

Time to renew your Medi-Cal coverage

Please reply or you will lose your coverage.

Did you get the your renewal packet in the mail?

Please reply, or you will lose your coverage.



You must fill out one of these forms for <u>each person</u> in your household and return it to the County	
Case Number (optional)	SSN or ATIN/ITIN
Individuals' Name	Birth date (mm/dd/yyyy)
Current street address, apartment number	City Zip code
Mailing address, if different from above	City Zip code
1. Is this person: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Self-Employed	
2. If this person is currently employed, list all of the information about all types of income received including:	
Employer Name: _____	Employer Address: _____
Employer Phone Number: _____	Average Hours Worked Each Week: _____
Wages/Tips (before Taxes): _____ <input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Semi Monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	

A completed form is needed to renew your coverage.

Use one of these ways to renew:



Phone

Call the phone number listed in the renewal packet.



Mail

Complete your renewal packet and mail it to your county Medi-Cal office.



Fax

Complete your renewal packet fax it to your county Medi-Cal office.



In Person

Visit your county Medi-Cal office.

Call your Medi-Cal office to get this information in another language, large print, or another way that is best for you.

Language Services Notice

If you do not understand this information or notification, call your county Medi-Cal worker. You have the right to interpreter services provided by the county at no cost to you.

Si no entiende esta información o notificación, llame al trabajador de Medi-Cal de su condado. Tiene derecho a obtener servicios de intérpretes proporcionados por el condado sin costo para Ud. (Spanish)

إذا لم تفهم هذه المعلومات أو هذا الإبلاغ . إتصل بموظف Medi-Cal الخاص بمقاطعتك . لديك حق الحصول على خدمات ترجمة مجانية متوفرة لك من قبل المقاطعة. (Arabic)

Եթե դուք չեք հասկանում այս տեղեկությունը կամ հայտարարությունը, զանգահարեք ձեր քառնքիի Medi-Cal-ի աշխատակցին: Դուք իրավունք ունեք քառնքիի կողմից տրամադրված թարգմանչական անվճար ծառայություն ստանալու: (Armenian)

បើសិនជាអ្នកមិនយល់ព័ត៌មាន ឬសេចក្តីជំរាបនេះទេ សូមទូរស័ព្ទទៅអ្នកធ្វើការខាង Medi-Cal នៅខោនធីរបស់អ្នក ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលសេវាពីអ្នកបកប្រែ ដែលបានផ្តល់ដោយខោនធី ដោយឥតគិតថ្លៃអ្វីផលអ្នកឡើយ ។ (Cambodian)

如果您不理解此處的資訊或通知,請電洽您所在縣的Medi-Cal工作人員。您有權免費獲得縣政府提供的免費口譯服務。(Chinese)

اگر این اطلاعات و یا اطلاعیه را درک نمی کنید. با مددکار Medi-Cal کانتی خود تماس بگیرید. شما این حق را دارید که به طور رایگان از خدمات مترجم از طریق کانتی استفاده کنید. (Farsi)

Yog koj tsis totaub txog cov kev qhia lossis tsab ntauv no, hu rau koj tus neeg tuav ntaub ntauv Medi-Cal hauv lub county. Koj muaj cai tau txais kev pab txhais lus dawb los ntawm lub county. (Hmong)

이 정보나 통지서를 이해할 수 없는 경우에는 카운티 Medi-Cal 담당 직원에게 전화하십시오. 가입자는 카운티가 무료로 제공하는 통역 서비스를 받을 권리가 있습니다. (Korean)

Если вы не понимаете данную информацию или уведомление, позвоните сотруднику компании Medi-Cal вашего округа. У вас есть право на получение услуг переводчика, которые предоставляются округом бесплатно. (Russian)

Kung hindi ninyo naiintindihan ang impormasyon o paunawang ito, tawagan ang inyong manggagawa sa Medi-Cal ng county. Kayo ay may karapatang magkaroon ng mga serbisyo ng tagasalin na ibibigay ng county na walang bayad sa inyo. (Tagalog)

Nếu quý vị không hiểu chi tiết hoặc thông báo này, hãy điện thoại cho nhân viên Medi-Cal tại quận quý vị. Quý vị có quyền được quận cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị. (Vietnamese)