



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



### Porqué [REDACTED] está recibiendo esta carta

Necesitamos más información para poder completar la revisión del/los siguiente(s) programa(s): SNAP (Asistencia Nutricional), TANF (Asistencia en efectivo), Asistencia mdica.

### Por favor presente la información que le pedimos antes de la(s) fecha(s) listada(s) a continuación

Hemos incluido una lista de verificaciones de los documentos que usted nos puede presentar. Quédese con su documento original y preséntenos copias junto con la lista de verificaciones Si necesita ayuda, llame al [REDACTED].

### Formas en las que nos puede presentar sus documentos:

1. **En línea.** Entre en **CommonHelp.Virginia.gov** y siga las instrucciones para subir una copia electrónica de su documento.
2. **Por fax.** Envíenos un fax al [REDACTED]
3. **Por correo.** Envíenos una copia a [REDACTED]
4. **En persona.** Traíganos una copia a [REDACTED]

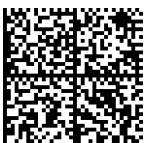
### Su cuenta de CommonHelp

**CommonHelp.Virginia.gov** mantiene toda la información que es importante relacionada con cualquier solicitud de su familia. Usted puede escoger si quiere recibir cartas como ésta electrónicamente. Su cuenta de CommonHelp es segura.

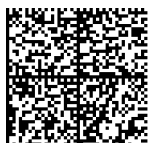
Para crear una cuenta vaya a **CommonHelp.Virginia.gov** y seleccione "Check My Benefits" (Comprobar mis beneficios).

Para conectar su caso a su cuenta de CommonHelp, utilizando su información detallada más abajo, ingrese en su cuenta y seleccione "Manage My Account." (Administrar mi cuenta).

Número de caso: [REDACTED]  
Número de afiliado: [REDACTED]



Caso #: [REDACTED]



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

**Información adicional de parte de su trabajador:**

**Cosas importantes a recordar cuando presente pruebas:**

- ✓ Quédese con su(s) documento(s) original(es) y preséntenos una copia.
- ✓ Escriba su nombre y apellido(s), fecha de nacimiento, y número de caso 114386083 en la copia del documento que nos presente.
- ✓ Llámenos si ha habido algún cambio en su situación después de la fecha de su solicitud, si usted no tiene los documentos que se le piden más abajo, o si necesita ayuda para obtener la información.

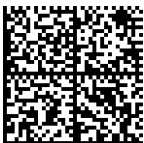
Recuerde que si usted no nos proporciona pruebas de su información, no podremos finalizar la revisión de su elegibilidad y por consecuencia, puede que se niegue su solicitud, o que se cierre su caso.

Preséntenos prueba con uno de estos documentos para cada tipo de verificación. A continuación le proporcionamos una lista de los documentos más comunes que se nos presentan para verificar información.

**Programa: Asistencia mdica** Aunque le estemos pidiendo que nos devuelva sus verificaciones en los diez días de haber recibido esta carta, usted puede devolverlas en los 45 días de la fecha de su solicitud, o en los 30 días de la fecha del cambio de Medicaid o de su renovación.

**Fecha límite:** [REDACTED]

¿Quién?	¿Qué información se necesita?	¿Qué se acepta como prueba?
[REDACTED]	Sueldo, salario, propinas, indemnizaciones, y comisiones - Ingresos por trabajo	Talones de pago o declaraciones de ganancias, Declaracin del empleador



**Programa: SNAP (Asistencia Nutricional)** Para que podamos ver si usted es elegible para recibir asistencia, debe proporcionar la siguiente información antes de la fecha de vencimiento. Si no puede proporcionar la información, o si necesita ayuda, le ayudaremos a obtener esta información. Si no proporciona la información o contacta a la agencia antes de la fecha de vencimiento, su solicitud puede ser rechazada o su caso puede ser cerrado.

**Fecha límite:** [REDACTED]

¿Quién?	¿Qué información se necesita?	¿Qué se acepta como prueba?
[REDACTED]	Sueldo, salario, propinas, indemnizaciones, y comisiones - Ingresos por trabajo	Talones de pago o declaraciones de ganancias, Declaración del empleador, Otros (Fuente del documento)

**Programa: TANF (Asistencia en efectivo)** Para que podamos ver si usted es elegible para recibir asistencia en efectivo, debe proporcionar la información solicitada. Si no puede proporcionar la información solicitada o necesita ayuda para obtenerla, comuníquese con su trabajador. Si no proporciona la información o contacta a la agencia antes de la fecha de vencimiento, su solicitud puede ser rechazada o su caso puede ser cerrado.

**Fecha límite:** [REDACTED]

¿Quién?	¿Qué información se necesita?	¿Qué se acepta como prueba?
[REDACTED]	Sueldo, salario, propinas, indemnizaciones, y comisiones - Ingresos por trabajo	Talones de pago o declaraciones de ganancias, Declaración del empleador, Otros (Fuente del documento)

Si usted nos indicó cuando solicitó beneficios (Medicaid, SNAP, TANF, Asistencia con la Energía, o Asistencia con el Cuidado de Niños) de que deseaba recibir un email o mensaje de texto avisándole de que usted tiene correo electrónico acerca de sus beneficios, usted debe primero ir a la Web de CommonHelp, [www.CommonHelp.virginia.gov](http://www.CommonHelp.virginia.gov), antes de que usted pueda acceder a su correo. En CommonHelp, usted debe crear un buzón de correo electrónico. Tenga su número de cliente y su número de caso disponible.

Siga las instrucciones que aparecen en CommonHelp.

Si usted actúa como representante autorizado de alguien, usted continuará recibiendo toda la correspondencia de ese individuo por correo.



Caso #: [REDACTED]

Correspondencia #: [REDACTED]



**Para cobertura médica por medio de Medicaid de Virginia:**

**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>**.



Caso #: [REDACTED]

Correspondencia #: [REDACTED]



**Para SNAP/TANF:**

De acuerdo con las leyes federales de los derechos civiles y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), las Agencias, oficinas y empleados que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias por anteriores actividades relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa que se lleve a cabo o sea fundada por USDA.

Aquellos con discapacidades que requieren modos alternativos de comunicación para información de programas (por ej. Braille, ampliación de fuente de escritura, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), debe contactar la Agencia (Estatad o local) donde solicitaron beneficios. Para las personas sordas, con dificultades auditivas, o con una discapacidad del habla, pueden contactar USDA a través del servicio federal de transmisión al **(800) 877-8339**. Además, puede que exista información de programas disponible en otros idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja de discriminación, complete el Formulario de Discriminación de Programas de USDA, (AD-3027) que puede encontrar en línea en: **[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)**, o en cualquier oficina de USDA; o escriba una carta dirigida a USDA y presente con la carta toda la información que le piden en el formulario. Para pedir una copia del formulario de quejas, llame al **(866) 632-9992**. Presente su formulario completado, o su carta a USDA por:

(1) correo: Oficina de la Secretaría de los Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos  
1400 Independence Avenue SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: **(202) 690-7442**; or

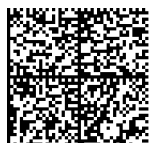
(3) email: **program.intake@usda.gov**.

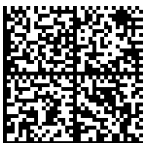
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.



Caso #: [REDACTED]

Correspondencia #: [REDACTED]





Caso #: [REDACTED]

Correspondencia#: [REDACTED]





---

**Asegúrese que ambas direcciones se muestren en el sobre de devolución.  
PLIEGUE 2**

Doble el papel por el PLIEGUE 1, y luego dóblelo en el PLIEGUE 2 para que la parte de arriba de la página sea visible a través de la ventana del sobre de devolución.

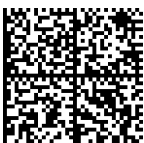
**¡El sobre de devolución tiene el franqueo pagado!, así que no es necesario que utilice sus propios sellos.**

Si usted desea presentar sus verificaciones en persona, electrónicamente, o por fax, por favor siga los pasos indicados en la hoja anterior de instrucciones.

---

**PLIEGUE 1**

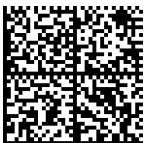
Fecha de la carta: [REDACTED]  
Número de caso: [REDACTED]  
Nombre del trabajador: [REDACTED]



Caso #: [REDACTED]

Correspondencia #: [REDACTED]





Caso #: [REDACTED]

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 ميديكايد 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**

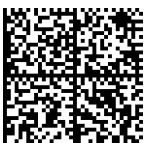
इस नोटिस में Virginia Medicaid से प्राप्त होने वाले आपके लाभों या हेल्थ कवरेज हेतु आवेदन के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी दी गयी है। महत्वपूर्ण तारीखें देखें। आपको अपने लाभों को बनाये रखने के लिए निश्चित तारीखों तक कार्यवाही करने की आवश्यकता हो सकती है। आपको इस पत्र को अपनी भाषा में, बड़े प्रिंट में, या 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 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 পক্ষয়ে সরবশ্রেষ্ট এমন য়ে কোনও উপায়ে এই চর্টিটি বিনামূল্যে পাওয়ার। আমাদরে টেলিফোন করুন এই নম্বরে: 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)।



Caso #: [REDACTED]

Página 9 de 10

Correspondencia #: [REDACTED]



**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 እንዲቋረጡብዎ፣ 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**

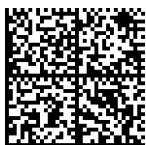
Cée-dè n̄à ke bédé b̄ǎ kpa de b̄é bó wé b̄é k̄ǎ baḍa ṁ b̄èin gbo-kpá-kpá b̄é dyéé ɔ j̄ú kè m̄ d̄yi gbo-kpá-kpá zò bó n̄i kpódó-d̄yùàò d̄yi káná jè s̄òin dé n̄yo Kũun jè gbo-kpáin-naín n̄ià dé V̄j̄ínìà kee ní. Dè wé kpa de b̄é k̄ǎ mú ṁ b̄èin gbo-kpá-kpá b̄é n̄ià ke dyéé kee jè dyédé gbo. M̄ k̄ǎ b̄é ṁ ké gbo-kpá-kpá n̄ià ke zò bó wé j̄éé b̄é baḍa, b̄é ṁ ké n̄i gbo-kpá-kpá b̄èḍ 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 k̄ǎ mú ṁ mú b̄é wa ké n̄i cée-dèḍ cée kee mú. Dá à n̄iin dé n̄òbà n̄ià ke k̄ǎ 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. Ó se é se lati gbe igbése ni awon ojo kan lati fi awon anfaani re pamọ. Ó ni eto lati gba letà yi ni ofe ni ede re, ni kikosile gádàgbà tabi ni onà miran ti ó dara fun ọ. Pè wá ni 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).



Caso #: [Redacted]

Correspondencia #: [Redacted]

