

NO ELIMINE ESTA PÁGINA; DEBE UTILIZARSE EN EL SOBRE DE DEVOLUCIÓN PARA ENVIAR POR CORREO EL FORMULARIO COMPLETO A SU AGENCIA LOCAL.

Es hora de Renovar su Cobertura de Salud de Medicaid de Virginia.

Estado de Virginia
Departamento de Servicios Sociales
¿Preguntas? Llamar al: 434-970-3400

Charlottesville City (540)
120 SEVENTH STREET, NE
CHARLOTTESVILLE, VA 22902

Fecha de la Carta: 30 de mayo de 2023
Respuesta Pendiente: 29 de junio de 2023
Número de Caso: 114515392
Nombre del Trabajador del Caso: C. NEWTON
Identificación de Usuario del Trabajador: cne540

Ostrich Fern
227 W Main ST
Charlottesville, VA 22902

**Complete su
Renovación antes
del: 29 de junio de
2023**

Completar su renovación en línea (www.commonhelp.virginia.gov) o por teléfono (1-855-242-8282) puede ser más rápido y sencillo. Averigüe a continuación para obtener más información.

Si no completa su renovación, perderá su cobertura de salud de Medicaid.

Renueve su Medicaid de cualquiera de estas formas.

❶ **En línea*:**
Ingresar a CommonHelp.Virginia.gov.
Haga clic en "Renovar mis Beneficios."

Para crear una cuenta:

- Ingrese a CommonHelp.Virginia.gov
- Haga clic en "Revisar mis Beneficios."
- Para vincular su caso con la cuenta de

CommonHelp utilizando la información que aparece a continuación, inicie sesión y seleccione "Gestionar mi Cuenta".

Numero de Caso: 114515392
Identificación del Cliente: 2106636655

❷ **Por teléfono:**
Llame al 1-855-242-8282 TTY: 1-888-221-1590; esta llamada es gratuita.

❸ **Por correo o fax:**
Charlottesville City (540)
120 911
CHARLOTTESVILLE, VA 22902
Fax: (434) 970-3555

❹ **En persona:**
Presente el formulario completo en:
Charlottesville City (540)
120 SEVENTH STREET, NE
CHARLOTTESVILLE, VA 22902



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Esta es una renovación de sus beneficios de Medicaid. La información sobre la inscripción abierta para cambiar de planes de salud (tales como Anthem u Optima) se enviará por correo de manera separada. Las fechas de inscripción abierta dependen de dónde viva. Ingrese en <https://www.virginiamanagedcare.com> para obtener más información.

**El acceso gratuito a Internet puede estar disponible en su Departamento de Servicios Sociales o biblioteca pública de su área local.*

Cómo completar este formulario de renovación

1. Responda todas las preguntas del formulario.
2. Revise la información sobre usted y cada miembro familiar en su hogar/declaración de impuestos. Elimine la información que sea incorrecta. Incluya información nueva y añada cualquier dato que falte. Si tiene nuevos miembros de la familia que ahora viven con usted o que están ahora interesados en presentar una solicitud, complete todas las secciones correspondientes de la renovación de esa persona.
3. **Firme e incluya la fecha en el formulario al final de la renovación.**

Lo que necesitamos

Complete el formulario con la información que tenemos en nuestros registros. Elimine la información que sea incorrecta, incluya información nueva y añada cualquier dato que falte. Este formulario le hará preguntas sobre lo siguiente:

- Sección 1: Información sobre cómo podemos comunicarnos con usted
- Sección 2: Información sobre su declaración de impuestos federales
- Sección 3: Los miembros de su familia
- Sección 4: Otra cobertura de seguro médico
- Sección 5: Información acerca de los ingresos
- Sección 6: Información sobre recursos y atención en centros de enfermería
- A continuación, complete los apéndices, si corresponden a su familia o a cualquier persona que conste en su declaración de impuestos:
 - o Apéndice A: Complete SOLAMENTE si alguien en su familia es elegible para recibir una nueva cobertura de salud a través de un empleo.
 - o Apéndice B: Complete SOLAMENTE si un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska.
 - o Apéndice C: Complete SOLAMENTE si elige a una persona para que lo ayude con su solicitud.
 - o Apéndice D: Complete SOLAMENTE en el caso de una persona que esté ahora solicitando cobertura de salud de Medicaid de Virginia o cuyas circunstancias puedan haber cambiado.
 - o Información adicional: Inscripción del votante e información sobre no discriminación.

Necesitamos información sobre cada persona que vive en su hogar o que aparece en su declaración de impuestos, incluidas aquellas que:

- Ahora tienen una cobertura de salud de Medicaid.
- No reciben cobertura de salud de Medicaid, pero quieren presentar una solicitud.
- No tienen cobertura de salud de Medicaid ni desean presentar una solicitud.



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Revisaremos sus respuestas utilizando la información disponible en fuentes de datos, como el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) y el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security, DHS). Si la información no coincide con nuestros registros, podemos pedirle que nos envíe más información.

Qué sucede a continuación

Después de que devuelva el formulario de renovación, lo revisaremos para evaluar si usted y otros miembros de su familia son elegibles para obtener Medicaid de Virginia. Si tenemos más preguntas, nos comunicaremos con usted.

MUESTRA
No imprimir



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



1

Información sobre cómo podemos comunicarnos con usted

▼ Revise la información de contacto que tenemos registrada sobre usted a continuación.

▼ Elimine la información incorrecta. Incluya información nueva y añada cualquier dato que falte.

Ostrich Fern

Nombre

Dirección de casa

Dirección de casa

N.º de apartamento

*227 W Main ST
Charlottesville
VA 22902*

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección postal

Dirección de casa

N.º de apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono:

Celular:

Casa:

Trabajo:

Número de teléfono de preferencia para comunicarse con usted durante el día: Celular

Casa Trabajo

Dirección de correo electrónico, si tiene una

2

Información sobre su declaración de impuestos federales

Aunque usted no presente declaración de impuestos, puede realizar la renovación.

- ▶ Revise la información sobre usted y cada miembro de su familia, y/o que aparece en su declaración de impuestos.
- ▶ Tache la información que sea incorrecta. Incluya toda la información nueva sobre cómo planea presentar su próxima declaración de impuestos federales.

▼ Revise su información de sus impuestos aquí.



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Persona que presenta la declaración de impuestos:

Dependientes en su declaración de impuestos (si falta alguna persona, escriba su nombre a continuación):

Si la persona presenta una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:

Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*)

- ▶ Si cualquier persona que vive con usted es declarado como dependiente en la declaración de impuestos de cualquier otra persona, escriba el nombre del declarante y de los dependientes a continuación. Incluya solo los nombres que **no** aparezcan arriba.

Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*)

3

Los miembros de su familia

- ▶ Revise la información a continuación. Tache todos los datos que sean incorrectos. Complete toda la información que falte.

Persona 1: *Ostrich Fern* El número de Seguro Social de esta persona está registrado no está registrado

Si no está registrado, escriba el número de Seguro Social de esta persona aquí, si tiene uno:

- Esta persona ya no vive en el hogar. Fecha en la que esta persona abandonó el hogar:

_____ (mm/dd/aaaa)

- ▶ Revise los miembros en su familia que reciben Medicaid e incluya a todos los miembros nuevos en su familia.

Persona 1:

- Esta persona ya no vive en el hogar. Fecha en la que esta persona abandonó el hogar:

_____ (mm/dd/aaaa)

Nombre del/los nuevo(s) miembro(s) del hogar: (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*)

Si hay alguien en su hogar que no tiene Medicaid y desea solicitarlo, complete el Apéndice D.



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



► Responda estas preguntas para **todos los miembros** de su familia o para aquellos que se constan en su declaración de impuestos.

¿Alguien en su hogar o en su declaración de impuestos está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses?

Si No **En caso afirmativo**, complete la siguiente información.

Nombre (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo</i>)	¿Cuántos bebés se esperan/esperaban?	¿Cuál es/era la fecha esperada de parto/fecha de finalización del embarazo?
		(mm/dd/aaaa)

¿Algún miembro de su familia o que consta en su declaración de impuestos es Indo Americano o Nativo de Alaska?

Si No **En caso afirmativo**, complete el **Apéndice B**.

► Responda estas preguntas para todas las personas que **renovaren o soliciten** una cobertura de salud.

► ¿Hay alguien que necesite ayuda con las tareas diarias (como bañarse, vestirse, comer, caminar o usar el baño para vivir de manera segura en el hogar)?

¿Algún médico o enfermero le ha informado a algún miembro de su familia que tiene una discapacidad, una enfermedad a largo plazo, una enfermedad mental o emocional o un problema de adicción?

Si No **En caso afirmativo**, escriba los nombres a continuación.

Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*)

¿Alguna persona ha cumplido 65 años o ha quedado ciega o discapacitada?

Si No **En caso afirmativo**, complete el **Apéndice D**.

¿Hay alguien que haya ingresado en un centro de enfermería, o ha comenzado a recibir atención de enfermería en el hogar?

Si No **En caso afirmativo**, complete el **Apéndice D**.

¿Hay alguien que esté renovando o solicitando una cobertura de salud desde la cárcel (detenido o en prisión)?

Si No **En caso afirmativo**, escriba el/los nombre(s) a continuación.

Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*)

Nombre del Centro (*lugar de detención*)



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Plan First es un programa de beneficios limitados que cubre servicios, como exámenes de planificación familiar, anticonceptivos con receta médica, y servicios relacionados con pruebas y servicios de laboratorio para planificación familiar. Obtener más información:

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/coverage-for-adults/plan-first/>.

Las personas que tengan entre 19 y 64 años son evaluadas automáticamente para Plan First.

Si **no** desea que los miembros de la familia que tienen entre 19 y 64 años sean evaluados para Plan First, escriba su(s) nombre(s):

Miembros de la familia menores de 19 años y mayores de 64 años:

Si desea que averigüemos si los miembros de la familia menores de 19 años y mayores de 64 años cumplen con los requisitos para Plan First, escriba sus nombres:

Anteriormente, los siguientes miembros de la familia eligieron no ser evaluados para la cobertura de Plan First. Si ahora desean ser evaluados, **marque con un círculo sus nombres a continuación:**

4

Otra cobertura de seguro médico

¿Alguien que esté **renovando o solicitando una cobertura de salud** tiene otro seguro médico?

- ▶ Revise la información y tache todos los datos que sean incorrectos. Incluya cualquier información nueva sobre el seguro de su familia.
- ▶ Si alguna persona en su familia tiene un nuevo seguro a través de un empleador complete el **Apéndice A**.

Nombre de la persona con otro seguro médico:

Ostrich Fern

Número de póliza:

352655454A

Nombre de la compañía de seguro:

MEDICARE

Cantidad de la prima mensual: \$

Tipo de seguro: Medicare TRICARE Cobertura de salud para veteranos Marketplace
 Permium Assistance (HIPP or FAMIS Select) Otro seguro (escriba a continuación)

- Marque aquí si este otro seguro médico ha finalizado. Fecha de finalización de la cobertura:**

(mm/dd/aaaa)

Si usted ha indicado que el seguro médico ha finalizado para cualquier miembro de la familia, proporcione evidencia de la fecha de finalización del otro seguro médico del miembro.

Enumere todas las personas que renueven o soliciten cobertura de salud que tengan esta otra póliza de seguro:

- Marque aquí si esta otra cobertura de seguro médico se ofrece a través del empleo.



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



5

Información acerca de los ingresos

- ▶ Proporcione la siguiente información para todas las personas en su hogar o para todos los que estén en su declaración de impuestos federales y que tengan ingresos, independientemente de que renueven o soliciten cobertura de salud.
- ▶ Si una persona tiene varios tipos de ingresos, proporcione información de **todos los ingresos**.
- ▶ Si necesita más espacio, haga una copia de esta página o llame a su oficina local para solicitar más copias.
- ▶ Tache la información incorrecta. Incluya información nueva o añada todos los datos que falten.

Persona que tiene el empleo: **Nombre** (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

Nombre del empleador y dirección:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: Número de teléfono:

Ingresos brutos mensuales registrados actualmente: \$

¿Esta persona sigue empleada en este trabajo? Sí No **En caso negativo**
escriba la fecha en que abandonó el empleo: _____

(mm/dd/aaaa)

¿Con qué frecuencia se pagan los salarios y las propinas?

- Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
 Otra opción _____
 De forma irregular (por ejemplo, si esta persona trabaja con un contrato)

¿Cuánto dinero gana esta persona (antes de descontar impuestos)? \$ _____

Promedio de horas trabajadas por semana: _____

Si alguna persona de su familia ha **cambiado de empleo o tiene uno nuevo**, inclúyala y responda las siguientes preguntas.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo):

Nombre del empleador y dirección: Ciudad: Estado: Código Postal: Número de teléfono:

Fecha de inicio:

¿Con qué frecuencia se pagan los salarios y las propinas?

- Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Dos veces al mes Anualmente
 Otra opción _____



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



¿Cuánto le pagan a esta persona (antes de impuestos)? \$ _____

Promedio de horas trabajadas por semana: _____

- ▶ Si alguna persona de su familia es **empleado independiente o tiene empleos ocasionales**, debemos saber acerca de su trabajo.
- ▶ Tache la información incorrecta. Incluya información nueva y añada todos los datos que falten.

Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*): _____

Tipo de empleo: _____

¿Cuánto cree que será su ingreso este año? Cantidad: \$ _____

¿Qué cantidad de **ingresos netos** recibirá esta persona de su empleo independiente (o empleos ocasionales) este mes?

Cantidad: \$ _____

Ingresos netos se refiere a las ganancias que quedan después de pagar los gastos comerciales. Para obtener más información sobre los gastos comerciales, visite www.verva.dmas.virginia.gov.

- ▶ **Información sobre otro ingreso.** Si alguna persona de su familia tiene ingresos de otras fuentes que no sean un trabajo, como ingresos del Seguro Social, pensiones, beneficios para veteranos o rentas anuales.
- ▶ Tache la información incorrecta. Incluya información nueva y añada cualquier dato que falte.

Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*): *Ostrich Fern*

Tipo de Ingreso: *Seguro social*

¿Cuánto? *\$ 1,200.00*

¿Con qué frecuencia?

- Anualmente Cada dos semanas Mensualmente Semanalmente Dos veces a la semana
- Otra opción _____
- De modo irregular (por ejemplo, si esta persona trabaja con un contrato)

Nombre (*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*): _____

Tipo de Ingreso: _____

¿Cuánto? \$ _____

¿Con qué frecuencia?

- Anualmente Cada dos semanas Mensualmente Semanalmente Dos veces a la semana
- Otra opción _____
- De modo irregular (por ejemplo, si esta persona trabaja con un contrato)



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Deducciones: solo algunas personas son elegibles para recibir deducciones.

- ▶ Si cualquier miembro de su familia tiene deducciones antes de impuestos correspondientes al salario, infórmenos qué tipo. Las deducciones son cantidades, que figuran en su declaración de impuestos, que se descuentan de sus ingresos para ciertos gastos.
- ▶ No debe incluir los gastos que los miembros de su familia ya se descuentan de su ingreso bruto como trabajador independiente. Las deducciones más comunes incluyen el interés pagado de préstamos estudiantiles, contribuciones en de jubilación individual (Individual Retirement Arrangements, IRA) y las contribuciones a las cuentas de ahorro para la salud (Health Savings Accounts, HSA).

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo):

Tipo de Deducción _____ ¿Cuánto dinero mensual? \$ _____

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo):

Tipo de Deducción _____ ¿Cuánto dinero mensual? \$ _____

6

Información sobre los recursos y la atención en centros de enfermería

- ▶ Esta sección se refiere a personas con más de 65 años, son ciegas, discapacitadas o reciben atención de enfermería en un centro o en el hogar.
- ▶ Si esta información no le corresponde a ningún miembro de su hogar, vaya a la sección 7.
- ▶ Tache la información incorrecta. Incluya información nueva y añada cualquier dato que falte.

Recursos se refieren a cuentas de cheques/ahorros, acciones, bonos, seguro de vida y fondos de jubilación. Los recursos también incluyen propiedades, vehículos, rentas anuales y fideicomisos.

Propietario	Recurso	Cantidad
Ostrich Fern	Cuenta de cheques	\$
Ostrich Fern	Cuenta de ahorros	\$
		\$

Si esta persona o el cónyuge que vive con ella trabajan, ¿alguno de ellos tiene gastos relacionados con el trabajo? No Sí *En caso afirmativo, adjunte evidencia.*

¿Esta persona o su cónyuge o hijo tienen gastos médicos que no están cubiertos por Medicaid? No Sí *En caso afirmativo, adjunte evidencia.*

Nombre del centro de enfermería, instituto estatal o proveedor de atención basado en la comunidad:

¿Esta persona o su cónyuge vendió o cedió algún recurso el año pasado?

No Sí *En caso afirmativo, complete a continuación.*

Tipo de Recurso	Valor	Fecha en que se vendió o cedió
	\$	



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Si está casado o separado, indique el nombre del cónyuge: Nombre(*primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo*):

¿El cónyuge de esta persona tiene algún gasto de vivienda? En caso afirmativo, infórmenos a continuación.

Renta/Hipoteca: \$ _____ Servicios Públicos Sí No
Seguro del Propietario/Inquilino: \$ _____ Impuestos Inmobiliarios: \$ _____
Cargos por Mantenimiento del Condominio: \$ _____

¿El dependiente de esta persona tiene algún ingreso? En caso afirmativo, infórmenos a continuación.

Seguro Social: \$ _____ Ingreso del Seguro Social: \$ _____
Servicio Civil: \$ _____ Administración de Veteranos: \$ _____
Jubilación/Pensión: \$ _____ Discapacidad: \$ _____
Salarios \$ _____ Otras opciones (Fideicomisos, Acciones, Rentas Anuales, Dividendos, Intereses, etc.): \$ _____

MUESTRA
No imprimir



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



7



Firme la solicitud

Sus derechos y responsabilidades: Revise la información a continuación y firme la solicitud.

- Tengo conocimiento de que debo informar a mi Departamento de Servicios Sociales local si ocurre algún cambio y si difiere con lo que escribí en este formulario en los próximos 10 días. Puedo llamar al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590), comunicarme con mi agencia local o visitarla, o ingresar en **CommonHelp.Virginia.gov** para informar de cualquier cambio. Un cambio en mi información podría tener efecto en la elegibilidad de cualquier miembro de mi hogar.
- Comprendo que, si no cumplo con los requisitos para recibir cobertura de salud, mi Departamento de Servicios Sociales local puede enviar mi información a Health Insurance Marketplace (**www.healthcare.gov**) para averiguar si cumplo con los requisitos.
- Comprendo que autorizo al Departamento de Servicios Sociales local (Local Department of Social Service, LDSS) y al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS) a obtener verificación/información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir Medicaid o FAMS.
- Tengo la autorización de todas las personas que aparecen en este formulario para presentar su información a Medicaid de Virginia y para recibir toda la información sobre su elegibilidad e inscripción.

Renovación de la cobertura en los próximos años: Lea las siguientes afirmaciones y elija.

Otorgarle al programa de Medicaid de Virginia la autorización para usar mi declaración de impuestos para confirmar mis ingresos puede facilitar la renovación de la cobertura de salud y puede permitir que las renovaciones sean automáticas. Comprendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento comunicándome con mi Departamento de Servicios Sociales local.

Autorizo a utilizar la información actualizada sobre mis ingresos de mi declaración de impuestos para el/los próximo(s) (marque una opción):

- 5 años 4 años 3 años 2 años 1 años
- No utilizar mi información de mis impuestos para renovar la cobertura.

Para confirmar o cambiar su representante autorizado o consejero/navegador/agente certificado de solicitudes, complete el **Apéndice C**.

Firmo este formulario de renovación (incluidos sus apéndices) bajo pena de perjurio. He proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario y tengo conocimiento de que puedo estar sujeto a penas bajo la ley federal si proporciono información falsa o incorrecta.



Firma del Contacto en la Familia o Representante Autorizado Fecha



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



TODAS las personas que vivan en el hogar que sean mayores de 21 años (o mayores de 18 años si viven en un hogar sin padre ni madre) y que renueven o soliciten cobertura médica DEBEN firmar a continuación. El cónyuge puede firmar por su cónyuge.

Nombre escrito	Firma	Fecha

MUESTRA
No imprimir



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



**Apéndice A -
Renovación**

Complete SOLAMENTE si alguien en su familia es elegible para recibir una nueva cobertura de salud a través de un empleo.

- ▶ Infórmenos acerca del empleo que ofrece cobertura para su familia.
- ▶ Preséntele la Herramienta de cobertura del empleador que se encuentra al reverso de esta página al empleador que ofrece la cobertura para ayudarlo a responder estas preguntas.
- ▶ Si más de una persona cuenta con cobertura a través de un empleo, haga una copia de esta página.

Información del Empleado

Nombre del Empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

Número de Seguro Social del Empleado

Información del Empleador

Nombre del Empleador

Número de Identificación del Empleador

Dirección del Empleador

Número de Teléfono del Empleador

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre y cargo de la persona a la que se puede contactar con respecto a la cobertura de salud del empleado en este trabajo

Nombre

Cargo

Número de Teléfono

Dirección de Correo Electrónico

Si en estos momentos es usted elegible para recibir la cobertura que ofrece este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses, complete la siguiente información:

Si usted está en un período de espera o prueba, ¿en qué fecha puede inscribirse en la cobertura? _____

(mm/dd/aaaa)

Escriba los nombres del resto de personas que son elegibles para recibir cobertura a través de este empleo.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

Infórmenos acerca del plan de salud que ofrece este empleador



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



¿El empleador ofrece un plan que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No
Para el plan de costo más bajo que cumple con el estándar de valor mínimo que solo ofrece el empleador (no incluya planes familiares) proporcione la prima que el empleador pagaría si se ofreciera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar sin ningún otro descuento. \$

¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Cada tres meses Anualmente

¿Qué modificaciones hará el empleador para el próximo plan anual (si lo sabe)?

No se ofrecerá cobertura de salud El empleador ofrecerá o modificará la cobertura de salud por el plan de costo más bajo disponible para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.*

Cantidad de la prima del empleado \$ _____ Fecha de modificación _____
(mm/dd/aaaa)

¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Cada tres meses Anualmente

Herramienta de Cobertura del Empleador

Esta sección debe completarla el empleador para ayudar a responder las preguntas sobre cualquier cobertura de salud del empleador que usted podría ser elegible (incluso si corresponde al empleo de otra persona, como el padre, la madre o el conyugal).

Actualmente, ¿el empleado es elegible para recibir cobertura o lo será en los próximos tres meses?
 Sí No

(En caso afirmativo, complete la información a continuación. En caso negativo, deténgase y devuelva el formulario al empleado).

Si existe un período de espera o de prueba, ¿cuánto puede el empleado inscribirse en el plan médico? _____
(mm/dd/aaaa)

¿Ofrece el empleador un plan médico que cubra al cónyuge o dependiente de un empleado?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué personas? Cónyuge Dependientes

Infórmenos acerca del plan médico que ofrece este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que cubra al cónyuge o dependiente de un empleado*?
 Sí No

(En caso afirmativo, complete la información a continuación. En caso negativo, deténgase y devuelva el formulario al empleador).

En el caso del plan de costo más bajo que cumple con el estándar de valor mínimo que solo ofrece el empleador (no incluya planes familiares) proporcione la prima que el empleador pagaría si el descuento máximo fuese para cualquier programa para dejar de fumar sin ningún otro descuento \$



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Cada tres meses Anualmente

Si el año del plan finaliza pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, incluya la siguiente información. Si no lo sabe, deténgase y devuelva el formulario al empleado.

No se ofrecerá cobertura de salud.

El empleador ofrecerá o modificará la cobertura de salud por el plan de costo más bajo disponible para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.*

Cantidad de la prima del empleado \$ _____ Fecha de modificación _____
(La prima debe reflejar el descuento para el programa de bienestar.) (mm/dd/aaaa)

¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Cada tres meses Anualmente

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el “estándar de valor mínimo” si la parte del plan correspondiente al total de los costos de los beneficios permitidos que cubre el plan no es menos del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

MUESTRA
No imprimir



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Apéndice B - Renovación

Complete SOLAMENTE si un miembro de su familia es Indo Americano o Nativo de Alaska.

- ▶ Infórmenos acerca de los miembros de su familia que son Indo Americanos o Nativos de Alaska.
- ▶ Los Indo Americanos o Nativos de Alaska pueden obtener servicios a través de los Servicios de Salud Indígenas, tribales o los programas de salud indígena urbano. Es posible que no tengan que pagar copagos y pueden obtener períodos de inscripción mensual especiales.
- ▶ Si más de dos personas son Indo Americanos o Nativos de Alaska, haga dos copias de esta página.

Nombre de la persona uno (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo):

¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, tribales o los programas de salud indígena urbano? Sí No

En caso negativo, ¿esta persona cumple con los requisitos para recibir estos servicios? Sí No

Liste cualquier ingreso que provenga de cualquiera de estas fuentes:

- Pagos provenientes de una tribu para recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o derechos reales.
- Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos reales de la tierra designada como tierra en fideicomiso de Indígenas por parte del Ministerio de Interior (incluidas las reservas y las antiguas reservas).
- Dinero proveniente de la venta de objetos que tienen valor cultural.

¿Cuánto dinero? \$

¿Con qué frecuencia?

- Semanalmente
- Dos veces al mes
- Cada dos semanas
- Mensualmente Anualmente
- No de manera regular (por ejemplo, si esta persona trabaja con un contrato)
- Otra opción _____

Nombre de la persona dos (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo):

¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, tribales o los programas de salud indígena urbano? Sí No

En caso negativo, ¿esta persona cumple con los requisitos para recibir estos servicios? Sí No

Liste cualquier ingreso que provenga de cualquiera de estas fuentes:

- Pagos provenientes de una tribu para recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o derechos reales.
- Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos reales de la tierra designada como tierra en fideicomiso de Indígenas por parte del Ministerio de Interior (incluidas las reservas y las antiguas reservas).
- Dinero proveniente de la venta de objetos que tienen valor cultural.

¿Cuánto dinero? \$

¿Con qué frecuencia?

- Semanalmente
- Dos veces al mes
- Cada dos semanas
- Mensualmente Anualmente
- No de manera regular (por ejemplo, si esta persona trabaja con un contrato)
- Otra opción _____



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



**Apéndice C -
Renovación**

Complete SOLAMENTE si elige a una persona para que lo ayude con su solicitud.

- ▶ Un representante autorizado es un amigo de confianza, su pareja o un abogado al que usted elige para firmar su formulario de renovación, obtener información sobre dicho formulario y actuar en su nombre con esta agencia.
- ▶ Si tenemos un representante autorizado registrado para usted, su información se mostrará a continuación. Revise la información e incluya cualquier cambio en esta.
- ▶ Si desea nombrar a un representante autorizado, complete a continuación. Realice una copia de esta página si necesita espacio adicional o si necesita agregar un representante autorizado adicional.

Si tiene un representante autorizado registrado, su nombre se muestra a continuación. Complete esta sección para confirmar que esta información sigue siendo correcta.

Nuestros registros muestran que esta persona es su representante autorizado:

¿Aún desea que esta persona sea su representante autorizado? Sí No

En caso afirmativo, ¿ha cambiado algún dato?

Sí No

Si la información de su representante autorizado ha cambiado, o si le gustaría nombrar a uno nuevo o diferente, incluya la información a continuación.

Nombre del representante u organización autorizados:

Dirección: Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: Tipo de Teléfono: Hogar Móvil Trabajo Otro

Relación con el Solicitante:

Indique las tareas que le gustaría autorizar a esta persona.

- Solicitar beneficios Revisar beneficios Recibir cartas sobre las medidas tomadas en su caso
- Recibir solicitudes de información necesaria para determinar la elegibilidad
- Otra opción:

Su Firma (persona que solicita o renueva la cobertura):

Fecha:

Puede elegir a un asistente social/asistente de solicitudes/consejero/navegador/agente certificado de solicitudes

- ▶ Complete esta sección para autorizar a un consejero/navegador/agente certificado de solicitudes a fin de que pueda acceder a información confidencial relacionada con su caso de cobertura de salud.
- ▶ Si tenemos una persona/organización registrada para usted, el nombre se mostrará a continuación. Si desea agregar/cambiar su consejero/navegador/agente certificado de solicitudes, incluya la información a continuación.

Nombre del Asistente Social/Asistente de Solicitudes/Asesor/Navegador/Agente Certificado de Solicitudes y nombre de la organización:

Número de Identificación (ID) (si corresponde):



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



¿Aún desea que esta persona sea su representante? Sí No

En caso afirmativo, ¿ha cambiado algún dato? Sí No

Incluya cualquier información nueva a continuación:

MUESTRA
No imprimir



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



**Apéndice D-
Renovación**

Complete SOLAMENTE en el caso de una persona que esté ahora solicitando cobertura de salud de Medicaid de Virginia o cuyas circunstancias puedan haber cambiado.

- ▶ Complete esta página en el caso de las personas que estén registradas en la Sección 3 y que **soliciten Medicaid o cuyas circunstancias hayan cambiado.**
- ▶ Primero haga una copia si necesita espacio para más personas.

Infórmenos acerca de la condición inmigratoria o de ciudadanía de esta persona.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguro Social:

¿Esta persona es un ciudadano de los EE. UU. o está nacionalizado en los EE. UU.? Sí No
En caso afirmativo, vaya a Información adicional. **En caso negativo**, responda todas las preguntas a continuación.

Tipo de documento Número de extranjero o I-94 Número de tarjeta o pasaporte extranjero

Visite www.coverva.dmas.virginia.gov para obtener más información sobre la condición inmigratoria elegible y los tipos de documentos.

- Marque aquí si esta persona llegó a los EE. UU. antes de 1996.
- Marque aquí si esta persona, su cónyuge o padre o madre es un veterano o miembro del servicio activo en el ejército de los EE. UU.

Información adicional.

- Marque aquí si esta persona vive con y es el encargado principal de cuidar a un menor de 19 años.
- Marque aquí si esta persona desea recibir ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses.
- Marque aquí si esta persona estuvo bajo cuidado tutelar a partir de los 18 años y recibió cobertura de salud de Medicaid.

Si esta persona es hispana/latina, marque todas las opciones que correspondan. No tiene que responder esta pregunta para ser elegible para recibir Medicaid.

- Chicano/a
- Cubano/a
- Mexicano/a
- Mexicano/a Americano/a
- Puertorriqueño/a
- No hispano/se desconoce

¿Cuál es la raza de esta persona? Marque todas las opciones que correspondan. Puede elegir no responder esta pregunta. No tiene que responder esta pregunta para ser elegible para recibir Medicaid.

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Indio Asiático
- Filipino
- Japonés
- Nativo Hawaiano
- Otro Asiático
- Samoano
- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Chino
- Guameño o Chamorro
- Coreano
- Otros Isleños del Pacífico
- Vietnamita



¡DETÉNGASE! Continúe SOLAMENTE si alguna persona de su familia es mayor de 65 años, es ciega o discapacitada.



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



Complete SOLAMENTE si alguna persona de su familia es mayor de 65 años, es ciega o discapacitada.

Nombre de la Persona

¿Qué recursos tiene esta persona o su cónyuge? Recursos se refieren a cuentas de cheques/ahorros, acciones, bonos, seguro de vida o fondos de jubilación.

Recurso	Cantidad
	\$
	\$
	\$
	\$



¡DETÉNGASE! Continúe SOLAMENTE si su familia recibe atención de enfermería en un centro o en el hogar por parte de un profesional médico.

Complete SOLAMENTE en el caso de que un miembro de su familia se encuentre en centro de enfermería o recibe atención de enfermería en el hogar

Nombre del centro de enfermería, instituto estatal o proveedor de atención basado en la comunidad:

Si está casado o separado, indique el nombre de su cónyuge: Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo):

¿El cónyuge de esta persona tiene algún gasto de vivienda? En caso afirmativo, infórmenos a continuación.

Renta/Hipoteca: \$ _____ Servicios Públicos Sí No
Seguro del Propietario/Inquilino: \$ _____ Impuestos Inmobiliarios: \$ _____
Cargos por Mantenimiento del
Condominio: \$ _____

¿El dependiente de esta persona tiene algún ingreso? En caso afirmativo, infórmenos a continuación.

Seguro Social: \$ _____ Ingreso del Seguro Social: \$ _____
Servicio Civil: \$ _____ Administración de Veteranos: \$ _____
Jubilación/Pensión: \$ _____ Discapacidad: \$ _____
Salarios: \$ _____ Otras opciones (Fideicomisos, Acciones, Rentas Anuales,
Dividendos, Intereses, etc.): \$ _____

¿Esta persona o su cónyuge han transferido alguna propiedad inmobiliaria o persona l en el último año?



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



No Sí *En caso afirmativo*, complete a continuación.

Propiedad Transferida	Valor de la Transferencia	Fecha de la Transferencia
	\$	

Cualquier miembro de la familia que sea mayor de 18 años, y que no viva con el padre o la madre, o que sea mayor de 21 años y que ahora solicite cobertura también debe firmar la Sección 7 de este formulario de renovación.

MUESTRA
No imprimir



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



**Información
adicional**

**Inscripción del Votante e
Información sobre No Discriminación**

Inscripción del Votante

Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría presentar una solicitud para inscribirse? (Presentar una solicitud para inscribirse para votar o rechazar la inscripción no afectará la asistencia ni los servicios que la agencia le proporcione.)

Por favor marque solo un casillero:

- Sí, me gustaría presentar una solicitud para inscribirme para votar.
- No, no deseo inscribirme para votar.
- Ya estoy registrado para votar.

SI NO MARCA NINGÚN CASILLERO, SE CONSIDERARÁ QUE USTED DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR ESTA VEZ.

Si rechaza la inscripción para votar, este hecho permanecerá confidencial. Si usted se inscribe para votar, se mantendrá la confidencialidad de la oficina donde presentó la solicitud y solo se utilizará para fines de inscripción de los votantes.

Si desea recibir ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad en lo referido a la decisión de inscribirse o a solicitar la inscripción para votar, puede presentar una queja con: **La Secretaría de la Junta de Elecciones del Estado de Virginia, Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA 23219-3497, 804-864-8901.**

ADVERTENCIA: VOTAR MÁS DE UNA VEZ DE MANERA INTENCIONAL O HACER DECLARACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO CONSTITUYE UN DELITO DE FRAUDE ELECTORAL, EL CUAL ES PENADO BAJO LA LEY DE VIRGINIA COMO UN DELITO MAYOR. LOS INFRACTORES PUEDEN SER SENTENCIADOS HASTA A 10 AÑOS EN CÁRCEL FEDERAL O HASTA A 12 MESES EN CÁRCEL LOCAL Y/O MULTADOS HASTA POR UN MONTO DE \$2,500.

Para inscribirse para votar, visite: <https://vote.elections.virginia.gov>, o llame o diríjase a su agencia local para solicitar un formulario de inscripción del votante en papel. Si necesita ayuda para completar este formulario, visite su agencia local.

(agency use only/solo para uso de la agencia)

Voter Registration form completed: Yes No

Voter Registration form given to applicant for later mailing (at applicant's request):



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



_____ Agency Staff Signature	_____ Date
---------------------------------	---------------

Información sobre No Discriminación

Es importante que lo tratemos de forma justa. Su información se mantendrá segura y privada.

Esta agencia cumple con las correspondientes leyes federales de los derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Esta agencia no excluye a nadie o trata a nadie de forma distinta, por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Esta agencia proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Si necesita estos servicios llámenos al **(804) 786-7933 (TTY: 1-800-343-0634)**. Esta agencia también ofrece servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.

Si usted cree que esta agencia no ha cumplido con estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja en persona, por correo, o por teléfono al Coordinador de Derechos Civiles, -DMAS 600 E. Broad St. Richmond, VA 23219, Teléfono: **(804) 786-7933 (TTY: 1-800-343-0634)**. Usted también puede presentar una queja electrónica con la Oficina de los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, **1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697)**. Los formularios de quejas están disponibles en **<http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.



English: Get help in your language

This Notice has important information about your benefits or application for health coverage from Virginia Medicaid. Look for important dates. You might need to take action by certain dates to keep your benefits. You have the right to get this letter for free in your language, in large print, or in another way that is best for you. Call us at 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

Spanish: Obtenga ayuda en su idioma

Este aviso tiene información importante de Virginia Medicaid sobre sus beneficios o solicitud de cobertura de salud. Busque fechas importantes. Puede que necesite hacer algo antes de ciertas fechas para conservar sus beneficios. Tiene derecho a obtener esta carta en su idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted, de manera gratuita. Llámenos al 1-855-242-8282 (telefonía de texto [TTY]: 1-888-221-1590).

Korean: 본인의 언어로 도움을 받으세요.

이 통지서에는 버지니아 메디케이드의 의료 보험 혜택 또는 의료 보험 신청에 대한 중요한 정보가 들어 있습니다. 이에 대한 중요한 마감일도 공지하고 있습니다. 혜택을 받으려면 마감일까지 조치를 취하셔야 합니다. 이 통지서는 본인이 사용하는 언어로 또는 큰 글자로 인쇄된 서신으로 또는 본인에게 최선 될 수 있는 방법으로 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 저희에게 문의해 주십시오. 문의처 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)로 전화하십시오.

Vietnamese: Nhận giúp đỡ bằng ngôn ngữ của quý vị

Thông báo này có thông tin quan trọng về cách quý vị nhận phúc lợi hoặc cách nộp đơn nhận bảo hiểm y tế thuộc chương trình Medicaid của tiểu bang Virginia. Hãy chú ý đến những ngày quan trọng. Quý vị có thể phải hành động trước một số ngày trong Thông báo này để tiếp tục nhận phúc lợi. Quý vị có quyền nhận thư này miễn phí bằng tiếng Việt, bằng chữ khổ lớn hoặc theo cách nào phù hợp nhất với quý vị. Xin gọi cho chúng tôi theo số 1-855-242-8282 (máy TTY: 1-888-221-1590).

Chinese (Traditional): 用您使用的語言獲得幫助

本通知包含有關您的Virginia Medicaid福利或醫療承保申請的重要資訊。請查看重要的日期。您可能需要在某些日期之前採取行動，才能保持您的福利。您有權免費用您使用的語言、大印刷體或其他最適合您的方式收到本信函。請電洽 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)。

Arabic: احصل على المساعدة بلغتك

يتضمن هذا الإخطار معلومات مهمة عن المزايا التي سوف تحصل عليها -أو عند التقدم للحصول عليها- من التأمين الصحي المقدم من فيرجينيا ميديكيد Virginia Medicaid. ابحث عن التواريخ المهمة. قد يتعين عليك القيام بإجراءات بحلول تواريخ محددة للاحتفاظ بمزاياك. يحق لك الحصول على هذا الخطاب مجاناً بلغتك، مطبوعاً طباعة كبيرة، أو بأفضل طريقة تراها. اتصل بنا على رقم 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

Urdu: اپنی زبان میں مدد حاصل کریں

اس نوٹس میں آپ کے بینیفٹس یا Virginia Medicaid سے صحت کے کوریج کے لیے درخواست کے بارے میں اہم معلومات ہیں۔ اہم تاریخوں پر نظر رکھیں۔ آپ کو اپنے بینیفٹس برقرار رکھنے کے لیے مخصوص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ آپ کو یہ خط اپنی زبان میں، بڑے حروف میں یا کسی دوسرے طریقے سے جو آپ کے لیے بہترین ہو، مفت حاصل کرنے کا حق ہے۔ ہمیں 1-855-242-8282 (ٹی ٹی وائی: 1-888-221-1590) پر کال کریں۔

Hindi: अपनी भाषा में मदद लें

इस नोटिस में Virginia Medicaid से प्राप्त होने वाले आपके लाभों या हेल्थ कवरेज हेतु आवेदन के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी दी गयी है। महत्वपूर्ण तारीखें देखें, आपको अपने लाभों को बनाये रखने के लिए निश्चित तारीखों तक कायवाही करने की आवश्यकता हो सकती है। आपको आपकी अपनी भाषा में, बड़े प्रिंट में, या ऐसे किसी अन्य ढंग में जो आपको लिए सबसे अच्छा हो, नि:शुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। हमें 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590) पर फोन करें।

Farsi: دریافت کمک به زبان خود

این اطلاعیه حاوی اطلاعات و مطالب مهمی درباره مزایای یا درخواست شما برای پوشش بهداشتی و درمانی از Virginia Medicaid می باشد. به تاریخهای مهم توجه داشته باشید. شاید لازم باشد برای حفظ مزایای در تاریخهای مشخصی اقداماتی بعمل آورید. شما حق دارید این نامه را به رایگان به زبان خود، با حروف چاپی درشت یا هر روش دیگری که برایتان مناسب است دریافت کنید. لطفاً با ما در شماره 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590) تماس بگیرید.

Bengali: আপনার নজরে ভাষায় সাহায্য পান

Virginia Medicaid এর স্বাস্থ্য বন্মা বিষয়ক আপনার সুযোগ-সুবিধা অথবা আবেদন সম্পর্কিত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য এই নোটিশে আছে। গুরুত্বপূর্ণ তারিখগুলির অনুসন্ধান করুন। আপনার প্রাপ্য সুযোগ-সুবিধা চালু রাখতে হলে আপনাকে নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে পদক্ষেপে গ্রহণ করতে হতে পারে। আপনার অধিকার আছে, নজরে ভাষায়, বড় অক্ষর, ছাপা অথবা আপনার পক্ষে সর্বশ্রেষ্ঠ এমন যেকোনো উপায়ে এই চিঠিটি বিনামূল্যে পাওয়ার। আমাদের টেলিফোন করুন এই নম্বরে: 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)।



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).



Tagalog: Tumanggap ng tulong sa inyong wika

May mahalagang impormasyon ang patalastas na ito tungkol sa inyong mga benefit [kapakanan] o paghiling na masakop ng segurong pangkalusugan ng Virginia Medicaid. Tignan ang mga mahahalagang petsa. Maaaring dapat kumilos kayo sa ilan mga petsa upang mapanatili ang inyong mga benefit. May karapatan kayong matanggap ang sulat na ito sa inyong wika. malaking mga letra, o sa anumang paraan na pinakamahusay sa inyo. Tawagan kami sa 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

Amharic: በቋንቋዎ እርዳታ ያግኙ

ይህ ማስታወቂያ ከሽርጂንያ ሜዲኬይድ የሚያገኙትን ጥቅሞችዎን ወይም የጤና ሽፋን ማመልከቻን አስመልክቶ አስፈላጊ መረጃ ያዘለ ነው። አስፈላጊ ቀናትን ይመልከቱ። ጥቅሞችዎ እንዲቀረጡብዎት በተወሰኑ ቀናት ውስጥ እርምጃዎችን መውሰድ ሊያስፈልግዎ ይችላል። ይህን ደብዳቤ፣ በነጻ፣ በቋንቋዎ፣ ተለቅ ባሉ ፊደሎች ታትሞ፣ ወይም ለእርስዎ በሚያመቹ በሌላ መንገዶች የማግኘት መብት አልዎት። ወደኛ በ 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590) መደወል ይችላሉ።

French: Obtenez de l'aide dans votre langue

Cet avis contient des informations importantes sur vos prestations ou votre demande d'assurance-maladie auprès de Virginia Medicaid. Recherchez les dates importantes. Vous devrez peut-être prendre des mesures avant certaines dates pour conserver vos prestations. Vous avez le droit d'obtenir cette lettre gratuitement dans votre langue, en gros caractères ou de la manière qui vous convient le mieux. Appelez-nous au 1-855-242-8282 (TS: 1-888-221-1590).

Russian: Получите помощь на вашем языке

В этом уведомлении содержится важная информация о ваших льготах или заявке на медицинское страховое покрытие Medicaid штата Вирджиния. Обратите внимание на важные даты. От вас может потребоваться выполнение тех или иных действий в определенные сроки для сохранения ваших льгот. Вы имеете право на бесплатное получение этого письма на вашем языке, крупным шрифтом или в другом удобном для вас формате. Позвоните нам по номеру 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

German: Holen Sie sich Hilfe in Ihrer Sprache

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihren Krankenversicherungsleistungen oder zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung von Virginia Medicaid. Achten Sie auf wichtige Daten. Sie müssen möglicherweise zu bestimmten Terminen Maßnahmen ergreifen, um Ihre Leistungen weiterhin zu erhalten. Sie haben das Recht, diesen Brief kostenlos in Ihrer Sprache, in Großdruck oder auf eine andere Weise zu erhalten, die für Sie am besten ist. Rufen Sie uns bitte an unter 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

Bassa: M̄ b̄ein gbo-kpá-kpá dyée dé wuḍu ṁ poeé mú

Cée-dè n̄à ke bédé b̄ kpa d̄e b̄é bó wé b̄é k̄ b̄aḍa ṁ b̄ein gbo-kpá-kpá b̄é dyée ɔ j̄ú k̄é ṁ d̄yi gbo-kpá-kpá z̄ò bó n̄i kpódó-d̄yùàò d̄yi káná j̄è s̄òn dé n̄yɔ Kūùn j̄è gbo-kpáin-náin n̄à dé V̄j̄ínìà kee ní. Dè wé kpa d̄e b̄é k̄ mú ṁ b̄ein gbo-kpá-kpá b̄é n̄à ke dyée kee j̄è dyédé gbo. M̄ k̄ b̄é ṁ k̄é gbo-kpá-kpá n̄à ke z̄ò bó wé j̄éé b̄é b̄aḍa, b̄é ṁ k̄é n̄i gbo-kpá-kpá b̄éò dyé. M̄ b̄ein cée-dè n̄à ke dyée mú d̄é wuḍu ṁ poeé mú dé cée-dè-d̄yèd̄è boo-bo mú ṁ b̄aḍa d̄e h̄wiè k̄à k̄ò d̄ò k̄ó mú ṁ mó b̄é wa k̄é n̄i cée-d̄e cée kee mú. Dá à n̄in ṁ n̄òbà n̄à ke k̄ 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

Ibo: Nweta enyem na n'asusu gi

Nkwuputa nke a nwere ozi di mkpa banyere uru ndi gi maobu ariri gi maka mkpuchi ahuike site na Virginia Medicaid. Chọ maka deeti di mkpa. Aga-achọrọ ka ime ufodu n'ufodu ubochi iji dowe uru gi gasi. I nwere ikike nweta akwukwo ozi nke a n'efu n'asusu gi, enyem na n'iji nnukwu mkpuru edemede, maobu n'uzo ozọ kacha mma maka gi. Kpọọ anyị na 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

Yoruba: Gba iranlowo ni ede re

Akiyesi yi ni iwifun-ni pataki nipa awon anfaani tabi iwe ibewẹ fun agbegbe ilera lati Virginia Medicaid. Wa awon ojo pataki. O se e se lati gbe igbesẹ ni awon ojo kan lati fi awon anfaani re pamọ. O ni eto lati gba leta yi ni ofe ni ede re, ni kikosile gadagba tabi ni onà miran ti o dara fun o. Pe wa ni 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).



Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.

