STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY GRAY DAVIS, *Governor*

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**
714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-0258

January 18, 2001

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons
All County Mental Health Directors
All County Public Health Directors
All County MEDS Liaisons

Letter No.01-06

CLARIFICATION AND FURTHER INSTRUCTIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE ELIMINATION OF THE FACE-TO-FACE REQUIREMENT AT THE TIME OF APPLICATION FOR MEDI-CAL

The purpose of this All County Welfare Directors Letter (ACWDL) is to clarify and further instruct counties on the process to be used with the implementation of the elimination of the face-to-face requirement at the time of application for Medi-Cal.

The Department of Health Services (DHS) instructs counties to follow the procedures identified below in order to simplify and align the process used by all counties with the elimination of the face-to-face interview. These new instructions are in addition to the instruction already given with ACWDL 00-31 and ACWDL 00-31E.

The items addressed below have come to the attention of DHS as needing further clarification and instruction for the successful implementation of the mail-in process.

For purposes of this ACWDL, "county employee" is described as one employed by the County Department as defined by 50036 of the Medi-Cal Eligibility Regulations Manual.

**QUESTION #1:** With a mail-in application, what date will be used to protect the beginning date of aid and retroactive months of eligibility?

**ANSWER #1:**

The date of the SAWS1 will be used, as follows:

- If the applicant picks up an application from the county office and has contact with a county employee, the county employee is responsible for obtaining a SAWS1 at the time the request for an application is made.

- If the applicant calls the county office and requests an application to be mailed to them, the county employee taking the request is responsible for completing the

SAWS1 on behalf of the applicant. A copy of the SAWS1 must be forwarded with the application at the time of mailing. **It is not required that applicants sign the SAWS1.**

- If the application is obtained with no direct contact with a county employee, the date of application will be the date the application is received by the county office. The date received will be the date used by the county employee when completing the SAWS1 on behalf of the applicant. **It is not required that applicants sign the SAWS1.**

**Note:** Should the applicant request California Opportunity and Responsibility to Kids or Food Stamps assistance, they must be told to apply in person. The SAWS1 for the mail-in process only serves for the purpose of Medi-Cal only benefits.

**QUESTION #2:** What application do we mail to applicants or hand out to applicants?

**ANSWER #2:**

Pending finalization of the new Medi-Cal mail-in application, counties are instructed as follows:

- **Families, pregnant women and/or children** – The Healthy Families/Medi-Cal for Children and Pregnant Women application (MC 321 HFP) is to be used in lieu of the MC210 with the additional forms MC 321 HFP-AP (Supplement to the Medi-Cal Mail-In Application) and MC 322 (property form) as instructed in ACWDL 00-17.

The Healthy Families/Medi-Cal for Children application is available in 11 languages (English, Spanish, Vietnamese, Cambodian, Hmong, Armenian, Cantonese, Korean, Russian, Farsi, and Lao). Counties may request the application from the DHS warehouse in these languages through the standard form ordering process.

With the temporary use the MC 321 HFP, it is anticipated that applicants will call the Toll Free number listed on the MC 321 HFP with Medi-Cal questions. Phone staff may be unable to answer these questions and will not be able to accommodate the increased volume of calls. Therefore, Counties are instructed to conceal the Healthy Families Toll

Free number, which appears on the MC 321 HFP application on pages A1, A3, A4 and page 6, and to replace it with a phone number for the corresponding County where applicants can call for assistance.

Additionally, Counties must remove the attached return envelope and replace it with the Counties self-addressed stamped envelope in order for the application to be returned to the County.

- **Aged, Blind, Disabled, Long-Term Care** – Counties are to continue using the MC 210.

The use of the SAWS2 or the MC 210 remains optional for all applicants (ACWDL 98-58). **However, counties are discouraged from using the SAWS2 in lieu of the MC 210 as it is more confusing and therefore more difficult for applicants to understand and complete.** Counties who choose to use the SAWS2 will be required to add additional verbiage on the packet cover letter (attachment) clearly explaining to the applicant to only complete the Medi-Cal questions. An "MC" on the left-hand side of the question identifies Medi-Cal questions on the SAWS2.

The use of the SAWS2 remains necessary in situations when a CalWORKS applicant is denied cash aid and needs to be determined eligible for Medi-Cal only benefits. Medi-Cal for a CalWORKS applicant is not dependent on the receipt of cash aid; therefore they must be reviewed independently for Medi-Cal eligibility. Counties **may not** require applicants to complete an additional application.

Example: CalWORKS is denied because the applicant failed to provide copies of birth certificates or failed to cooperate with the training component requirement; such situations are not a reason for a Medi-Cal denial therefore review for Medi-Cal eligibility must be conducted.

**QUESTION #3:** What needs to be included in the packet when an application is mailed or when an application is handed to an applicant?

**ANSWER #3:**

All of the following:

- **A cover letter is mandatory: DHS** has developed the enclosed camera-ready cover letter, translated in the 11 threshold languages, for county use. This cover letter must be used with each application mailed and no substitute will be permitted.

- The appropriate Medi-Cal application as described in question #2.

- A **list** of the verifications that the applicant will need to submit for the approval of Medi-Cal benefits. The date the application and verifications are to be returned to the county office must be included.

- MC 219 (Rights and Responsibilities)

- MC 13 (Statement of Citizenship) for each family member applying for Medi-Cal benefits.

- MC 007 (Medi-Cal information Notice)

- Postage paid pre-addressed return envelope

Once the Statement of Facts is completed and returned, county staff may determine that additional forms are necessary, including but not limited to, the Disability Evaluation packet and releases of information, Authorized Representative, Board and Care forms, District Attorney Family Support agreement and questionnaire, and Other Health Coverage questionnaire.

County staff must also mail information determined to be relevant to the well being and benefit of the applicant/beneficiary, such as but not limited to, Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program and the special supplemental food program for Women, Infants and Children (WIC).

Eligibility requirements for the Medi-Cal program have not changed. Each case record must contain adequate information with supportive documentation to verify an individual's eligibility. Verification of identity, residence, alien status, income and/or resources remains a part of the eligibility determination process. Applicants are not required to submit copies of their Social Security cards. However, the applicant must provide the Social Security Number(s) for the purpose of income verification through the Income and Eligibility Verification System (IEVS).

**QUESTION #4:** With the elimination of the face-to-face interview, can the County require applicants to attend Managed Care presentations?

**ANSWER #4:**

No. Applicants/beneficiaries **are not required** to attend Health Care Options (HCO) presentations offered by DHS' vendor. However, applicants/beneficiaries should be given opportunities to attend HCO presentations and encouraged to make an informed choice of a health plan. HCO sends an enrollment packet to all beneficiaries who are receiving Medi-Cal benefits under the mandatory managed care enrollment aid codes. The enrollment packet contains enrollment and health plan information for review and selection of choice by mail, as well as a schedule of presentations which beneficiaries may attend before they choose to enroll into a health plan.

When beneficiaries do not respond to HCO in choosing a health plan within the specified timeframe, HCO will assign beneficiaries to a health plan in accordance with DHS's Managed Care guidelines. If beneficiaries are not satisfied with their assigned health plan, they **will** have the right to disenroll from the assigned health plan and reenroll into another available health plan of their choice.

If counties have questions regarding the elimination of the face-to-face requirement or the process outlined with this ACWDL, please contact Ms. Tanya Homman of my staff at (916) 657-1469.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Glenda Arellano
Acting Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

# MEDI-CAL

## WELCOME TO MEDI-CAL

Here is the **Medi-Cal** application you asked for with a list of verifications that you will have to give us. If you have difficulty getting the necessary verifications, please contact your county worker for help

You do not have to go to your local county social services office to apply for **Medi-Cal** benefits.

You can mail your application and verifications in the self-addressed, postage-paid envelope attached to the application.

You can ask for and get help in your language, at any time.

Your county worker can answer questions and help you with this application by phone or in person.

If you have an immediate need for **Medi-Cal** coverage, we recommend that you bring your application and verifications to the county social services office.

Also enclosed is a copy of the **Medi-Cal SAWS1** Form, which we completed for you, to protect your beginning date of **Medi-Cal** benefits.

**ALL HELP IS FREE**

Your local county office address is: _____

_____

Your county worker's name is: _____

Your county worker's number is: _____

Please give us your application and verifications by: _____

# MEDI-CAL

## BIENVENIDOS A MEDI-CAL

Aquí está la solicitud de **Medi-Cal** que usted pidió con una lista de las verificaciones que deberá darnos. Si tiene dificultad para conseguir las verificaciones necesarias, por favor comuníquese con su trabajador del condado para pedir ayuda.

No tiene que ir a su oficina local de servicios sociales del condado para solicitar los beneficios de **Medi-Cal**.

Puede mandar por correo su solicitud y las verificaciones en el sobre con la dirección impresa y franqueo pagado que se incluye con la solicitud.

Puede pedir y recibir ayuda en su idioma en cualquier momento.

Su trabajador del condado puede contestar sus preguntas y ayudarlo con esta solicitud por teléfono o personalmente.

Si tiene una necesidad inmediata de cobertura de **Medi-Cal**, le recomendamos que traiga su solicitud y verificaciones a la oficina de servicios sociales del condado.

Hemos incluido una copia del Formulario **SAWS1** de **Medi-Cal** que completamos por usted para proteger la fecha de comienzo de sus beneficios de **Medi-Cal**.

### TODA LA AYUDA ES GRATIS

La dirección de su oficina local del condado es: _____

_____

El nombre de su trabajador del condado es: _____

El número de su trabajador del condado es: _____

Por favor entréguenos su solicitud y verificaciones antes del: _____

# MEDI-CAL

## សូមស្វាគមន៍មកកាន់ MEDI-CAL

នេះគឺជាក្រដាសដាក់ពាក្យស្នើសុំ **Medi-Cal** ដែលលោកអ្នកបានស្នើសុំ ជាមួយនិងបញ្ជីនៃក្រដាសបញ្ជាក់ដែលលោកអ្នកត្រូវតែផ្តល់មកឱ្យយើង ។ បើសិនជាលោកអ្នកមានការលំបាកក្នុងការស្វែងរកក្រដាសបញ្ជាក់ទាំងនេះ សូមទាក់ទងបុគ្គលិកខោនធីរបស់លោកអ្នក សម្រាប់ជំនួយ ។

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ទៅកាន់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នកទេ ដើម្បីស្នើសុំផលប្រយោជន៍ **Medi-Cal** ។

លោកអ្នកអាចផ្ញើក្រដាសដាក់ពាក្យ និង ក្រដាសបញ្ជាក់របស់លោកអ្នក នៅក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលគេចេញថ្លៃស្តែម ហើយមានអាសយដ្ឋានរួចហើយ ដែលគេបានភ្ជាប់ទៅជាមួយក្រដាសដាក់ពាក្យនោះ ។

លោកអ្នកអាចស្នើសុំ ហើយរកជំនួយជាភាសារបស់លោកអ្នក នៅពេលណាក៏បានដែរ ។

បុគ្គលិកខោនធីរបស់លោកអ្នកអាចឆ្លើយសំណួរទានា ហើយអាចជួយលោកអ្នកបំពេញក្រដាសដាក់ពាក្យនេះ តាមរយៈទូរស័ព្ទ ឬ ដោយផ្ទាល់ខ្លួន ។

បើសិនជាលោកអ្នកមានសេចក្តីត្រូវការភ្លាមៗ សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងពី **Medi-Cal** យើងសូមជូនយោបល់ថា លោកអ្នកទាំងក្រដាសដាក់ពាក្យ និងក្រដាសបញ្ជាក់របស់លោកអ្នក ទៅកាន់ការិយាល័យសង្គមកិច្ចក្នុងតំបន់នោះ តែម្តង ។

ភ្ជាប់មកជាមួយនេះដែរ គឺជាក្រដាសចម្លងនៃក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យស្នើសុំ **(Medi-Cal SAWS1 Form)** ដែលយើងបានបំពេញជូនលោកអ្នក ដើម្បីការពារថ្ងៃចាប់ផ្តើមដាក់ពាក្យស្នើសុំផលប្រយោជន៍ **Medi-Cal** របស់លោកអ្នក ។

## ជំនួយទាំងអស់ គឺឥតគិតថ្លៃទេ

អាសយដ្ឋានការិយាល័យសង្គមកិច្ចក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក គឺ ៖ _____

_____

ឈ្មោះរបស់បុគ្គលិកខោនធីរបស់លោកអ្នក គឺ ៖ _____

លេខរបស់បុគ្គលិកខោនធីរបស់លោកអ្នក គឺ ៖ _____

សូមប្រគល់ឱ្យយើងនូវក្រដាសដាក់ពាក្យ និង ក្រដាសបញ្ជាក់របស់លោកអ្នក នៅថ្ងៃ ៖ _____

# MEDI-CAL

## **MEDI-CAL** Xin Kính Chào Quý Vị

Đây là mẫu đơn xin **Medi-Cal** theo yêu cầu của quý vị cùng với danh sách những giấy tờ chứng minh mà quý vị sẽ phải cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc xin các giấy tờ chứng minh cần thiết, xin liên lạc với nhân viên quận để nhờ giúp.

Quý vị không cần phải đến văn phòng dịch vụ xã hội của quận tại địa phương để nộp đơn xin quyền lợi **Medi-Cal**.

Quý vị có thể dùng phong bì có ghi sẵn địa chỉ và trả trước bưu phí kèm trong tập đơn để gửi đi đơn và các giấy tờ chứng minh qua đường bưu điện.

Quý vị có thể nhờ giúp bằng ngôn ngữ của mình, bất cứ lúc nào.

Nhân viên quận của quý vị có thể giải đáp thắc mắc và giúp quý vị điền đơn qua điện thoại hoặc gặp quý vị.

Nếu quý vị cần Medi-Cal ngay, chúng tôi đề nghị quý vị nên cầm theo đơn và đầy đủ giấy tờ chứng minh đến văn phòng dịch vụ xã hội quận.

Đính kèm theo đây là mẫu đơn **Medi-Cal (SAWS1)** mà chúng tôi đã điền cho quý vị, để bảo vệ ngày bắt đầu quyền lợi của quý vị.

**TẤT CẢ MỌI DỊCH VỤ GIÚP ĐỠ ĐỀU MIỄN PHÍ**

Địa chỉ văn phòng quận tại địa phương quý vị là: _____

_____

Tên nhân viên quận của quý vị là: _____

Mã số nhân viên quận của quý vị là: _____

Xin gửi đơn xin và các giấy tờ chứng
minh cho chúng tôi trễ nhất là vào ngày: _____

# MEDI-CAL

## MEDI-CAL ຍິນດີຕ້ອນຮັບທ່ານ

ນີ້ແມ່ນໃບສມັກ **Medi-Cal** ທີ່ທ່ານໄດ້ຮ້ອງຂໍພ້ອມກັບລາຍການເຄື່ອງຢືນຢັນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງເອົາໃຫ້ພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການຫາເຄື່ອງຢືນຢັນທີ່ຈຳເປັນ, ກະຣຸນາຕິດຕໍ່ກັບພະນັກງານເຄົ້າສ໌ຕີ້ຂອງທ່ານເພື່ອ ການຊ່ວຍເຫລືອ.

ເພື່ອສມັກຜົນປະໂຫຍດ **Medi-Cal** ທ່ານບໍ່ຕ້ອງໄປທີ່ສຳນັກງານບໍຣິການສັງຄົມທ້ອງຖິ່ນປະຈຳເຄົ້າສ໌ຕີ້ ຂອງທ່ານ.

ທ່ານສາມາດສົ່ງໃບສມັກແລະເຄື່ອງຢືນຢັນໄປຕາມທາງໄປສະນີກໍໄດ້ໂດຍໃຊ້ຊອງທີ່ມີທີ່ຢູ່ແລະສະແຕມຕິດແລ້ວທີ່ຕິດມາພ້ອມກັບໃບສມັກ.

ທ່ານສາມາດຂໍແລະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຕາມພາສາຂອງທ່ານເມື່ອໃດກໍໄດ້.

ພະນັກງານເຄົ້າສ໌ຕີ້ຂອງທ່ານສາມາດຕອບຄຳຖາມແລະຊ່ວຍທ່ານຂຽນໃບສມັກໄດ້ໂດຍທາງໂທຣະສັບຫລືໂດຍໂຕເອງ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການການປະກັນ **Medi-Cal** ຢ່າງກະທັນຫັນ, ພວກເຮົາກໍແນະນຳທ່ານໃຫ້ນຳໃບສມັກແລະເຄື່ອງຢືນຢັນເຂົ້າມາທີ່ສຳນັກງານບໍຣິການສັງຄົມເຄົ້າສ໌ຕີ້.

ມີສຳເນົາຂອງໃບສມັກ **Medi-Cal (SAWS1)** ຕິດຄັດມາພ້ອມນີ້ອີກດ້ວຍຊຶ່ງພວກເຮົາໄດ້ຂຽນປະກອບໃຫ້ທ່ານແລ້ວເພື່ອປ້ອງກັນວັນທີເລີ້ມຜົນປະໂຫຍດ **Medi-Cal** ຂອງທ່ານ.

## ການຊ່ວຍເຫລືອທຸກຢ່າງຟຣີ

ທີ່ຢູ່ຂອງສຳນັກງານທ້ອງຖິ່ນປະຈຳເຄົ້າສ໌ຕີ້ຂອງທ່ານແມ່ນ: _____

_____

ຊື່ພະນັກງານເຄົ້າສ໌ຕີ້ຂອງທ່ານແມ່ນ: _____

ເລກໂທຣະສັບຂອງພະນັກງານເຄົ້າສ໌ຕີ້ຂອງທ່ານແມ່ນ: _____

ກະຣຸນາສົ່ງໃບສມັກແລະເຄື່ອງຢືນຢັນມາກ່ອນວັນທີ: _____

# MEDI-CAL

## 歡迎你參加MEDI-CAL

這是你要求的**Medi-Cal**申請表，並隨函附寄你需要提供給我們的證明清單 。
如果你無法提供所需的證明，請聯絡你的縣工作員尋求幫助。

你無需前往你當地的縣社會服務辦公室辦理**Medi-Cal**福利的申請。

你可以使用附在申請表內、已預付郵資的回郵信封寄回你的申請表和證明。

你可以隨時使用你的語言請求及獲得幫助。

你的縣工作員可以用電話或親自回答問題及幫助你填寫本申請表。

如果你立即需要**Medi-Cal**福利，我們建議你帶同你的申請表和證明到縣政府的社會服務辦公室。

此外，附上我們為你填寫的**Medi-Cal SAWS1**申請表以便保護你的**Medi-Cal**福利開始的日期。

## 所有幫助免費提供

你當地的縣辦公室地址是:_____

_____

你的縣工作員的名字是:_____

你的縣工作員的電話號碼是:_____

請在下列日期前遞交你的申請表和證明:_____

# MEDI-CAL

## ZOO SIAB KOJ TAU NKAG LOS KOOM NROG MEDI-CAL

Ntawm no yog **Medi-Cal** tsab ntawv teev npe nkag thov ntaubntawv kho mob uas koj tau nug txog kom peb xa tuaj. Tsis tag li peb kuj xa cov lus qhia txog tias koj yuav tsum xa dab ts tuaj siv ua ntaubntawv povthawj rau peb. Yog koj muaj teebmeem nrhiav tsis tau tej ntaubntawv povthawj hais no, mas koj yuav tsum hu rau tus neeg ua haujlwm ntawm koj zos kom nws pab koj.

Koj tsis tas yuav mus tom lub tsev loo-kam social services ntawm koj zos mus ua ntaubntawv teev npe thov **Medi-Cal** pab.

Koj muaj peevxwm muab koj tsab ntawv teev npe nkag thiab cov ntaubntawv povthawj ntim rau hauv lub hnab ntawv them nyiaj lo xab-tees tiav tag uas muab ua ke los no, xa tuaj rau peb xwb los yeej tau.

Txhua txhua lub sijhawm yog koj xav tau txais kev pab hais ua koj yam lus los koj yeej muaj peevxwm thov tau tej kev pab no.

Tus neeg ua haujlwm ntawm koj zos yeej muaj peevxwm yuav teb tau koj tej lus thiab pab ua koj cov ntaubntawv teev npe nkag rau koj, tsis hais hu hauv xovtooj pab los sis tshwm cev tuaj pab koj kiag los yeej tau.

Yog koj ho muaj dab tsi maj yuav toob kam **Medi-Cal** pab sai, mas peb siab xav mas xav kom koj nqa koj tsab ntawv teev npe nkag thiab tej ntaubntawv povthawj tuaj kiag tom lub tsev loo-kam social services ntawm koj zos.

Tsis tag li, peb kuj xa daim qauv ntawv **Medi-Cal SAWS1** uas yog tsab peb tau pab ua rau koj tuaj rau koj, tsab ntawv no yog tsab yuav pab ua povthawj nres tias hnub twg yog hnub koj yuav tsum tau pib txais cov **Medi-Cal** pab los mus.

### TEJ KEV PAB NO PUAV LEEJ YOG PAB DAWB PAB DO

Lub tsev loo-kam ntawm koj zos qhov chaw nyob yog: _____

_____

Tus neeg ua haujlwm ntawm koj zos lub npe hu ua: _____

Tus neeg ua haujlwm ntawm koj zos tus nab-npawb xovtooj yog: _____

Koj yuav tsum muab koj tsab ntawv teev npe nkag thiab
cov ntaubntawv povthawj rau peb tsis pub dhau hnub: _____

# MEDI-CAL

## Medi-Cal 에 오신 것을 환영합니다

귀하께서 요청하신 **Medi-Cal** 신청서와 저희에게 제출하셔야 할 증명서류 목록을 함께 보내드립니다. 필요한 증명서를 준비하는 데에 어려움이 있으면 카운티 담당자에게 연락하여 도움을 받으십시오.

**Medi-Cal** 베니핏을 신청하기 위해 귀하의 해당 지역 카운티 소셜 서비스 사무소에 가지 않으셔도 됩니다.

신청서와 증명서류들은 신청서에 첨부해서 보내드린 우편 요금이 선불된 반신용 봉투를 사용하여 우송하실 수 있습니다.

귀하는 언제든지 자신의 모국어로 도움을 요청도 하고 받으실 수도 있습니다.

카운티의 담당자는 전화로 또는 직접 이 신청서에 관한 귀하의 질문에 답변해 드리거나 도움을 드릴 수 있습니다.

**Medi-Cal** 커버리지(보험보호)가 즉각 필요한 경우에는 귀하께서 신청서와 증명서류들을 직접 카운티 소셜 서비스 사무소로 가져가시는 것이 좋습니다.

함께 동봉된 것은 **Medi-Cal** 신청서 **(SAWS1)** 의 사본인데, 귀하의 **Medi-Cal** 베니핏 시작일이 확실히 포함되도록 하기 위해 저희가 귀하 대신 작성했습니다.

**제공해 드리는 모든 도움은 무료입니다**

귀하의 해당 지역 카운티 사무소 주소는 다음과 같습니다: _____

_____

귀하의 카운티 담당자 이름은 다음과 같습니다: _____

귀하의 카운티 담당자 전화번호는 다음과 같습니다: _____

귀하의 신청서와 증명서류들을 다음 날짜까지 저희에게 보내주십시오: _____

# MEDI-CAL

## ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ НА ПРОГРАММУ MEDI-CAL

Направляем вам форму заявления на получение программы **Medi-Cal**, которую вы запрашивали, а также перечень подтверждающих документов, которые вы должны нам представить. Если у вас возникли трудности с предоставлением этих подтверждающих документов, обратитесь за помощью к своему куратору.

Вам не нужно идти в свое районное отделение социального обеспечения для подачи документов на получение льгот по **Medi-Cal.**

Вы можете отправить свое заявление и подтверждающие документы по почте, используя конверт с предварительной оплатой почтовых расходов и заранее напечатанным адресом, приложенным к заявлению.

В любое время вы можете попросить помощь на своем родном языке.

Куратор вашего дела может помочь ответить на вопросы и заполнить заявление по телефону или при личном посещении.

Если у вас возникла срочная необходимость в оплате медицинских услуг **Medi-Cal**, мы рекомендуем вам принести заявление и подтверждающие документы в районный офис социальных услуг.

Кроме этого, мы отправляем вам форму **Medi-Cal SAWS1**, которую мы заполнили за вас, чтобы гарантировать для вас дату начала получения льгот по **Medi-Cal.**

### ВСЕ ВИДЫ ПОМОЩИ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ БЕСПЛАТНО

Адрес вашего районного офиса: _____

_____

Имя куратора вашего дела: _____

Номер телефона куратора вашего дела: _____

Пожалуйста, представьте нам свое
заявление и подтверждающие документы к: _____

# MEDI-CAL

## MEDI-CAL-ԻՆ ԲԱՐԻ ԵՔ ԵԿԵԼ

Սա այն **Medi-Cal**-ի խնդրագիրն է որը ցանկացել էիք ստանալ, սա պարունակում է որոշ ստուգությունների ցանկ, որոնք պիտի մեզ ներկայացնեք: Եթե դժվարանում եք այս հարկավոր ստուգությունները ձեռք բերել, խնդրվում է կապվել ձեր գավառի աշխատողի հետ, օգնություն ստանալու համար:

**Medi-Cal**-ի նպաստներին դիմելու համար, հարկավոր չէ գնաք ձեր տեղաին գավառի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակը:

Դուք կարող եք ձեր դիմումնագիրը եւ ստուգությունները ղրկեք, օգտվելով դիմում-նագրին միցված ծրարից, որի վրա տպված է մեր հասցեն եւ որի նամակագինը վճարված է:

Դուք որեւե ժամանակ կարող եք ձեր լեզվով օգնություն ստանալ:

Ձեր գավառի աշխատողը կարող է հեռախոսով կամ անձամբ ձեր հարցերին պատասխանել կամ օգնել այս դիմումնագիրը լրացնելու:

Եթե դուք **Medi-Cal**-ի ծածկոցի անմիջական կարիք ունեք, հանձնարարում ենք, որ ձեր դիմումնագիրը եւ ստուգությունները տանել գավառի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակը:

Ներփակված է նաեւ ձեր **Medi-Cal SAWS1** Ձեւի օրինակը, որը լրացրել ենք ձեր համար, ձեր **Medi-Cal**-ի նպաստների սկսելու օրը պաշտպանելու համար:

### ԲՈԼՈՐ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՆՎՃԱՐ ԵՆ

Ձեր տեղաին գավառի գրասենյակի հասցեն է: _____

Ձեր գավառի աշխատողի անունն է: _____

Ձեր գավառի աշխատողի համարն է: _____

Խնդրվում է ձեր դիմումնագիրը եւ ստուգությունները

մինչեւ այս թվականը ներկայացնել: _____

# MEDI-CAL

## به MEDI-CAL خوش آمدید

ضمیمه به این نامه، درخواستنامه **Medi-Cal**-ای است که خواسته بودید، شامل لیست تاییداتی که باید به ما بدهید. اگر در تهیه تائیدات لازم به مشکلی برخورد کردید، برای دریافت کمک با خدمتگزار شهرستانتان تماس بگیرید.

برای درخواست کردن مزایای **Medi-Cal**، لزومی به رفتن به دفتر محلی خدمات اجتماعی شهرستانتان نیست.

درخواستنامه و تائیداتتان را میتوانیدتوسط پاکت پیش پرداخته‌ای که ضمیمه درخواستنامه است پست کنید.

هر موقع که لازم داشته باشید، میتوانید به زبان خودتان درخواست‌کمک کنید و کمک دریافت کنید.

خدمتگزار شهرستانتان میتواند سئوالات را جواب دهد و تلفنی یا بطور شخصی در مورد این درخواستنامه به شما کمک کند.

اگر نیاز فوری برای پوشش **Medi-Cal** دارید، سفارش میکنیم که درخواستنامه و تائیداتتان را به دفتر خدمات اجتماعی شهرستان بیاورید.

یک نسخه از فرم **SAWS1** برای **Medi-Cal** نیز ضمیمه است، که، به منظور حراست از تاریخ شروع مزایای **Medi-Cal** شما، برایتان پر کرده‌ایم.

**تمامی کمکها بطور رایگان ارائه میشوند**

آدرس دفتر محلی شهرستان شما این است: _____

_____

نام خدمتگزار شهرستان شما این است: _____

شماره تلفن خدمتگزار شهرستان شما این است: _____

لطفا درخواستنامه و تائیدات خود را تا این تاریخ به ما بدهید: _____