



JENNIFER KENT
Director

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



EDMUND G. BROWN JR.
Governor

June 9, 2017

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS Letter No: 17-17
ALL COUNTY ADMINISTRATIVE OFFICERS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS
ALL COUNTY PUBLIC HEALTH DIRECTORS
ALL COUNTY MENTAL HEALTH DIRECTORS
ALL CONSORTIA/SAWS PROJECT MANAGERS

SUBJECT: Translations of the Updated Discontinuance Notice of Action -Over Income
and Not Otherwise Medi-Cal Eligible
(Reference: All County Welfare Directors Letter 15-33, 16-14)

The purpose of this All County Welfare Directors Letter (ACWDL) is to provide counties with the remaining threshold language translations of the updated discontinuance Notice of Action (NOA) for individuals who are found over income and not otherwise eligible for Modified Adjusted Gross Income (MAGI) Medi-Cal.

Background

ACWDL 16-14 provided counties with updated English and Spanish NOAs for individuals who are discontinued from Medi-Cal because of being over income for MAGI Medi-Cal and not otherwise Medi-Cal eligible. These updated NOAs included additional language to alert transitioning beneficiaries of the steps to take to avoid a gap in health coverage. Additionally, the ACWDL informed counties that the translations in the remaining threshold languages would be provided.

Translated Over Income NOA - Implementation Timeline

The remaining threshold language translations of the updated “Over Income” NOA are included as enclosures in this ACWDL. Please note that enclosure 1 includes the snippets for languages read “left to right” while enclosure 2 includes snippets for languages read “right to left”. The Statewide Automated Welfare System (SAWS) must make programming changes to use the enclosed translated updated “Over Income” NOA snippets in its applicable threshold languages, during the next available SAWS release. Where counties have the capability to generate manual NOAs in an individual’s preferred language,

All County Welfare Directors Letter No.: 17-17
Page 2
June 9, 2017

counties may generate manual NOAs using the enclosed translated NOA snippets, effective immediately. Counties are reminded of the requirement to include a multilingual notification (MC 4034 or GEN 1365) with every NOA sent to all applicants/beneficiaries regardless of the primary language specified on Medi-Cal Eligibility Data System.

If you have any questions or require additional information, please contact Alison Brown at (916) 319-9565 or by email at Alison.Brown@dhcs.ca.gov.

Original Signed By

Sandra Williams, Chief
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosures

Language	Updated Over Income Snippet Text
Armenian	<p>Մենք ուսումնասիրել ենք բոլոր տեղեկությունները, որ ունենք Ձեր գործի վերաբերյալ: Ելնելով այդ տեղեկություններից՝ «Medi-Cal»-ի Ձեր իրավասությունն ավարտվելու է <Month YYYY>-ի վերջին օրը:</p> <p>Ձեր «Medi-Cal»-ը դադարեցնելու պատճառը հետևյալն է.</p> <p>Դուք այլևս չեք բավարարում «Medi-Cal»-ի պահանջները: Պատճառն այն է, որ Ձեր ընտանիքի եկամուտը գերազանցում է թույլատրված սահմանաչափը: Որոշում կայացնելու համար մենք հաշվարկել ենք Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը և եկամուտը: «Medi-Cal»-ի համար Ձեր ընտանիքի անդամների թիվը <MAGI_SIZE> է, իսկ Ձեր ընտանիքի ամսական եկամուտը՝ \$<MAGI_INCOME>: Ձեր տարիքի և ընտանիքի անդամների թվի համար սահմանված «Medi-Cal»-ի ամսական եկամուտը \$<MAGI_INCOME_LIMIT> է: Ձեր եկամուտն այդ սահմանաչափից բարձր է, ուստի Դուք չեք համապատասխանում «Medi-Cal» ստանալու պահանջներին:</p> <p>Որոշում կայացնելիս մենք հիմնվել ենք Ձեր ուղարկած տեղեկությունների և մեր ունեցած տվյալների վրա: Եթե հարցեր ունեք կամ կարծում եք, որ մենք սխալվել ենք, կամ եթե մեզ տրամադրելու լրացուցիչ տեղեկություններ ունեք, անմիջապես զանգահարեք «Medi-Cal»-ի գրասենյակ՝ վերը նշված հեռախոսահամարով: Դուք նաև բողոքարկելու իրավունք ունեք: Բողոքարկելու Ձեր իրավունքի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս ստորև:</p> <p>Եթե Դուք հղի կամ հաշմանդամ եք և այդ մասին մեզ չեք հայտնել, հնարավոր է, որ Դուք կարողանաք մնալ «Medi-Cal»-ում: Եթե ցանկանում եք պարզել, թե արդյոք կարող եք մնալ «Medi-Cal»-ում, խնդրում ենք զանգահարել «Medi-Cal»-ի գրասենյակ՝ վերը նշված հեռախոսահամարով, և հայտնել Ձեր հղիության կամ հաշմանդամության մասին:</p> <p>ԱՅԺՄ ՔԱՅԼ ԿԱՏԱՐԵՔ՝ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐ ԱՊԱՅՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՍԱՐ</p> <p>Քանի որ այժմ Ձեր եկամուտը գերազանցում է «Medi-Cal»-ի սահմանաչափը, մենք Ձեր գործն ուղարկել ենք «Covered California»: «Covered California»-ի միջոցով անհատները և ընտանիքները կարող են օգնություն ստանալ առողջության մասնավոր ապահովագրության համար վճարելու հարցում: Հնարավոր է, որ Դուք կարողանաք ֆինանսական օգնություն ստանալ, որը կկրճատի Ձեր ամսական ծախսերը (այն կոչվում է ապահովագիծ): Ֆինանսական օգնության չափը կախված է ընտանիքի անդամների թվից և ընտանիքի տարեկան եկամուտից: Ձեզ պետք չէ նոր դիմում լրացնել:</p> <p>Ձեր «Medi-Cal»-ն ավարտվում է, և Դուք պետք է արագ գործեք, որպեսզի ապահովագրություն ունենաք: Որպեսզի Դուք չմնաք առանց առողջության ապահովագրության, հարկավոր է «Covered California»-ի առողջապահական ծրագիր ընտրել՝ նախքան «Medi-Cal»-ի Ձեր ապահովագրության ավարտվելը, և վճարել Ձեր ապահովագիծը մինչև այն օրը, որը նշված կլինի Ձեզ ներկայացվող առաջին հաշվի վրա: Ձեր «Medi-Cal»-ի ավարտվելուց հետո Դուք լրացուցիչ 60 օր ունեք «Covered California»-ի որևէ առողջապահական ծրագրի անդամագրվելու համար: Սակայն, եթե Դուք «Covered California»-ի առողջապահական ծրագիր չընտրեք մինչև Ձեր «Medi-Cal»-ի ավարտվելը, Դուք դրան հաջորդող ամսվա ընթացքում առողջության ապահովագրություն չեք ունենա:</p>

ផ្តល់យើង សូមទាក់ទងការិយាល័យ Medi-Cal តាមលេខទូរស័ព្ទខាងលើនេះភ្លាម។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា។ សូមមើលខាងក្រោមនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ ឬពិការភាព ហើយមិនទាន់រាយការណ៍ព័ត៌មាននេះ អ្នកប្រហែលអាចបន្តជាមួយ Medi-Cal បាន។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថា តើអ្នកអាចបន្តជាមួយ Medi-Cal បាន ឬទេ សូមប្រាប់យើងដោយទូរស័ព្ទមកការិយាល័យ Medi-Cal តាមលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីរាយការណ៍ពីការមានផ្ទៃពោះ ឬពិការភាពរបស់អ្នក។

ចាត់ការឥឡូវនេះ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មី
ដោយសារប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកឥឡូវនេះ ខ្ពស់ពេកសម្រាប់ Medi-Cal អ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅកម្មវិធី Covered California។ តាមរយៈ Covered California បុគ្គលនិងគ្រួសារអាច ទទួលបានជំនួយ ក្នុងការបង់ថ្លៃនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន។ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយទឹកប្រាក់ ដែលអាចជួយបន្ថយថ្លៃដែលត្រូវបង់រាល់ខែ (ហៅថាថ្លៃប្រចាំខែ) និងការបង់ថ្លៃរួម។ ចំនួននៃជំនួយទឹកប្រាក់ អាស្រ័យលើទំហំគ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំឆ្នាំ។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញពាក្យសុំថ្មីទេ។

Medi-Cal របស់អ្នកកំពុងដាច់ ហើយអ្នកត្រូវតែចាត់ការឲ្យបានឆាប់ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព Covered California មួយ មុននឹងការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកដាច់ ហើយបង់ថ្លៃប្រចាំខែមុនថ្ងៃខែកំណត់ ដែលមាននៅលើវិក្កយបត្រដំបូង ដើម្បីកុំឲ្យដាច់ការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព។ អ្នកមានពេល 60 ថ្ងៃ ចាប់ពីពេលដែល Medi-Cal របស់អ្នកដាច់ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព Covered California មួយ។ ក៏ប៉ុន្តែ បើអ្នកមិនជ្រើសរើសគម្រោង Covered California មួយ មុន Medi-Cal របស់អ្នក ដាច់ អ្នកនឹងលែងមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៅក្នុងខែបន្ទាប់។

ទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខទូរស័ព្ទនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ឬទូរស័ព្ទទៅ Covered California តាមលេខ 800-300-1506 ដើម្បីសួរសំណួរអំពី Covered California ឬជ្រើសរើសគម្រោងមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការជ្រើសរើសគម្រោង Covered California មួយ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាពីការចុះឈ្មោះដ៏មានវិញ្ញាបនបត្រ ពី Covered California ឬភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រងដ៏មានវិញ្ញាបនបត្រម្នាក់។ ពួកគាត់អាចជួយអ្នកក្នុងការរកគម្រោងដ៏ល្អប្រសើរជាងគេសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីរកអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាពីការចុះឈ្មោះ ឬ ភ្នាក់ងារម្នាក់នៅក្បែរអ្នក សូមមើល www.CoveredCA.com ហើយចុចលើ "Find Local Help"។

សូមកត់សំគាល់៖ សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត ដែលមានសិទ្ធិចូលរួមខុសគ្នាពីអ្នក អាចទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងដោយឡែកមួយច្បាប់។ កុំបោះចោលប័ណ្ណសំគាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BENEFITS IDENTIFICATION CARD) (BIC) របស់អ្នកឡើយ បើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសំគាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card) (BIC) ជំរួយសន្លឹកហើយ កុំបោះ ចោលវាឡើយ។ អ្នកអាចប្រើវារហូតដល់ Medi-Cal របស់អ្នកដាច់។ អ្នកក៏អាចប្រើវាម្តងទៀត បើអ្នកមានសិទ្ធិចូលរួម Medi-Cal ម្តងទៀតនៅពេលអនាគត។

អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា បើអ្នកមិនឯកភាព
ប្រសិនបើអ្នកមិនឯកភាពនឹងសកម្មភាពនេះទេ ឬបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុស អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកចង់រក្សាទុក Medi-Cal របស់អ្នក នៅក្នុងពេលដែលអ្នកកំពុងប្តឹងតវ៉ា អ្នក ត្រូវតែតវ៉ាមុន Medi-Cal របស់អ្នកដាច់។ បើពុំនោះទេ អ្នកមានតែ 90 ថ្ងៃដើម្បីស្នើសុំសវនាការ។ អំឡុងពេល 90 ថ្ងៃបានចាប់ផ្តើមមួយថ្ងៃបន្ទាប់ពីខោនធីបានធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះទៅកាន់ អ្នក។ មើលខាងខ្នងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីរៀនពីរបៀបប្តឹងតវ៉ា។ <Regulation> គឺជាបញ្ញត្តិ ឬច្បាប់ដែលយើងខ្ញុំបានពឹងផ្អែក សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តនេះ។

Chinese

我們已經口閱了有關您個案的所有資訊。根據這些資訊，您的Medi-Cal福利將在<Month YYYY>最後一天終止。

您的Medi-Cal福利將終止的原因是：

您不再有資格享受Medi-Cal。這是因為您的家庭收入已經高於允許金額。我們是在計算了您的家庭人口和收入以後做出的上述決定。為了享受Medi-Cal，您的家庭人口是<MAGI_SIZE>，並且您家庭的月收入是\$<MAGI_INCOME>。Medi-Cal對像您的年紀和家庭人口的家庭的月收入的限額是\$<MAGI_INCOME_LIMIT>。您的收入高於該限額，所以您不可以享受Medi-Cal。

我們是用了您提供給我們的資訊和我們的記錄而做出上述決定的。如果您有疑問或認為我們弄錯了，或如果您有更多的資訊要給我們，請立即撥打上面列出的Medi-Cal辦公室的電話號碼。您也有權提出上訴。參閱下面內容，瞭解有關您上訴權的更多資訊。

如果您懷孕了或殘障了，並且還沒有彙報該情況，您或許可以繼續留在Medi-Cal。如果您想看看是否能繼續留在Medi-Cal，請撥打上面列出的Medi-Cal辦公室的電話號碼，告訴我們您懷孕了或殘障了。

現在就採取行動以獲得新的健保福利

因為您現在的收入過高而不再能夠享受Medi-Cal，所以您被轉介到Covered California。透過Covered California，個人和家庭可以獲得幫助，以支付私人健保計劃。您或許有資格獲得經濟幫助，這樣的幫助能降低每月的費用（即保險費）以及共付額。經濟幫助金額是以家庭人口和家庭年收入為準。您不需要填寫新的申請。

您的Medi-Cal福利即將終止，您必須馬上採取行動以便獲得健康保險。在您的Medi-Cal福利結束前、您得在第一張帳單付款截至日前支付您的保險費前，您必須選擇一個Covered California健康保險計劃，這樣您就不至於沒有健康保險。從您的Medi-Cal結束日起您有額外60天的時間加入一個Covered California健康保險計劃。但是，如果您在Medi-Cal結束前沒有選擇一個Covered California計劃，您在接下來的那個月就沒有健康保險。

撥打本通知上列出的您當地縣辦公室的電話號碼或撥打Covered California的電話號碼：800-300-1506，詢問有關Covered California的問題或選擇一個計劃。如果在選擇Covered California計劃方面需要幫助，您可以跟「經認證的加入Covered California諮詢顧問」或「經認證的保險經紀人」聯繫。為了找到離您較近的加入諮詢顧問或經紀人，可以上www.CoveredCA.com，點擊「Find Local Help」。

請注意：家中其他有著不同享受資格的成員可能會收到不同的通知。

	<p>不要扔掉您的「福利身份卡 (BENEFITS IDENTIFICATION CARD) (BIC)」。如果您已經有一張「福利身份卡 (Benefits Identification Card) (BIC)」，請不要把它扔掉。您可以用到您的Medi-Cal截至時。另外，如果您將來又有資格享受Medi-Cal，您可以再用這張卡。</p> <p>如果您不同意我們的決定，您有權上訴。如果您不同意我們的決定或認為我們弄錯了，您可以上訴。如果您想在上訴期間保留您的 Medi-Cal，您必須在您的Medi-Cal 結束前上訴。否則，您只有90天的時間請求一次聽證。這個90天的期限是從縣給您寄出本通知當日算起。請參閱本通知背面內容，瞭解如何上訴。<Regulation>是我們做出上述決定的法規或法律依據。</p>
Hmong	<p>Peb tau saib tag nrho cov ntaub ntawv uas peb tau txog koj suam (case). Raws li cov ntaub ntawv no, koj txoj kev tsim nyog rau Medi-Cal yuav xaus rau hnuv kawg hauv lub <Month YYYY>.</p> <p>Koj qhov Medi-Cal yuav nres mas yog vim tias:</p> <p>Koj tsis tsim nyog rau Medi-Cal mus ntxiv lawm. Qhov no mas twb yog vim tias koj tsev neeg cov nyiaj tau nws ntau tshaj qhov uas pub txog lawm. Peb suav seb muaj pes tsawg leej hauv koj tsev neeg thiab cov nyiaj tau los txiav txim. Rau Medi-Cal, koj tsev neeg muaj <MAGI_SIZE> leej thiab koj tsev neeg cov nyiaj tau txhua hli yog \$<MAGI_INCOME>. Cov nyiaj tau txhua hli uas Medi-Cal pub txog raws koj lub hnuv nyoog thiab seb muaj pes tsawg leej hauv tsev neeg yog \$<MAGI_INCOME_LIMIT>. Koj qhov nyiaj tau nws tshaj qhov uas pub txog no lawm, li no koj thiaj li tsis tsim nyog rau Medi-Cal.</p> <p>Peb siv cov lus qhia uas koj tau muab rau peb thiab peb cov ntaub ntawv los txiav txim. Yog tias koj muaj lus nug los sis xav tias peb ua yuam kev lawm, los sis yog tias koj muaj cov ntaub ntawv ntxiv uas xav muab rau peb, hu rau Medi-Cal lub chav fai ntawm tus xov tooj saud tam sim no. Koj tseem muaj cai los thov kom rov xyuas dua qhov uas xub txiav txim (appeal). Saib hauv qab no rau cov lus qhia ntxiv txog koj cov cai thov kom rov xyuas dua qhov uas xub txiav txim.</p> <p>Yog tias koj cev xeeb tub los sis muaj kev tsis taus thiab tsis tau qhia txog qhov no, tej zaum koj tseem yuav nyob tau hauv Medi-Cal. Yog koj xav xyuas seb koj nyob puas tau hauv Medi-Cal, thov qhia tuaj rau peb uas hu rau Medi-Cal lub chav fai ntawm tus xov tooj saud es qhia txog qhov koj cev xeeb tub los sis qhov kev tsis taus.</p> <p>YUAV TAU NQIS TES TAM SIM NO KOM TAU KEV PAB THEM NQI KHO MOB TSHIAB</p> <p>Vim tias tam sim no koj cov nyiaj tau nws ntau heev rau Medi-Cal lawm, tau xa koj mus rau Covered California lawm. Hauv Covered California, cov tib</p>

	<p>neeg thiab cov tsev neeg yuav tau kev pab them tus nqi yuav kev tuav pov hwm kho mob. Tej zaum koj yuav tsim nyog rau kev pab nyiaj uas yuav txo tau tus nqi them txhua hli kom tsawg (hu ua tus nqi muas) thiab cov nqi koom them (copayments). Qhov yuav pab ntau thiab tsawg mas nyob ntauw seb muaj pes tsawg leej hauv tsev neeg thiab seb tsev neeg cov nyiaj tau hauv ib xyoos yog pes tsawg. Koj tsis tas yuav teb ib daim ntauw thov kev pab tshiab.</p> <p>Koj qhov Medi-Cal yuav xaus thiab koj yuav tsum tau nqis tes sai kom thiaj li tau kev pab them nqi. Koj yuav tsum tau xaiv Covered California ib txoj kev pab them nqi kho mob ua ntej koj txoj kev pab them nqi los ntauw Medi-Cal xaus thiab them koj tus nqi muas (premium) tsis pub dhau hnuv kom them mus (due date) uas nyob hauv thawj daim nqi kom koj thiaj li tsis muaj kev ncuu hauv txoj kev pab them nqi kho mob. Koj muaj 60 hnuv ntxiv ntauw lub sij hawm uas koj qhov Medi-Cal xaus los rau npe koom rau hauv Covered California ib txoj kev pab them nqi kho mob. Tiam sis, yog tias koj tsis xaiv Covered California ib txoj kev pab them nqi kho mob ua ntej koj qhov Medi-Cal xaus koj yuav tsis tau kev pab them nqi kho mob lub hlis tom qab ntauw.</p> <p>Hu rau koj lub chav fai hauv nras (county) ntauw tus xov tooj uas nyob hauv tsab ntauw qhia no los sis Covered California ntauw 800-300-1506 es nug txog Covered California los sis xaiv ib txoj kev pab them nqi kho mob. Yog tias koj xav tau kev pab xaiv Covered California ib txoj kev pab them nqi kho mob, koj yuav hu tau rau Covered California Tus Neeg Tau Kev Tso Cai Los Pab Tawm Tswv Yim Txog Kev Rau Npe Koom (Certified Enrollment Counselor) los sis Tus Neeg Tau Kev Tso Cai Los Muag Kev Tuav Pov Hwm (Certified Insurance Agent); lawv yuav pab tau koj xyuas seb txoj kev pab twg yog txoj zoo tshaj rau koj. Yog koj xav nrhiav ib tug neeg pab tawm tswv yim txog kev rau npe koom los sis ib tug neeg muag kev tuav pov hwm uas nyob ze ntauw koj, mus xyuas hauv www.CoveredCA.com thiab nias rau “Find Local Help”.</p> <p>Thov Cim: Lwm cov neeg hauv tsev neeg uas muaj kev tsim nyog txawv tej zaum nws yuav tau txais nws ib tsab ntauw qhia.</p> <p>TSIS TXHOB MUAB KOJ DAIM NTAWV KHO MOB (BENEFITS IDENTIFICATION CARD) (BIC) POV TSEG Yog tias koj twb muaj ib Daim Ntauw Kho Mob (Benefits Identification Card) (BIC) uas yog yas lawm, tsis txhob muab pov tseg. Koj yuav siv tau kom txog thaum koj qhov Medi-Cal xaus. Ntxiv thiab, koj tseem yuav rov siv tau yog tias koj rov tsim nyog rau Medi-Cal tom ntej no.</p> <p>KOJ MUAJ CAI THOV KOM ROV XYUAS QHOV UAS XUB TXIAV TXIM YOG TIAS KOJ TSIS POM ZOO Yog tias koj tsis pom zoo txog txoj kev txiav txim no los sis yog koj xav tias peb ua yuam kev lawm, koj thov tau kom rov xyuas qhov uas xub txiav txim ntauw. Yog tias koj xav nyob hauv Medi-Cal thaum koj thov kom rov xyuas qhov uas xub txiav txim, koj yuav tsum tau thov ua ntej koj qhov Medi-Cal xaus. Tsis li, koj tsuas muaj 90 hnuv los thov ib lub rooj sib hais (hearing). Lub sij hawm 90 hnuv pib hnuv uas lub nras xa tsab ntauw qhia no tuaj rau koj. Saib sab nraum qab ntauw tsab ntauw qhia no txog seb yuav thov kom rov xyuas qhov uas xub txiav txim ntauw li cas. <Regulation> yog txoj cai uas peb siv los txiav txim.</p>
Korean	우리는 귀하의 케이스에 대해 우리가 가지고 있는 모든 정보를 검토했습니다. 이 정보에 기초하여 볼 때, 귀하의 Medi-Cal 자격은 <Month YYYY>

말일에 종료됩니다.

귀하의 Medi-Cal이 중단되는 이유는 다음과 같습니다 —

귀하는 더 이상 Medi-Cal 자격이 없습니다. 이는, 귀하 가구의 소득이 허용 금액을 초과하기 때문입니다. 우리는 결정을 내리는 데 있어서 귀하의 가구 크기와 소득을 고려하였습니다. Medi-Cal의 경우, 귀하의 가구 크기는 <MAGI_SIZE> 인이며, 귀하의 월 가구 소득은 \$<MAGI_INCOME>입니다. 귀하의 연령과 가구 크기에 기초한 월 Medi-Cal 소득 한계는 \$<MAGI_INCOME_LIMIT>입니다. 귀하의 소득은 이 한계를 초과하므로 귀하는 Medi-Cal을 받을 자격이 없습니다.

우리는 결정을 내리기 위해, 귀하가 주신 정보와 우리의 기록을 사용했습니다. 질문이 있으시거나 우리가 실수를 했다고 생각되시거나, 또는 우리에게 주실 추가 정보가 있으시면, 즉시, Medi-Cal 사무소에 위에 기재되어 있는 전화번호로 연락하십시오. 귀하는 또한, 이의신청을 할 권리가 있습니다. 귀하의 이의신청권에 대한 추가 정보는 아래를 참조하십시오.

귀하가 임신 중이거나 장애가 있고, 이러한 정보를 알리지 않은 경우, Medi-Cal에 남아 있을 수 있습니다. 귀하가 Medi-Cal에 남아 있을 수 있는지를 알고 싶으시면, Medi-Cal 사무소에 아래 기재된 전화번호로 연락하여 귀하의 임신 또는 장애 사실을 알려주십시오.

바로 지금 실천에 옮겨 새로운 건강보험 보장을 받으십시오

귀하는 현재, 소득이 Medi-Cal로서는 너무 높기 때문에, Covered California로 의뢰되었습니다. 개인들과 가족은 Covered California를 통해 민간 건강보험료를 지급하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 귀하는 월 비용(보험료라고 함)과 공동부담금을 낮추는 데 도움이 되는 경제적 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다. 경제적 지원금은 가구 크기와 연 가구소득을 기초로 합니다. 새 신청서를 작성할 필요는 없습니다.

귀하의 Medi-Cal은 종료되고 있으므로 보장을 받기 위해서는 신속한 조치를 취하셔야 합니다. 귀하의 건강보험이 없어지지 않도록, 귀하의 Medi-Cal 보장이 종료되기 전에 Covered California 건강보험을 선택하여 첫 납입고지서에 기재되어 있는 기한까지 보험료를 납부하십시오. Covered California 건강보험에 가입하는 데 있어서 귀하의 Medi-Cal이 종료되는 때로부터 추가로 60일이 남아 있습니다. 그러나, **귀하의 Medi-Cal이 종료하기 전에 Covered California 건강보험을 선택하지 않으면 다음 달부터는 건강보험이 없어지게 됩니다.**

귀하의 카운티 사무소에 이 고지서 아래에 있는 전화번호로 또는 Covered California에 800-300-1506으로 연락하여 Covered California에 대해 문의하시거나 건강보험을 선택하십시오. Covered California 건강보험을 선택하는 데 도움을 받고 싶으시면, Covered California 인증 가입 카운슬러나 인증 보험대리인에게 연락하여 귀하에게 가장 적합한 보험을 고려하는 데 도움을 받으실 수 있습니다. 귀하에게 가까운 곳의 가입 카운슬러나 대리인을 찾으시려면 www.CoveredCA.com으로 가셔서 “Find Local Help”를 클릭하십시오.

유의사항: 자격 여부가 다른 가족 구성원에게는 별도의 고지가 발송될 수 있습니다.

	<p>보험급여식별카드 (Benefits Identification Card) (BIC)를 버리지 마십시오 이미 플라스틱 급여식별카드 (Benefits Identification Card) (BIC)를 가지고 계시다면 그것을 버리지 마십시오. 귀하의 Medi-Cal이 종료할 때까지 그것을 사용할 수 있습니다. 또한, 미래에 Medi-Cal 자격을 갖게 되실 경우 그것을 다시 사용할 수 있습니다.</p> <p>동의하지 않을 경우 이의신청을 제기할 권리가 있습니다 이 조치에 대해 동의하지 않으시거나 우리가 실수를 했다고 생각되실 경우, 이의신청을 하실 수 있습니다. 이의신청을 하시는 동안 Medi-Cal을 유지하고 싶으시면 귀하의 Medi-Cal이 종료되기 전에 이의신청을 제기할 수 있습니다. 그렇지 않을 경우, 청문 신청을 하는 데에는 단 90일의 기간이 허용됩니다. 90일의 기간은 카운티가 이 고지서를 귀하에게 발송한 날부터 시작되었습니다. 이 고지서의 뒷면에서 이의신청을 하는 방법을 알아보십시오. <Regulation>는(은) 우리가 이 결정을 내리는 데 있어서 의존했던 규정이거나 법입니다.</p>
<p>Russian</p>	<p>Мы изучили всю информацию, имеющуюся по Вашему делу. На ее основании Ваше право на участие в программе Medi-Cal закончится в последний день <Month YYYY>.</p> <p>Причина прекращения действия Вашей страховки Medi-Cal:</p> <p>У Вас больше нет права на участие в программе Medi-Cal, потому что Ваш семейный доход больше предусмотренного. Мы приняли решение на основании размера Вашей семьи и суммы дохода. Согласно заявлению на Medi-Cal, размер Вашей семьи составляет <MAGI_SIZE>, а ежемесячный семейный доход — \$<MAGI_INCOME>. Для получения Medi-Cal ежемесячный доход с учетом Вашего возраста и размера Вашей семьи должен составлять \$<MAGI_INCOME_LIMIT>. Ваш доход превышает данный уровень, поэтому Вы не можете пользоваться Medi-Cal.</p> <p>Мы исходили из предоставленной Вами информации и наших данных. Если у Вас есть вопросы или вы считаете, что мы допустили ошибку, или хотите предоставить нам дополнительную информацию, незамедлительно обратитесь в отделение Medi-Cal по указанному выше телефону. Вы также имеете право обжаловать наше решение. Дополнительную информацию о Ваших правах на обжалование смотрите ниже.</p> <p>Если Вы беременны или имеете инвалидность и не сообщили об этом, возможно, Вы можете продолжать пользоваться Medi-Cal. Чтобы узнать, можете ли Вы продолжать пользоваться Medi-Cal, позвоните в представительство Medi-Cal по указанному выше телефону и сообщите о своей беременности или инвалидности.</p> <p>НЕ ОТКЛАДЫВАЙТЕ И ПРИМИТЕ МЕРЫ ПО ПОЛУЧЕНИЮ НОВОЙ СТРАХОВКИ Поскольку сейчас Ваш доход слишком высок для Medi-Cal, Вас направили в Covered California. Программа Covered California позволяет отдельным лицам и семьям получать льготы по оплате частной медицинской страховки. Возможно, Вы имеете право на получение финансовой помощи, позволяющей снизить ежемесячные затраты (страховые взносы) и доплаты. Размер финансовой помощи зависит от размера семьи и ежегодного семейного дохода. Вам не придется заполнять новое заявление.</p>

	<p>Срок действия Вашей страховки Medi-Cal истекает, и Вам нужно скорее оформить новую страховку. Вы должны выбрать план медицинского страхования Covered California до окончания срока действия Medi-Cal и оплатить страховой взнос до даты, указанной в первом счете, чтобы не остаться без страхового покрытия. Вам даются дополнительные 60 дней с момента окончания срока действия Medi-Cal, чтобы оформить регистрацию в плане Covered California. Но если Вы не оформите страховку Covered California до окончания срока действия Medi-Cal, то в следующем месяце останетесь без страхового покрытия.</p> <p>Позвоните в Ваше окружное отделение по указанному в данном уведомлении телефону или в Covered California по телефону 800-300-1506, чтобы задать вопросы о страховке Covered California или выбрать план. Если Вы хотели бы получить помощь в выборе плана по программе Covered California, то можете обратиться к сертифицированному консультанту по регистрации или сертифицированному страховому агенту Covered California, которые могут помочь определиться с оптимальным для Вас планом. Найти ближайшего консультанта по регистрации или агента можно на сайте www.CoveredCA.com в меню “Find Local Help”.</p> <p>Обратите внимание! Другие члены семьи, имеющие иной статус права на участие, получают отдельное уведомление.</p> <p>НЕ ВЫБРАСЫВАЙТЕ ВАШУ ИДЕНТИФИКАЦИОННУЮ КАРТОЧКУ ПОЛУЧАТЕЛЯ ЛЬГОТ (BENEFITS IDENTIFICATION CARD, BIC) Если у Вас уже есть пластиковая идентификационная карточка получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC), не выбрасывайте ее. Вы можете пользоваться карточкой до окончания срока действия страховки Medi-Cal, а также в дальнейшем, если снова получите право на участие в программе Medi-Cal.</p> <p>В СЛУЧАЕ НЕСОГЛАСИЯ С РЕШЕНИЕМ ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ЕГО ОБЖАЛОВАТЬ Вы можете подать апелляцию, если не согласны с данным решением или считаете, что была допущена ошибка. Если Вы хотите сохранить страховку Medi-Cal в период обжалования, то должны подать апелляцию до прекращения льгот по Medi-Cal. В противном случае у Вас будет всего 90 дней, чтобы подать запрос о проведении слушания. Отсчет 90 дней начался со следующего дня после того, как окружное отделение направило Вам данное уведомление. Порядок подачи апелляции приведен на обороте данного уведомления. <Regulation> означает постановление или закон, который лег в основу нашего решения.</p>
Tagalog	<p>Tiningnan namin lahat ng impormasyong mayroon kami tungkol sa kaso mo. Batay sa impormasyong ito, ang pagiging eligible mo para sa Medi-Cal ay magtatapos sa huling araw ng <Month YYYY>.</p> <p>Ang dahilan kung bakit hihinto ang iyong Medi-Cal ay:</p> <p>Hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal. Ito ay dahil ang kita ng tahanan niyo ay mas mataas sa pinahihintulutang halaga. Binilang namin ang laki at kita ng tahanan niyo para magpasya. Para sa Medi-Cal, ang laki ng tahanan niyo ay <MAGI_SIZE> at ang buwanan niyong kita ay \$<MAGI_INCOME>. Ang buwanang limitasyon ng kita para sa Medi-Cal batay sa inyong edad at laki ng tahanan ay \$<MAGI_INCOME_LIMIT>. Mas</p>

mataas ang kita mo sa limitasyong ito, kaya hindi ka kuwalipikado para sa Medi-Cal.

Ginamit namin ang impormasyong binigay mo sa amin at aming mga talaan para magpasya. Kung mayroon kang mga tanong o sa palagay mo ay nagkamali kami, o kung mas marami ka pang impormasyong ibibigay sa amin, makipag-ugnayan agad sa tanggapan ng Medi-Cal sa numerong nakalista sa itaas. May karapatan ka ring mag-apela. Tingnan sa ibaba para sa higit pang impormasyon sa mga karapatan mong mag-apela.

Kung buntis ka o may kapansanan at hindi inulat ang impormasyong ito, maaari kang manatili sa Medi-Cal. Kung nais mong makita kung maaari kang manatili sa Medi-Cal, pakisabi sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa tanggapan ng Medi-Cal sa numerong nakalista sa itaas para iulat ang pag-bubuntis mo o kapansanan.

KUMILOS NGAYON PARA MAKUHA ANG BAGONG COVERAGE PARA SA KALUSUGAN

Dahil masyado nang mataas ang kita mo para sa Medi-Cal, nai-refer ka sa Covered California. Sa pamamagitan ng Covered California, ang mga indibiduwal at ang mga pamilya ay makakakuha ng tulong sa pagbabayad ng pribadong pangkalusugang insurance. Maaari kang maging kuwalipikado para sa tulong pinansiyal na makapagpapababa sa mga buwanang gastos (tinatawag na premium) at mga copayment. Ang halaga ng pinansiyal na tulong ay batay sa laki ng tahanan at taunang kita ng tahanan. Hindi mo kailangang punan ang bagong aplikasyon.

Patapos na ang Medi-Cal mo at dapat kang kumilos nang mabilis para masakop. Dapat kang pumili ng planong pangkalusugan ng Covered California bago matapos ang coverage mo sa Medi-Cal at bayaran ang iyong premium sa pagsapit ng nilaang due date sa unang bill para hindi ka mawalan ng coverage para sa pag-aalaga ng kalusugan. May karagdagan kang 60 araw mula sa pagtatapos ng iyong Medi-Cal para mag-enroll sa isang Covered California na planong pangkalusugan. **Subalit, kung hindi ka pumili ng planong Covered California bago matapos ang iyong Medi-Cal, hindi ka magkakaroon ng pangkalusugang coverage sa susunod na buwan.**

Tumawag sa lokal mong tanggapan ng county sa numerong nakalista sa abisong ito o sa Covered California sa 800-300-1506 para magtanong tungkol sa Covered California o para pumili ng plan. Kung nais mo ng tulong sa pagpili ng Covered California na planong pangkalusugan, maaari kang makipag-ugnay sa isang Certified na Enrollment Counselor o Certified Insurance Agent ng Covered California; matutulungan ka nilang malaman ang pinakamabuting plan para sa iyo. Para maghanap ng enrollment counselor o agent na malapit sa iyo, pumunta sa www.CoveredCA.com at mag-click sa "Find Local Help".

Pakitandaan: Ang mga ibang miyembro ng pamilya na magkakaiba ang pagiging eligible ay maaaring makatanggap ng hiwalay na abiso.

HUWAG ITAPON ANG IYONG BENEFITS IDENTIFICATION CARD (BIC)

Kung mayroon ka nang plastic na Benefits Identification Card (BIC), huwag ito itapon. Magagamit mo ito hanggang matapos ang iyong Medi-Cal. At, magagamit mo ito muli kung maging eligible ka para sa Medi-Cal sa petsa sa hinaharap.

MAY KARAPATAN KANG MAG-APELA KUNG HINDI KA SANG-AYON

	<p>Kung hindi ka sang-ayon sa pagkilos na ito o kung sa palagay mo ay nagkamali kami, maaari kang mag-apela. Kung nais mong mapanatili ang iyong Medi-Cal habang nag-aapela ka, dapat kang mag-apela bago matapos ang iyong Medi-Cal. Kundi, mayroon ka lang 90 araw para humingin ng pag-dinig. Nagsimula ang 90 araw mula sa araw na pinadalhan ka ng county ng abisong ito. Tingnan ang likurang panig ng abisong ito para matuto kung paano mag-apela. Ang <Regulation> ay ang regulasyon o batas na inasahan namin para sa pasyang ito.</p>
<p>Vietnamese</p>	<p>Chúng tôi đã xem xét tất cả các thông tin chúng tôi hiện có về trường hợp của quý vị. Dựa trên các dữ liệu này, quý vị sẽ không còn hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal bắt đầu từ ngày cuối cùng của <Month YYYY>.</p> <p>Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị bị chấm dứt bởi vì:</p> <p>Quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal. Sở dĩ như vậy là vì lợi tức của hộ gia đình quý vị cao hơn mức qui định. Chúng tôi đã tính số người trong hộ gia đình và lợi tức của quý vị để ra quyết định. Đối với Medi-Cal, số người trong hộ gia đình quý vị là <MAGI_SIZE> và lợi tức hàng tháng của hộ gia đình quý vị là \$<MAGI_INCOME>. Mức giới hạn lợi tức hàng tháng của Medi-Cal dựa trên tuổi của quý vị và số người trong hộ gia đình quý vị là \$<MAGI_INCOME_LIMIT>. Lợi tức của quý vị cao hơn mức giới hạn này, vì vậy quý vị không hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal.</p> <p>Chúng tôi sử dụng thông tin mà quý vị cung cấp cũng như hồ sơ của chúng tôi để ra quyết định. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc nghĩ rằng chúng tôi có sai sót, hoặc nếu quý vị có thêm dữ liệu khác muốn cung cấp cho chúng tôi, liên lạc ngay với văn phòng Medi-Cal tại số điện thoại ghi trên. Quý vị cũng có quyền kháng cáo. Xem phần dưới để biết thêm chi tiết về các quyền kháng cáo của quý vị.</p> <p>Nếu quý vị đang mang thai hoặc bị tàn tật và chưa báo cáo thông tin này, quý vị có thể tiếp tục được nhận Medi-Cal. Nếu quý vị muốn biết quý vị có tiếp tục được nhận Medi-Cal hay không, vui lòng cho chúng tôi biết bằng cách gọi văn phòng Medi-Cal tại số điện thoại ghi trên để báo cáo tình trạng mang thai hoặc tàn tật của quý vị.</p> <p>HÃY HÀNH ĐỘNG NGAY BÂY GIỜ ĐỂ CÓ BẢO HIỂM SỨC KHỎE MỚI</p> <p>Vì không được nhận Medi-Cal do mức lợi tức quá cao, quý vị đã được giới thiệu tới Covered California. Qua Covered California, các cá nhân và gia đình có thể được giúp chi trả bảo hiểm sức khỏe tư. Quý vị có thể hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chánh để giảm chi phí hàng tháng (gọi là lệ phí bảo hiểm) và các khoản đồng trả. Mức trợ giúp tài chánh dựa trên số người trong hộ gia đình và lợi tức hàng năm của hộ gia đình. Quý vị không cần phải điền đơn xin mới.</p> <p>Bảo hiểm Medi-Cal của quý vị sắp chấm dứt và quý vị phải hành động nhanh để có bảo hiểm. Quý vị phải chọn một chương trình sức khỏe Covered California trước khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị chấm dứt và trả lệ phí bảo hiểm trước ngày hết hạn ghi trong hóa đơn đầu tiên để tiếp tục có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thêm 60 ngày kể từ khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị chấm dứt để ghi danh tham gia một chương trình sức khỏe Covered California. Tuy nhiên, nếu quý vị không chọn một chương trình Covered California trước khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị chấm dứt, quý vị sẽ không có bảo hiểm sức khỏe trong tháng tiếp theo.</p>

Gọi văn phòng quận hạt ở địa phương tại số điện thoại ghi trong thông báo này hoặc gọi cho Covered California tại số 800-300-1506 để hỏi về Covered California hoặc để chọn một chương trình. Nếu quý vị muốn được giúp chọn một chương trình sức khỏe Covered California, quý vị có thể liên lạc với Đại Diện Bảo Hiểm Có Chứng Nhận hoặc Nhân Viên Cố Vấn Ghi Danh Có Chứng Nhận của Covered California ; họ có thể giúp quý vị tìm chương trình phù hợp nhất cho quý vị. Để tìm một đại diện bảo hiểm hoặc nhân viên cố vấn ghi danh, tới website www.CoveredCA.com và bấm chọn “Find Local Help”.

Vui lòng lưu ý: Các thành viên khác trong gia đình có tình trạng hội đủ điều kiện khác nhau có thể nhận được thông báo riêng.

ĐỪNG VỨT BỎ THẺ TRỢ CẤP (BENEFITS IDENTIFICATION CARD) (BIC) CỦA QUÝ VỊ

Nếu quý vị hiện đã có thẻ nhựa Thẻ Trợ Cấp (Benefits Identification Card) (BIC), đừng vứt bỏ đi. Quý vị có thể sử dụng thẻ này cho đến khi bảo hiểm Medi-Cal của quý vị chấm dứt. Đồng thời, quý vị có thể sử dụng lại thẻ đó nếu sau này sẽ hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medi-Cal.

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN KHÁNG CÁO NẾU KHÔNG ĐỒNG Ý

Nếu quý vị không đồng tình với thủ tục này hoặc nghĩ là chúng tôi đã có sai sót, quý vị có thể kháng cáo. Nếu quý vị muốn giữ bảo hiểm Medi-Cal trong thời gian kháng cáo, quý vị phải kháng cáo trước khi bảo hiểm Medi-Cal chấm dứt. Còn nếu không, quý vị chỉ có 90 ngày để xin một buổi điều trần. 90 ngày này bắt đầu từ sau khi cơ quan quận gửi thông báo này cho quý vị. Xem mặt sau thông báo này để biết cách thức kháng cáo. <Regulation> là qui chế hoặc điều luật mà chúng tôi sử dụng làm căn cứ để đưa ra quyết định này.

Language	Updated Over Income Snippet Text
Arabic	<p>لقد اطلعنا على كافة المعلومات التي لدينا حول حالتك. وبناءً على هذه المعلومات، فسوف ينتهي استحقاقك لخدمة Medi-Cal في اليوم الأخير من <Month YYYY>.</p> <p>يكمن السبب وراء توقف خدمة Medi-Cal التي تحصل عليها فيما يلي:</p> <p>لم تعد مؤهلاً للاستفادة من برنامج Medi-Cal لأن دخل أسرتك أعلى من المبلغ المسموح به. لقد قمنا بحساب حجم أسرتك ودخلك لنتأكد من اتخاذ القرار. بالنسبة لبرنامج Medi-Cal، يبلغ حجم أسرتك <MAGI_SIZE> كما يبلغ الدخل الشهري لأسرتك <MAGI_INCOME>\$. يبلغ حد الدخل الشهري لبرنامج Medi-Cal المعتمد على عمرك وحجم أسرتك <MAGI_INCOME_LIMIT>\$. يفوق ذلك هذا الحد، لذا فأنت غير مؤهل لبرنامج Medi-Cal.</p> <p>لقد استخدمنا المعلومات التي أعطينا إياها وسجلتتنا في اتخاذ القرار. إذا كان لديك تساؤلات أو إذا كنت تعتقد أننا قد اقترفنا خطأً، أو إذا كان لديك مزيد من المعلومات لتطلعنا عليها، يرجى الاتصال فوراً بمكتب Medi-Cal على الرقم المذكور أعلاه. لك الحق أيضاً في الطعن: انظر أدناه للاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن حقوق الطعن التي تتمتع بها.</p> <p>إذا كنت حاملاً أو تعانيين من إعاقة ولم تقدمي هذه المعلومات، فقد تكوني قادرة على الاستمرار في برنامج Medi-Cal، وإذا أردت معرفة إمكانية استمرارك في برنامج Medi-Cal، فيُرجى إبلاغنا بحملك أو إعاقتك من خلال الاتصال بمكتب Medi-Cal على الرقم المذكور أعلاه.</p> <p>اتخذ إجراء الآن للحصول على تغطية صحية جديدة</p> <p>نظراً لأن دخلك الآن مرتفع جداً بما لا يؤهلك للاستمرار في برنامج Medi-Cal، فقد تمت إحالتك إلى Covered California. من خلال Covered California، يمكن للأفراد والعائلات الحصول على مساعدة في سداد مقابل التأمين الصحي الخاص. قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية يمكنها أن تخفض التكاليف الشهرية (يطلق عليها الأقساط) فضلاً عن المشاركة في السداد. يعتمد مبلغ المساعدة المالية على حجم الأسرة والدخل السنوي لها. لست مضطراً لتعبئة استمارة طلب جديدة.</p> <p>برنامج Medi-Cal على وشك التوقف ويجب عليك أن تتصرف سريعاً للحصول على تغطية. يجب عليك اختيار إحدى خطط Covered California الصحية قبل انتهاء تغطية Medi-Cal كما يجب عليك تسديد القسط المستحق عليك في تاريخ الاستحقاق المنصوص عليه في أول فاتورة حتى لا تظل بدون تغطية صحية. أمامك ستون 60 يوماً إضافية من وقت توقف برنامج Medi-Cal للاتحاق بإحدى خطط Covered California الصحية. ومع ذلك، إذا لم تختَر إحدى خطط Covered California الصحية قبل توقف برنامج Medi-Cal، لن يكون لديك تغطية صحية في الشهر التالي.</p> <p>يُرجى الاتصال بالمكتب المحلي لمقاطعتك على الرقم المذكور في هذا الإشعار أو Covered California على الرقم 800-300-1506 أو للاستفسار عن Covered California أو لاختيار خطة. إذا كنت تود المساعدة في اختيار إحدى خطط Covered California الصحية، فيمكنك الاتصال بأحد مستشاري التسجيل المعتمدين أو أحد وكلاء التأمين المعتمدين لدى Covered California، فبإمكانهم مساعدتك في اختيار أفضل خطة لك. للعثور على مستشار تسجيل أو وكيل بالقرب منك، يرجى زيارة موقع www.CoveredCA.com والضغط على "Find Local Help".</p> <p>يرجى الملاحظة: قد يتلقى أفراد الأسرة الآخرون أصحاب مستويات الاستحقاق المختلفة إشعاراً منفصلاً.</p> <p>لا تتخلص من بطاقة تعريف المزايا (BIC) BENEFITS IDENTIFICATION CARD الخاصة بك. إذا كان لديك بالفعل بطاقة تعريف مزايا (BIC) Benefits Identification Card بلاستيكية، فلا تتخلص منها. فبإمكانك استخدامها إلى أن يتوقف برنامج Medi-Cal. إذ يمكنك استخدامها مرة أخرى إذا أصبحت مؤهلاً لخدمات Medi-Cal في وقت لاحق.</p>

	<p>لديك الحق في الطعن إذا كنت لا توافق على القرار إذا كنت لا توافق على هذا الإجراء أو تعتقد أننا قد ارتكبنا خطأ ما، فيمكنك أن تقدم طعناً في هذا الصدد. إذا كنت ترغب في الحفاظ على برنامج Medi-Cal أثناء الطعن، فيجب أن تطعن قبل يتوقف برنامج Medi-Cal وإلا سيكون أمامك 90 يوماً فقط لطلب جلسة استماع. وقد بدأت هذه الأيام الـ 90 بالفعل من يوم إرسال المقاطعة لهذا الإشعار. انظر الجانب الخلفي من هذا الإشعار لمعرفة كيفية تقديم طعن. <Regulation> هي النظام أو القانون الذي اعتمدنا عليه لاتخاذ هذا القرار.</p>
Farsi	<p>ما به تمامی اطلاعاتی که در مورد پرونده شما در دست داشتیم نگاه کردیم. بر اساس این اطلاعات، صلاحیت برخورداری شما از Medi-Cal در آخرین روز <Month YYYY> به پایان می رسد.</p> <p>دلیل متوقف نمودن Medi-Cal شما در ذیل درج شده است:</p> <p>دیگر صلاحیت برخورداری از Medi-Cal را ندارید. بخاطر اینکه درآمد خانوار شما بیشتر از مبلغ مجاز است. برای این تصمیم گیری، ما اندازه خانوار و درآمد شما را در نظر گرفتیم. برای Medi-Cal اندازه خانوار شما <MAGI_SIZE> است و درآمد ماهانه خانوار شما <MAGI_INCOME> \$ است. حد مجاز درآمد ماهانه برای Medi-Cal شما براساس سن و اندازه خانوار شما، <MAGI_INCOME_LIMIT> \$ تعیین می شود. درآمد شما در بالای این حد قرار دارد، بنابراین برای برخورداری از Medi-Cal واجد شرایط نیستید.</p> <p>برای این تصمیم گیری، از اطلاعاتی که شما به ما داده بودید و رکوردهایی که در دست داشتیم استفاده کردیم. اگر سوالی دارید یا فکر می کنید که اشتباه کردیم، یا اطلاعات بیشتری باید به ما ارائه دهید، فوراً با دفتر Medi-Cal به شماره ای که در فوق درج شده تماس بگیرید. شما همچنین حق دارید درخواست استیناف کنید. برای مشاهده اطلاعات بیشتر در خصوص حقوق مربوط به استیناف تان به ذیل مراجعه نمایید.</p> <p>اگر حامله یا معلول هستید و این اطلاعات را گزارش ندادید، ممکن است بتوانید در Medi-Cal بمانید. اگر می خواهید ببینید که آیا می توانید در Medi-Cal بمانید، لطفاً حاملگی یا معلولیت خود را از طریق تماس با دفتر Medi-Cal به شماره ای که در فوق درج شده است به ما اطلاع دهید.</p> <p>برای دریافت پوشش بهداشتی جدید هم اکنون اقدام کنید</p> <p>از آنجا که درآمد شما برای Medi-Cal بسیار بالا است، شما به Covered California ارجاع داده شدید. افراد و خانواده ها می توانند از طریق Covered California برای پرداخت بیمه بهداشتی خصوصی کمک دریافت نمایند. ممکن است برای دریافت کمک مالی که می تواند هزینه های ماهانه (به نام حق بیمه) و مشارکت در پرداخت تان را کاهش دهد، صلاحیت داشته باشید. مبلغ کمک مالی بر اساس اندازه خانوار و درآمد سالانه خانوار شما تعیین می شود. ملزم به پر کردن یک فرم تقاضای جدید نیستید.</p> <p>Medi-Cal شما به پایان می رسد و شما باید برای دریافت پوشش فوراً اقدام نمایید. قبل از اینکه پوشش Medi-Cal شما به پایان برسد شما باید یک طرح بهداشتی Covered California انتخاب کنید و حق بیمه تان را تا مهلتی که در اولین صورتحساب تان درج شده است پرداخت نمایید، تا بدینگونه بدون مراقبت پوشش بهداشتی نمانید. از زمان پایان Medi-Cal تان 60 روز فرصت دارید تا در یک طرح بهداشتی Covered California ثبت نام کنید. اما اگر قبل از به پایان رسیدن Medi-Cal تان یک طرح Covered California انتخاب نکنید، برای ماه آینده پوشش بهداشتی نخواهید داشت.</p> <p>برای پرسیدن سؤال در مورد Covered California یا برای انتخاب یک طرح، با دفتر کانتی محل تان به شماره ای که در این اطلاعیه درج شده است یا با Covered California به شماره 800-300-1506 تماس بگیرید. اگر برای انتخاب یک طرح بهداشتی Covered California نیاز به کمک داشته باشید، می توانید با یک مشاور مجاز ثبت نام یا یک نماینده مجاز بیمه Covered California تماس بگیرید؛ آنها می توانند به شما کمک کنند تا بهترین و مناسب ترین طرح را برای خود انتخاب کنید. برای پیدا کردن یک مشاور ثبت نام یا نماینده ای در نزدیک محل تان، به وبسایت www.CoveredCA.com مراجعه نمایید و روی "Find Local Help" کلیک کنید.</p> <p>لطفاً توجه کنید: سایر اعضاء خانواده که دارای صلاحیت متفاوت هستند، ممکن است اطلاعیه جداگانه ای را دریافت نمایند.</p>

کارت شناسایی مزایا (BENEFITS IDENTIFICATION CARD) (BIC) خود را دور نیندازید.

اگر هم اکنون یک کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card) (BIC) دارید، آنرا دور نیندازید. می توانید تا به پایان رسیدن موعد Medi-Cal تان از آن استفاده نمایید. همچنین، در صورتی که در آینده برای Medi-Cal صلاحیت کسب کنید، می توانید مجدداً از آن استفاده نمایید.

اگر موافق نیستید حق تقاضای استیناف دارید.

اگر با این اقدام موافق نیستید یا فکر می کنید اشتباهی مرتکب شدیم، می توانید تقاضای استیناف دهید. اگر در حین تقاضای استیناف می خواهید Medi-Cal تان را حفظ کنید، باید قبل از به پایان رسیدن Medi-Cal تان تقاضای استیناف دهید. در غیر اینصورت فقط 90 روز فرصت دارید تا تقاضای دادرسی کنید. این 90 روز از روزی شروع می شود که کانتی به شما این اطلاعیه را ارسال کرده است. برای کسب آگاهی بیشتر در مورد نحوه ارائه استیناف، به پشت این اطلاعیه مراجعه نمایید. <Regulation> مقررات یا قانونی است که ما با استناد به آن، این تصمیم را گرفتیم.