



Fecha de la carta: [REDACTED]  
Número de caso: [REDACTED]



### Novedades para los miembros de su familia

Nuestros registros muestran que usted solicitó cobertura de salud con Medicaid de Virginia el [REDACTED]. Esta carta le da más información acerca de la determinación y de cómo se efectuó. Le informa de las distintas opciones de cobertura médica y cuáles son los siguientes pasos que debe usted tomar. También le comunica de qué es lo que debe hacer si cree que tomamos una determinación equivocada.

#### Resumen de la decisión de Medicaid para los miembros de su familia

Nombre del miembro de la familia	Decisión	Cobertura	Fecha(s) efectiva(s)
----------------------------------	----------	-----------	----------------------

[REDACTED]	No es elegible	--	[REDACTED]
------------	----------------	----	------------

Si usted desea saber cómo tomamos nuestra determinación para cada miembro de su familia, lea el resto de esta carta.

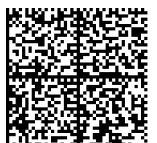
Actualización para [REDACTED]  
[REDACTED] - En adelante

Número de afiliado: [REDACTED]

No calificó para la cobertura de salud con Medicaid de Virginia. Si desea más información, lea la sección más abajo "Cómo Medicaid tomó su decisión".



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).



## Cómo Medicaid tomó su decisión

Medicaid tiene reglas y límites de ingresos que determinan si uno califica para la cobertura médica dependiendo de la edad, condición de embarazo o de paternidad, y discapacidad. Contamos los miembros y los ingresos de su hogar, y revisamos la información que se proporcionó en la solicitud o la que hemos encontrado disponible por medio de otras fuentes. Si desea saber más acerca de las reglas y límite de ingresos de Medicaid visite [www.coverva.org](http://www.coverva.org). Si su información ha cambiado desde la fecha de su solicitud, o si usted cree que tomamos una determinación equivocada, llámenos. Usted también puede presentar una apelación. Si desea más información acerca de cómo presentar una apelación diríjase a la página titulada "Si usted cree que tomamos una decisión equivocada."

Este individuo no califica para cobertura médica porque el ingreso contable de la familia está por encima del límite de ingresos; no se cumplen las reglas de la actual cobertura. Basamos nuestra determinación a partir de las siguientes reglas: Referencia del Manual de Asistencia Médica de Virginia M0440.100; M0710.700; M0810.002, M0310.001; M1520.300.

Puede que usted sea elegible para recibir una cobertura médica completa –y recibir ayuda para pagarla– por medio del Mercado de Seguros Médicos. A ellos les hemos enviado su información. El Mercado le enviará una carta. **Si desea más información, lea la información detallada en esta carta "Cómo completar una solicitud con el Mercado de Seguros Médicos."**

## Información acerca de otros programas

Usted y otros miembros de su familia puede que califiquen para otro tipo de ayudas, como la asistencia con la comida o con los gastos de calefacción y aire acondicionado. Si usted solicitó la ayuda para otros programas, puede que reciba la información por separado en otra carta.

Puede obtener más información en [CommonHelp.Virginia.gov](http://CommonHelp.Virginia.gov) o llamando al **1-855-635-4370 (TTY: 1-800-828-1120)**.

<b>Nombre del trabajador:</b> [REDACTED]	<b>Número de teléfono:</b> [REDACTED]	<b>Para ayuda legal gratuita llamar al:</b> [REDACTED]
<b>Información adicional de parte de su trabajador:</b>  		



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)**.

Caso #: [REDACTED]

Página 2 de 10

Correspondencia #: [REDACTED]



## Si usted cree que hemos tomado una decisión equivocada

Usted puede apelar nuestra decisión acerca de la cobertura de salud de Medicaid. Las apelaciones se gestionan por medio del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés).

Si usted tiene una necesidad médica urgente, puede pedir a DMAS que se acelere el proceso de su apelación para obtener una respuesta más rápida. Una necesidad médica urgente significa que podría resultar en un daño serio para su salud si no se trata inmediatamente. Puede que se le pida que presente pruebas de esa necesidad médica urgente.

Si le estamos notificando en esta carta de que sus beneficios se están terminando o se están reduciendo, usted puede pedir que su cobertura continúe durante el proceso de apelación. Para ello, usted debe presentar su apelación antes de la fecha en la que sus beneficios terminarán o en los 10 días de recibir esta carta. No todos los casos califican para una continuación de cobertura. Puede que usted tenga que devolver a Medicaid el dinero que usted gastó durante la cobertura, si usted perdiese la apelación.

### Formas de presentar una apelación:

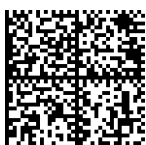
1. **Por vía electrónica.** En línea en <https://vamedicaid.dmas.virginia.gov/> o por email a [appeals@dmas.virginia.gov](mailto:appeals@dmas.virginia.gov)
2. **Por fax.** Envíe por fax su petición de apelación a DMAS al **(804) 452-5454**
3. **Por correo o en persona.** Mande o traiga en persona su petición de apelación a la División de Apelaciones, Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS, por sus siglas en inglés), 600 E. Broad Street, Richmond, VA 23219
4. **Por teléfono.** Llame a DMAS a **(804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120)**

Si usted desea, DMAS tiene a su disposición un formulario de petición de apelación en [www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources](http://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources). Usted también puede escribir su propia carta. Incluya una copia completa de esta notificación cuando haga su petición de apelación. También incluya cualquier documento que desee que DMAS revise durante su apelación. **La fecha límite para solicitar una apelación ante DMAS es 3 de septiembre de 2021.**

Una vez usted pida una apelación, DMAS programará una audiencia si es que usted califica para ésta. Una audiencia es una reunión entre usted, un representante de Medicaid y un oficial de audiencias de DMAS. Antes de la audiencia, le enviaremos una copia de la información que utilizaremos durante la audiencia. A esta información la llamamos sumario de apelación. Usted también tiene el derecho de pedir una copia de su archivo al Departamento de Servicios Sociales. Puede pedirle a alguien que le represente en cualquier momento del proceso de apelación, siempre y cuando usted comunique a DMAS por escrito de esa decisión. Durante la audiencia, usted puede explicar por qué cree que hemos tomado una decisión equivocada. DMAS determina apelaciones que no son urgentes en 90 días, o antes, si usted lo solicita.

### Para prepararse para su apelación:

- Revise el sumario de apelación antes de su audiencia.
- Usted puede venir solo(a), o si lo desea, puede venir acompañado(a) por un amigo, un familiar, o un abogado.



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)**.

Caso #: [REDACTED]

Página 3 de 10

Correspondencia #: [REDACTED]



➤ Traiga información o testimonios para demostrar dónde cree usted que hemos cometido un error. Si usted tiene preguntas, llame a la División de Apelaciones de DMAS al **(804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120)**. Llame al número de asistencia telefónica de Ayuda Legal al **1-866-534-5243** o visite **www.valegalaid.org** para obtener más información gratis sobre consejos de ayuda legal o para pedir que alguien le represente durante su apelación.

### 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, 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)**. Formularios de quejas están disponibles en **https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

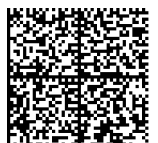


Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.

Caso #: [REDACTED]

Página 4 de 10

Correspondencia #: [REDACTED]



## ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

Utilice el Mercado para buscar y comprar un seguro médico privado y asequible en línea, por teléfono, o con la ayuda de un representante. Existe asistencia financiera que está disponible para aquellos que califiquen.

**Usted o algún miembro de su familia no fue elegible para recibir Medicaid. Puede que usted pueda recibir una ayuda con el pago de su seguro médico por medio del Mercado de Seguros Médicos. Su información se envió al Mercado para iniciar una solicitud, pero, ¡usted debe tomar acción para ver si puede calificar para esta ayuda!**

## Cómo completar la solicitud con el Mercado de Seguros Médicos:

Usted debe completar la solicitud con el Mercado dentro de los 60 días en los que se le negó la cobertura de Medicaid. Cuanto antes usted solicite la cobertura, más pronto empezaría. Usted debería completar la solicitud del Mercado lo antes posible para ver si usted tiene opción de registrarse inmediatamente. Para completar su solicitud usted puede:

**1. Esperar a recibir la carta del Mercado.** La carta le indicará cómo completar su solicitud con ellos. El Mercado ha iniciado una solicitud de seguro médico para el/los siguiente(s) individuo(s): **Rahul Jain**

O

**2. Iniciar una solicitud nueva.** Usted puede ir a **HealthCare.gov** o contactar con el centro de atención telefónica **1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)**. Usted deberá:

- » Crear una cuenta de usuario con el Mercado, electrónicamente o con un representante del centro de atención telefónica.
- » Tener esta carta a mano para que le ayude a responder las preguntas.
- » Proporcionar la información que ya nos dio.
- » Contestar "sí" cuando le pregunten si en los últimos 90 días se le ha negado la cobertura por medio de Medicaid o por medio del Programa de Cobertura Médica para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a alguno de los miembros de su familia, si aplicara.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar su solicitud, llame al centro de atención telefónica del Mercado al **1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)** o visite

**HealthCare.gov/help/statetransfer.**

Después de completar su solicitud, el Mercado le informará si califica para registrarse con un seguro del Mercado, si usted puede registrarse inmediatamente, o si debe esperar para poder registrarse. El Mercado le informará si usted es elegible para la ayuda del pago de su cobertura. Si usted califica para la cobertura inmediatamente, ¡seleccione su plan y regístrese!



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 el Mercado le informa de que usted debe esperar, usted puede volver a solicitar durante el periodo de Inscripción Abierta (1 de noviembre-15 diciembre). Si tiene ciertos cambios de circunstancias en su vida, puede que califique para el Periodo Especial de Inscripción, y puede que tenga opción a registrarse fuera del periodo de Inscripción Abierta. Ejemplos de ciertos cambios de circunstancias de vida que puede que califiquen para el Periodo Especial de Inscripción incluyen: si usted dejara de ser elegible para Medicaid o perdiera la cobertura con cualquier otro seguro, el nacimiento de su bebé, o si se casa. Por general usted tiene únicamente 60 días desde la fecha de ese cambio de circunstancia de vida para solicitar una cobertura con el Mercado, pero, si usted está perdiendo su cobertura médica, puede solicitar una cobertura con el Mercado en los 60 días antes de la fecha en la que su cobertura finalizará. Así no habría ninguna interrupción en su cobertura.



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 de Voluntad Anticipada de Atención Médica

Todos los adultos tienen derecho a preparar un documento llamado "Voluntad Anticipada de Atención Médica". Una voluntad anticipada de atención médica permite que otras personas sepan los tipos de atención médica que usted desearía o no desearía recibir en el caso de que no pueda expresar sus deseos por su propia cuenta.

Una voluntad anticipada de atención médica puede autorizar a otra persona, como a un cónyuge, hijo o amigo, a ser su "agente" o "apoderado". Esa persona puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted perdiera la habilidad de tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica. Usted puede decirle a esa persona exactamente qué tipo de atención médica desea y la que no desea. En términos legales, esto a menudo se denomina "Poder Notarial para la Atención Médica".

Muchas personas tienen una Voluntad Anticipada de Atención Médica como parte de su registro médico. Puede tener información como:

- ¿Qué tipo de atención médica autoriza una persona?
- ¿Qué tipo de atención médica no autoriza una persona?
- A quién una persona le gustaría autorizar para que tome decisiones de atención médica en su nombre
- Si a la persona le gustaría ser donante de órganos

Un adulto que puede tomar decisiones por sí mismo y al cual un médico le ha informado de que tiene una enfermedad terminal, puede hacer verbalmente una voluntad anticipada de atención médica que puede tener información como:

- ¿Qué tipo de atención médica autoriza una persona?
- ¿Qué tipo de atención médica no autoriza una persona?
- A quién le gustaría una persona autorizar para que tome decisiones de atención médica en su nombre

El Estado de Virginia tiene un Registro de Voluntades Anticipadas de Atención Médica de todo el estado que ofrece de modo gratuito y seguro un lugar donde almacenar este tipo de documento. Los documentos que puede usted almacenar en este sitio pueden protegerle de sus derechos legales y garantizarle que se cumplan sus deseos médicos si no pudiera expresarse por sí mismo. Usted debería compartir esta información con cada uno de sus proveedores de atención médica. Si desea obtener más información, visite: <https://www.connectvirginia.org/adr/>.

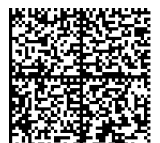


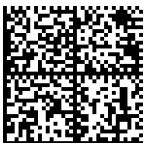
Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.

Caso #: [REDACTED]

Página 7 de 10

Correspondencia #: [REDACTED]





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)**.

Caso #: [REDACTED]

**Página 8 de 10**

Correspondencia#: [REDACTED]





**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 최선이 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 بطباعة 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 कार्यवाही करने की आवश्यकता हो सकती है। आपको इस पत्र को अपनी भाषा में, बड़े प्रिंट में, या ऐसे किसी अन्य ढंग में जो आपके 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 مزایا یا درخواست شما برای پوشش بهداشتی و درمانی از Virginia Medicaid می باشد. به تاریخهای مهم توجه داشته باشید. شاید لازم باشد برای حفظ مزایا 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 নজিরে 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। নজিরে ভাষায়, বড় অক্ষর ছাপা অথবা আপনার পক্ষে সরবর্ষর্ষ্ট এমন য়ে কোনও উপায়ে এই চর্টিটি বিনামূল্যে পাওয়ার। আমাদরে 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 ከቨርጂንያ ሜዲኬይድ የሚያገኙትን ጥቅሞችዎን ወይም የጤና ሽፋን ማመልከቻን አስመልክቶ አስፈላጊ መረጃ ያዘለ ነው። አስፈላጊ ቀናትን ይመልከቱ። ጥቅሞችዎ እንዲቋረጡብዎት 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 (ATS: 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 b̄èin gbo-kpá-kpá dyéé dé wuḍu ṁ poeé mú**

Cée-dè nà ke bédé b̄ kpa de b̄ bó wé b̄ k̄ baḍa ṁ b̄èin gbo-kpá-kpá b̄ dyéé ɔ j̄ kè m̄ d̄yi gbo-kpá-kpá zò bó n̄i kpódó-d̄yùàò d̄yi káná jè s̄on dé n̄yo Kūun jè gbo-kpáin-naín n̄ià dé V̄j̄ínìà kee ní. Dè wé kpa de b̄ k̄ mú ṁ b̄èin gbo-kpá-kpá b̄ n̄ià ke dyéé kee jè dyédé gbo. M̄ k̄ b̄é ṁ ké gbo-kpá-kpá n̄ià ke zò bó wé j̄éé b̄é baḍa, b̄é ṁ ké n̄i gbo-kpá-kpá b̄èò dyé. M̄ b̄èin cée-dè n̄ià ke dyéé pídyi dé wuḍu ṁ poeé mú dé cée-dè-d̄yèdè boo-boo mú, m̄ɔɔ dé h̄wiè kà kò d̄ò k̄ mú ṁ m̄ó b̄é wa ké n̄i cée-dèò cée kee mú. Dá à n̄iin dé n̄òbà n̄ià ke k̄ 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

**Ibo: Nweta enyemaka n'asusu gi**

Nkwuputa nke a nwere ozi di mkpa banyere uru ndi gi maobu aririo gi maka mkpuchi ahuike site na Virginia Medicaid. Choo maka deeti di mkpa. Aga-achoro ka ime ufodu ihe n'ufodu ubochi iji dowe uru gi gasi. I nwere ikike inweta akwukwo ozi nke a n'efu n'asusu gi, ebiputara n'iji nnukwu mkpuruedemede, maobu n'uzo ozọ kacha mma maka gi. Kpoo anyi 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 igbese 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)**.

