

CHƯƠNG TRÌNH MEDI-CAL CHUYỂN TIẾP

MEDI-CAL DÀNH CHO NGƯỜI CÓ VIỆC LÀM



GIA ĐÌNH QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC CHĂM SÓC SỨC KHỎE MIỄN PHÍ!

Chương trình Medi-Cal Chuyển Tiếp (Transitional Medi-Cal hay viết tắt là TMC) dành cho các gia đình cư dân California mà vì đã có thu nhập từ việc làm nên không còn hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp tiền mặt từ CalWORKS hay chương trình Medi-Cal dành cho gia đình có thu nhập thấp nữa. Tất cả các thành viên trong gia đình có thể vẫn hội đủ điều kiện được hưởng Medi-Cal miễn phí trong tối đa 12 tháng.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ CHƯƠNG TRÌNH TMC VÀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE KHÁC

Nếu quý vị mới kiếm được việc làm hoặc thu nhập từ việc làm của quý vị mới được tăng lên, nhưng trợ cấp tiền mặt hay Medi-Cal của quý vị bị chấm dứt, nhớ báo cho chúng tôi biết thậm chí khi quý vị tin là mình bị chấm dứt trợ cấp vì một lý do khác. Để báo cho cán sự xã hội của mình biết về công việc mới kiếm được, việc tăng lương, hay việc làm tự do của quý vị và để xin vào chương trình TMC, hãy điền vào mẫu đơn ở mặt sau giấy này và gửi lại cho phòng trợ cấp của quận nơi quý vị cư trú.

Để hưởng chương trình TMC trong 6 tháng đầu, quý vị phải:

- từng hưởng trợ cấp tiền mặt của CalWORKS hay Medi-Cal dành cho gia đình có thu nhập thấp, và
- có ít nhất một đứa trẻ sống trong nhà.

Để hưởng chương trình TMC trong những tháng còn lại, quý vị phải:

- tiếp tục đi làm, và
- có thu nhập dưới mức quy định, và
- báo cáo thu nhập mỗi ba tháng.

Sau khi bảo hiểm TMC đã hết hạn, các con quý vị còn có thể hưởng các chương trình bảo hiểm khác của Medi-Cal hay Healthy Families.

CHƯƠNG TRÌNH GIA HẠN MEDI-CAL CHO CÁC GIA ĐÌNH NHẬN CẤP DƯỠNG CON CÁI

Những gia đình bị chấm dứt trợ cấp tiền mặt của CalWORKS hay Medi-Cal dành cho gia đình có thu nhập thấp vì tiền cấp dưỡng con cái/vợ chồng được tăng lên thì có thể được hưởng chương trình gia hạn Medi-Cal thêm bốn tháng. **Nếu quý vị muốn hưởng diện Medi-Cal này, chúng tôi cần biết về những thay đổi như trên. Xin điền vào mặt sau của mẫu này.**

Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hiểu nội dung của thông báo này, xin liên lạc với cán sự xã hội của Quận.

ĐƠN XIN VÀO CHƯƠNG TRÌNH GIA HẠN MEDI-CAL HAY MEDI-CAL CHUYỂN TIẾP

Có phải quý vị bị chấm dứt Medi-Cal hay trợ cấp tiền mặt của CalWORKS và:

- Quý vị có thu nhập từ việc làm tại hãng, từ một doanh nghiệp của chính mình thành lập, hay được tăng lương?..... PHẢI KHÔNG
- Quý vị mới bắt đầu nhận được tiền cấp dưỡng con/vợ chồng hoặc được tăng tiền cấp dưỡng con/vợ chồng? PHẢI KHÔNG

Nếu quý vị trả lời "**PHẢI**" đối với bất cứ câu nào trong hai câu trên thì quý vị và các thành viên khác trong gia đình có thể vẫn hội đủ điều kiện được hưởng Medi-Cal. Hãy điền vào mẫu này và đính kèm các cuống séc lương hay bằng chứng khác về mức thu nhập của mình. Nếu quý vị làm việc tự do, xin liệt kê các chi phí kinh doanh trên một tờ giấy riêng và đính kèm mẫu này cùng với bằng chứng về thu nhập và các chi phí.

Trả lại mẫu này cho:

Nếu quý vị cung cấp thông tin đầy đủ và căn cứ vào hồ sơ của quý vị chúng tôi có thể xác nhận rằng quý vị hội đủ điều kiện hưởng chương trình, thì chúng tôi sẽ ghi danh quý vị và những thành viên gia đình hợp lệ vào một chương trình gia hạn Medi-Cal như chương trình TMC. Nếu cần thêm thông tin thì chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị.

Tôi khẳng định rằng tất cả các thông tin cung cấp theo mẫu này đều là đúng sự thật và chính xác, và xin chịu phạt nếu khai gian.

TÊN	SỐ AN SINH XÃ HỘI	
CHỮ KÝ	SỐ ĐIỆN THOẠI ()	NGÀY
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	MÃ ZIP
CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG, THÔNG DỊCH VIÊN, HAY NGƯỜI HỖ TRỢ	SỐ ĐIỆN THOẠI ()	NGÀY