復審和續保

向Healthy Families詢問以便復審
並變更將某人退保的決定

說明

*如果您不同意**Healthy Families**做出使您的家庭會員退保的決定，請使用本表格。(退保意味著承保福利將停止。)您可以詢問**Healthy Families**以變更決定；<u>您可以要求在復審期間保持您的承保福利</u>。**將表格填写好并邮寄给我们，以便我们在下面日期之前收到表格：***

有問題嗎？

*如果您對表格有任何問題，請致電**Healthy Families**： **1-866-848-9166** 。週一至週五早上**8:00**至晚上**8:00**，或者週六早上**8:00**至下午**5:00**。這是免費電話。*

❑ **如果您將表格與新收入或者其他新文件一起送交，請勾選此方框。**

❑ **如果您將表格與支付醫療帳單的申請一起包括，請勾選此方框（請將帳單包括在內）。**

A. 有關您的訊息。

您的姓名、地址和電話號碼正確嗎？

如果有任何錯誤，請划掉它。
將正確的資料寫在旁邊。

FAMILY MEMBER NUMBER:

白天電話：　　夜間電話：　　語音電話：

B. 有關承保福利即將停止的人員訊息。

***有問題嗎？請打電話：1-866-848-9166**，週一至週五早上8:00至晚上8:00，或者週六早上8:00至下午5:00。這是免費電話。*

C. 復審的理由。

1. 您想要我們復審的決定是什麼？

請告知您想要我們復審的決定。或者將您從 Healthy Families 收到的有關決定的信件副本給我們一份。

_____

_____

2. 為什麼您認為我們的決定是錯誤的？

請將您的理由寫在下面。或者勾選下面的方框。根據您的意願勾選多個方框。

- ❑ 收入數字有誤
- ❑ 會員不屬於無需付費Medi-Cal
- ❑ 發送所要求的文件(當您郵寄或者傳真文件時，請在下面告訴我們)
- ❑ 已經付款
- ❑ 我認為決定違反了Healthy Families 政策或者法律(請在下面解釋)
- ❑ 其他(請在下面解釋)

_____

3. 您希望我們做什麼？

- ❑ 將家庭會員保持在Healthy Families中
- ❑ 其他（請在下面解釋）

_____

4. 您還希望我們知道什麼事？

還有其他您認為可以幫助我們復審決定的資料嗎？
將這些資料寫下來或者給我們發送可以幫助我們了解的文件。

_____

_____

D. 在表上簽字並在下面日期之前發送給我們：

我現在要求在復審期間繼續享受承保福利。我明白在復審過程中我必須支付每月保費。我明白如果我不支付這些費用，我的家庭會員也許會失去承保福利。

簽字： _____ **日期：** _____

將此表和其他文件郵寄到：

Healthy Families
Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

或者您可以將此表和文件傳真至：

傳真：1-866-848-4974 這是免費傳真號碼。

在您發送的每份文件上寫下您的Family Member Number。**您的 Family Member Number 是：**

E. 與下面人士共同分享資料的許可：

我允許 Healthy Families Program 和 Medi-Cal Program在電話上向參保實體組織的經核准的申請助理提供與本申請狀態有關的資料。此許可將在計畫郵寄本申請的參保資格決定結果那一天結束。

姓名：_____

➡ 簽字：_____ 日期：_____

CAA#：_____ EE：_____