵ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਆਪਣੀ ਪੁਰਾਣੀ ਜਾਂ ਨਵੀਂ ਕਾਊਂਟੀ ਨੂੰ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।</li> <li>• ਤੁਹਾਡੀ ਸੰਪਤੀ ਵਿਚ ਬਦਲਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।</li> </ul> <p>ਤੁਸੀਂ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਮੇਲ, ਫੈਕਸ, ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਨਜਦੀਕੀ ਕਾਊਂਟੀ ਨੂੰ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਪੇਜ 'ਤੇ ਹੈ।</p>
Russian	<p><b>Ваше страхование Medi-Cal продлевается на следующий год.</b></p> <p>Мы проверили данные, чтобы узнать, можете ли Вы по-прежнему получать Medi-Cal. Мы должны проверять это ежегодно. Мы также проверяем это, когда происходит изменение Ваших обстоятельств. Для принятия решения мы использовали информацию, которую Вы предоставили нам или которой мы располагаем. Согласно этой информации, у Вас будет Medi-Cal на следующий год. Мы проверим данные снова через год, чтобы узнать, можете ли Вы продолжать получать Medi-Cal. Мы проверим данные раньше, если Ваши обстоятельства изменятся.</p> <p>Мы использовали информацию, указанную ниже, для принятия нашего решения. Если какая-либо нижеуказанная информация является неверной, пожалуйста, свяжитесь с нами, чтобы сообщить нам правильную информацию. Чтобы узнать о том, как предоставить обновленную информацию Вашему окружному офису, прочитайте раздел под названием «Есть ли у Вас какие-либо изменения?» ниже.</p> <p>Размер семьи: _____</p> <p>Ежемесячный учитываемый семейный доход: _____</p> <p>Семейное положение: _____</p> <p>Учитываемое имущество: _____</p> <p>Слепота или инвалидность: _____</p> <p>Беременность: _____</p> <p>Ребенок на Вашем иждивении: _____</p>

Russian	<p>Гражданство/Иммиграционный статус: _____</p> <p><b>Есть ли у Вас какие-либо изменения?</b></p> <p>В течение следующего года Вы должны сообщать о любых изменениях в Вашей жизни, которые влияют на Ваше соответствие требованиям для Medi-Cal. Вы должны сообщить об изменении в течение <b>10</b> дней после того, как оно произошло. Например, Вы должны связаться с нами, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Происходит изменение Вашего дохода.</li> <li>• Происходят изменения в Вашей семье, например, Вы женитесь (выходите замуж), разводитесь, Вы забеременели, у Вас рождается ребенок или появляется приемный ребенок; какое-либо лицо переезжает в Ваш дом или выезжает из Вашего дома; или Вы изменяете список лиц, указываемых в Вашей налоговой декларации.</li> <li>• Вы соответствуете требованиям для получения другого медицинского страхования.</li> <li>• Вы переезжаете. Если Вы переезжаете в другой округ, Вы можете уведомить об изменении Ваш бывший или новый округ.</li> <li>• Происходит изменение Вашего имущества.</li> </ul> <p>Вы можете уведомить об изменениях Ваш местный окружной офис лично или по почте, по факсу, по телефону или в электронном формате. Контактная информация указана на первой странице этого уведомления.</p>
Spanish	<p><b>Su Medi-Cal se renueva para el año próximo.</b></p> <p>Revisamos para saber si usted todavía puede recibir Medi-Cal. Debemos revisar una vez al año. También revisamos cuando hay algún cambio en sus circunstancias. Para decidir, usamos la información que usted nos dio o la que tenemos a nuestra disposición. De acuerdo con esta información, usted tendrá Medi-Cal para el año próximo. Volveremos a revisar de nuevo en un año para ver si usted puede seguir recibiendo Medi-Cal. Revisaremos más pronto si usted tiene algún cambio en sus circunstancias.</p> <p>Usamos la información de abajo para tomar nuestra decisión. Si algo de lo de abajo es incorrecto, por favor comuníquese con nosotros para darnos la información correcta. Para saber cómo reportar sobre información actualizada a la oficina de su condado, lea la sección titulada “¿Tiene algún cambio?” de abajo.</p>

Spanish	<p>Tamaño del hogar: _____</p> <p>Ingresos contables mensuales del hogar: _____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>Propiedades contables: _____</p> <p>Ciego o discapacitado: _____</p> <p>Embarazada: _____</p> <p>Usted tiene un niño bajo su responsabilidad: _____</p> <p>Situación de ciudadanía/migratoria: _____</p> <p><b>¿Tiene algún cambio?</b></p> <p>Durante el año próximo usted deberá reportar cualquier cambio de la vida que pueda afectar su elegibilidad para Medi-Cal. Usted debe reportar dentro de los <b>10</b> días después de que suceda el cambio. Por ejemplo, usted deberá comunicarse con nosotros si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambian sus ingresos.</li> <li>• Su hogar cambia, como si usted se casa, se divorcia, se embaraza o si tiene o adopta un niño; alguna persona se muda a su hogar o fuera de su hogar o, si usted cambia a quién estará en su declaración de impuestos.</li> <li>• Usted es elegible para otro seguro de salud.</li> <li>• Usted se muda. Si se muda a un condado nuevo, usted puede reportar su cambio al condado anterior o al nuevo.</li> <li>• Sus bienes cambian.</li> </ul> <p>Usted puede reportar cambios a la oficina local de su condado en persona o por correo, por fax, por teléfono o electrónicamente. La información de contacto está en la primera página de este aviso.</p>
Tagalog	<p><b>Ang iyong Medi-Cal ay ni-renew para sa susunod na taon.</b></p> <p>Sinuri namin para makita kung makakakuha ka pa rin ng Medi-Cal. Dapat nating suriin minsan bawat taon. Dapat din nating suriin kapag may pagbabago sa sirkumstansiya mo. Para magpasya, ginamit namin ang ibinigay mo sa aming impormasyon o magagamit namin. Batay sa impormasyong ito, magkakaroon ka ng Medi-Cal para sa susunod na taon. Susuriin muli namin sa isang taon para makita kung patuloy kang makakatanggap ng Medi-Cal. Mas maaga naming susuriin kung may pagbabago sa mga sirkumstansiya mo.</p>

Tagalog	<p>Ginamit namin ang impormasyon sa ibaba para magpasya. Kung may anumang mali sa ibaba, mangyaring makipag-ugnay sa amin para sabihin sa amin ang tamang impormasyon. Para matuto kung paano iuulat ang updated na impormasyon sa tanggapan ng county niyo, basahin ang seksiyong “Mayroon ka bang anumang pagbabago?” sa ibaba.</p> <p>Laki ng Sambahayan: _____</p> <p>Buwanang Mabibilang na Kita ng Sambahayan: _____</p> <p>Katayuan sa Pag-aasawa: _____</p> <p>Mabibilang na Pag-aari: _____</p> <p>Bulag o May Kapansanan: _____</p> <p>Buntis: _____</p> <p>May Anak na May Pananagutan Ka: _____</p> <p>Katayuan sa Pagiging Mamamayan/Imigrasyon: _____</p> <p><b>May anumang pagbabago ka ba?</b></p> <p>Sa susunod na taon, dapat mong iulat ang mga anumang pagbabago sa buhay na nakakaapekto sa pagiging nararapat mo para sa Medi-Cal. Dapat mong iulat sa loob ng <b>10</b> araw makalipas mangyari ang pagbabago. Halimbawa, dapat mo kaming kontakin kung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nagbago ang kita mo.</li> <li>• Nagbago ang sambahayan mo, tulad ng nag-asawa ka, nagdiborsiyo, nabuntis, may anak o nag-ampon ng bata; ang isang tao ay lumipat sa o umalis sa tahanan mo; o pinalitan mo kung sino ang nasa iyong tax return.</li> <li>• Kuwalipikado ka para sa ibang pangkalusugang insurance.</li> <li>• Lumipat ka. Kung lumipat ka sa bagong county, mauulat mo ang pagbabago mo sa iyong luma o bagong county.</li> <li>• Nagbago ang pag-aari mo.</li> </ul> <p>Dapat mong iulat ang mga pagbabago sa lokal na tanggapan ng county mo nang harapan o gamit ang mail, fax, telepono o elektroniko. Ang impormasyon sa pakikipag-ugnay ay nasa unang pahina ng abisong ito.</p>
---------	---

Thai

**Medi-Cal ของคุณได้จัดทำใหม่แล้วสำหรับปีหน้า**

เราได้ตรวจสอบแล้วทราบว่า คุณยังคงสามารถหรือไม่ได้รับบริการ Medi-Cal. ซึ่งทางเราตรวจสอบหนึ่งครั้งต่อปี เรายังได้ตรวจสอบว่ามี การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับตัวคุณ เพื่อการตัดสินใจ เราใช้ข้อมูลที่คุณให้เรา หรือที่ทางเรามี จากข้อมูลนี้ คุณจะได้รับการ Medi-Cal สำหรับปีหน้า

เราจะตรวจสอบอีกครั้งในอีกหนึ่งปีเพื่อจะทราบว่า คุณจะได้รับบริการ Medi-Cal อีกหรือไม่ เราจะตรวจสอบอย่างรวดเร็วกว่าปกติหากมีการเปลี่ยนแปลง

เราใช้ข้อมูลด้านล่างนี้ในการตัดสินใจของเรา

หากข้อมูลด้านล่างนี้ไม่ถูกต้องให้ติดต่อเรามาเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องด้วย เพื่อที่จะรายงานข้อมูลที่อัปเดตให้กับออฟฟิศของรัฐ  
ให้อ่านข้อมูลส่วนด้านล่างที่เกี่ยวกับว่าคุณมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ หรือไม่

ขนาดครอบครัว: \_\_\_\_\_

รายได้ที่นับได้ของครอบครัวต่อเดือน: \_\_\_\_\_

สถานภาพการสมรส: \_\_\_\_\_

ทรัพย์สินที่นับได้: \_\_\_\_\_

ตาบอดหรือพิการ: \_\_\_\_\_

ภาวะตั้งครรภ์: \_\_\_\_\_

คุณมีบุตรที่คุณต้องรับผิดชอบ: \_\_\_\_\_

สัญชาติ / สถานะการเข้าออกประเทศ: \_\_\_\_\_

**คุณมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ หรือไม่?**

<p>Thai</p>	<p>ในปีหน้า คุณต้องรายงานการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่มีผลต่อการที่จะขอรับบริการ Medi-Cal. คุณต้องรายงานภายใน <b>10</b> วันหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น คุณต้องติดต่อเราหาก:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• รายได้ของคุณเปลี่ยนแปลง</li> <li>• ครอบครัวคุณมีการเปลี่ยนแปลง เช่นคุณแต่งงาน หย่าร้าง ตั้งครรภ์ หรือรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม หรือมีคนย้ายเข้าออกจากบ้านของคุณ หรือคุณเปลี่ยนคนที่รับเงินภาษีค้ำ</li> <li>• คุณจะรับบริการประกันสุขภาพอื่นๆ</li> <li>• คุณย้ายถิ่นฐาน หากคุณย้ายถิ่นฐานไปเขตอื่น คุณสามารถรายงานการเปลี่ยนแปลงไปที่เขตเก่าหรือเขตใหม่</li> <li>• คุณมีการเปลี่ยนแปลงในทรัพย์สิน</li> </ul> <p>คุณสามารถรายงานให้ออฟฟิศของเขตในท้องถิ่นด้วยตัวเอง หรือส่งจดหมาย แฟกซ์ โทรศัพท์หรือส่งทางอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลการติดต่ออยู่ที่หน้าแรกของป้ายประกาศนี้</p>
<p>Ukrainian</p>	<p><b>Ваше страхове покриття у програмі Medi-Cal поновлюється на наступний рік.</b></p> <p>Ми перевірили, чи можете ви й надалі отримувати покриття Medi-Cal. Ми повинні перевіряти це раз на рік. Ми також перевіряємо це у разі, коли будь-яким чином змінилися ваші обставини. Щоб прийняти рішення, ми використовували інформацію, яку ви надали нам або яка є доступною для нас. Виходячи з цієї інформації, у вас буде покриття у програмі Medi-Cal на наступний рік. Ми перевіримо знову через рік, щоб дізнатися, чи можна вам й надалі отримувати Medi-Cal. Ми перевіримо це раніше, якщо у вас зміняться будь-які з обставин.</p> <p>Ми використали наведену нижче інформацію, щоб прийняти рішення. Якщо щось нижче є невірним, зв'яжіться з нами, щоб відкорегувати інформацію. Щоб дізнатися, як повідомити оновлену інформацію до місцевого офісу округу, ознайомтеся з розділом " Чи сталися у вас будь-які зміни?"</p> <p>Розмір домогосподарства: _____ Щомісячний дохід домогосподарства: _____</p>

Ukrainian	<p>Сімейний стан: _____</p> <p>Ваша обчислювана нерухомість: _____</p> <p>Сліпий або інвалід: _____</p> <p>Вагітність: _____</p> <p>Ви маєте дитину, за яку ви відповідаєте: _____</p> <p>Статус громадянства / імміграційний статус: _____</p> <p><b>Чи сталися у вас будь-які зміни?</b></p> <p>Протягом наступного року ви маєте повідомити нам про будь-які зміни у вашому житті, які впливають на ваше право на отримання Medi-Cal. Ви повинні повідомити про це протягом <b>10</b> днів після того, як сталася така зміна. Наприклад, ви повинні зв'язатися з нами, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ваш дохід змінився.</li> <li>• Розмір вашого домогосподарства змінився, наприклад, якщо ви одружилися, розлучилися, завагітніли, народили або усиновили дитину; хтосб переїхав до вас або виїхав з вашого будинку; або ви зміните осіб, які будуть включені до вашої податкової декларації.</li> <li>• Ви маєте право на інше медичне страхування.</li> <li>• Ви переїжджаєте. Якщо ви переїдете до нового округу, ви можете повідомити про цю зміну в старому або новому окрузі.</li> <li>• Ваша власність змінюється.</li> </ul> <p>Ви можете повідомити про зміни до місцевого офісу округу особисто або поштою, факсом, телефоном або електронним шляхом. Контактна інформація знаходиться на першій сторінці цього повідомлення.</p>
Vietnamese	<p><b>Medi-Cal của quý vị được gia hạn cho năm tiếp theo.</b></p> <p>Chúng tôi đã kiểm tra xem quý vị có thể tiếp tục nhận Medi-Cal không. Chúng tôi phải kiểm tra mỗi năm một lần. Chúng tôi cũng kiểm tra khi hoàn cảnh của quý vị thay đổi. Để quyết định, chúng tôi đã sử dụng thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi hoặc thông tin chúng tôi có sẵn. Dựa trên những thông tin này, quý vị sẽ nhận Medi-Cal vào năm tới. Chúng tôi sẽ kiểm tra lại sau một năm để xem quý vị có thể tiếp tục nhận Medi-Cal hay không. Chúng tôi sẽ kiểm tra sớm hơn nếu hoàn cảnh của quý vị thay đổi.</p> <p>Chúng tôi đã sử dụng thông tin dưới đây để đưa ra quyết định của mình. Nếu bất cứ thông tin nào dưới đây không đúng, vui lòng liên hệ với chúng tôi để cung cấp cho chúng tôi thông tin chính xác. Để tìm</p>

Vietnamese	<p>hiểu cách thức báo cáo thông tin đã cập nhật tại văn phòng tại quận của quý vị, vui lòng đọc phần có tựa đề “Quý vị có bất kỳ thay đổi nào không?” dưới đây.</p>
	<p>         Quy Mô Hộ Gia Đình: _____          Thu Nhập Hộ Gia Đình Tính Được Hàng Tháng: _____          Tình Trạng Hôn Nhân: _____          Tài Sản Tính Được: _____          Bị Mù hoặc Khuyết Tật: _____          Tình Trạng Mang Thai: _____          Có Con Thuộc Trách Nhiệm của Quý Vị: _____          Tư Cách Công Dân/Tình Trạng Nhập Cư: _____       </p>
	<p><b>Quý vị có bất kỳ thay đổi nào không?</b>          Trong năm tới, quý vị phải báo cáo mọi thay đổi trong cuộc sống ảnh hưởng đến việc quý vị đủ điều kiện nhận Medi-Cal. Quý vị phải báo cáo trong vòng <b>10</b> ngày sau khi có sự thay đổi này. Ví dụ: quý vị phải liên hệ với chúng tôi nếu:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thu nhập của quý vị thay đổi.</li> <li>• Hộ gia đình của quý vị thay đổi, chẳng hạn như quý vị kết hôn, ly hôn, mang thai, sinh con hoặc nhận con nuôi; một người chuyển đến hoặc chuyển ra khỏi nhà quý vị; hoặc quý vị thay đổi người được kê khai trong tờ khai thuế của quý vị.</li> <li>• Quý vị đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế khác.</li> <li>• Quý vị chuyển nhà. Nếu quý vị chuyển đến sống ở quận khác, quý vị có thể báo cáo thay đổi của mình cho quận cũ hoặc quận mới của quý vị.</li> <li>• Tài sản của quý vị thay đổi.</li> </ul>
	<p>Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho văn phòng quận tại địa phương của quý vị theo hình thức trực tiếp hoặc qua thư gửi đường bưu điện, fax, điện thoại hoặc hình thức điện tử. Thông tin liên lạc có ở trang đầu tiên của thông báo này.</p>