



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 [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]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

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

#### Actualización para [REDACTED]

Usted calificó para la cobertura de salud con Medicaid de Virginia.

Número de afiliado: [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).



## Información de cobertura de salud para [REDACTED]:

Número de afiliado

Cobertura

Fecha efectiva para el afiliado

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**Tarjeta de Medicaid:** La mayoría de afiliados de Medicaid reciben una tarjeta. Si usted no tiene una tarjeta con el número de afiliado de más arriba, o no recibe una tarjeta en el correo en los próximos 10 días laborables, por favor llame al **1-855-242-8282**. *Algunos afiliados que califican para cobertura limitada no reciben tarjeta.* Usted puede hacer uso de su cobertura de salud inmediatamente proporcionando su número de afiliado listado más arriba.

**La cobertura de salud debe ser renovada cada año.** Usted debe renovar antes del [REDACTED]. Le enviaremos más información cuando tenga que renovar.

## Cómo utilizar su cobertura

La cobertura médica de Medicaid puede ser usada inmediatamente. Se pueden utilizar servicios de cualquier doctor, clínica o proveedor de salud que acepte Medicaid. Para encontrar un proveedor llame al **1-855-242-8282** o visite **www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov** y seleccione "Search Providers" (Búsqueda de proveedores) bajo el menú de "Provider Resources" (Recursos de proveedores). La mayoría de inscritos obtiene su cobertura médica por medio de un plan de salud. Si este individuo necesita obtener un plan de salud, se le enviará información acerca de cómo escogerlo. Si usted recibió servicios médicos posteriores a la fecha efectiva de su cobertura, asegúrese de proporcionar a su proveedor su número de afiliado de Medicaid.

## Servicios de salud y costes

[REDACTED] califica para cobertura completa de Medicaid. Cubre servicios como visitas al doctor, cuidado hospitalario, recetas mdicas y ms.

La cobertura médica por medio de Medicaid no tiene una prima (pago mensual). **Puede** que existan ciertos copagos para algunos servicios médicos. Si desea más información lea el Manual de Afiliado (Member Handbook) en <https://www.coverva.org/handbooks/>. Para obtener una copia del manual llámenos al [REDACTED]

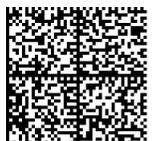


Le podemos facilitar esta carta en otro idioma, con letra grande, o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)**.

Caso #: [REDACTED]

Página 2 de 12

Correspondencia #: [REDACTED]



## 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 de su familia y los ingresos y revisamos la información que se proporcionó en la solicitud o la que hemos encontrado disponible por medio de otras fuentes. Como que los ingresos mensuales de la familia están por debajo del límite de ingresos de Medicaid, este individuo califica para la cobertura médica por medio de Medicaid. Si desea saber más acerca de las reglas y límite de ingresos de Medicaid visite [www.coverva.org](http://www.coverva.org). Basamos nuestra determinación a partir de las siguientes reglas: Referencia del Manual de Asistencia Médica de Virginia [M0130.300]. 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."

Puede que Medicaid pague previos gastos médicos, aunque usted ya los haya pagado. Si a usted no se le evaluó para cobertura médica durante los tres meses anteriores a su solicitud y usted tuvo gastos médicos, llámenos al [REDACTED]

## Actualización para [REDACTED]

Número de afiliado: [REDACTED]

Usted calificó para la cobertura de salud con Medicaid de Virginia.

### Información de cobertura de salud para [REDACTED]:

Número de afiliado

Cobertura

Fecha efectiva para el afiliado

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**Tarjeta de Medicaid:** La mayoría de afiliados de Medicaid reciben una tarjeta. Si usted no tiene una tarjeta con el número de afiliado de más arriba, o no recibe una tarjeta en el correo en los próximos 10 días laborables, por favor llame al **1-855-242-8282**. *Algunos afiliados que califican para cobertura limitada no reciben tarjeta.* Usted puede hacer uso de su cobertura de salud inmediatamente proporcionando su número de afiliado listado más arriba.

**La cobertura de salud debe ser renovada cada año.** Usted debe renovar antes del [REDACTED]. Le enviaremos más información cuando tenga que renovar.



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 12

Correspondencia #: [REDACTED]



## Cómo utilizar su cobertura

La cobertura médica de Medicaid puede ser usada inmediatamente. Se pueden utilizar servicios de cualquier doctor, clínica o proveedor de salud que acepte Medicaid. Para encontrar un proveedor llame al **1-855-242-8282** o visite **www.virginiamedicaid.dmas.virginia.gov** y seleccione "Search Providers" (Búsqueda de proveedores) bajo el menú de "Provider Resources" (Recursos de proveedores). La mayoría de inscritos obtiene su cobertura médica por medio de un plan de salud. Si este individuo necesita obtener un plan de salud, se le enviará información acerca de cómo escogerlo. Si usted recibió servicios médicos posteriores a la fecha efectiva de su cobertura, asegúrese de proporcionar a su proveedor su número de afiliado de Medicaid.

## Servicios de salud y costes

Sara Smith califica para cobertura completa de Medicaid. Cubre servicios como visitas al doctor, cuidado hospitalario, recetas mdicas y ms.

La cobertura médica por medio de Medicaid no tiene una prima (pago mensual). **Puede** que existan ciertos copagos para algunos servicios médicos. Si desea más información lea el Manual de Afiliado (Member Handbook) en <https://www.coverva.org/handbooks/>. Para obtener una copia del manual llámenos al **(434) 970-3400**.

## 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 de su familia y los ingresos y revisamos la información que se proporcionó en la solicitud o la que hemos encontrado disponible por medio de otras fuentes. Como que los ingresos mensuales de la familia están por debajo del límite de ingresos de Medicaid, este individuo califica para la cobertura médica por medio de Medicaid. Si desea saber más acerca de las reglas y límite de ingresos de Medicaid visite **www.coverva.org**. Basamos nuestra determinación a partir de las siguientes reglas: Referencia del Manual de Asistencia Médica de Virginia [M0130.300]. 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."

Puede que Medicaid pague previos gastos médicos, aunque usted ya los haya pagado. Si a usted no se le evaluó para cobertura médica durante los tres meses anteriores a su solicitud y usted tuvo gastos médicos, llámenos al [REDACTED]

## Los miembros de su familia deben reportar cambios

Usted debe reportar cambios que puedan afectar a la cobertura médica de cualquier miembro de su familia inscrito en Medicaid de Virginia. Por favor reporte cualquier cambio para usted y para otros miembros de la familia durante los 10 días de ese cambio. Por ejemplo:



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 12

Correspondencia #: [REDACTED]



- » Si alguien se cambia de dirección
- » Si hay un cambio de ingresos para usted o para alguno de sus miembros de la familia
- » Si la composición familiar cambia. Por ejemplo, si alguien en su familia se casa o se divorcia, o si alguien se queda embarazada o da a luz, o si se adapta a un niño.

Para reportar cambios: vaya a **CommonHelp.Virginia.gov** y seleccione "Report My Changes," llame al **1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)** o contáctenos a [REDACTED].

### Su cuenta de CommonHelp

**CommonHelp.Virginia.gov** mantiene toda la información que es importante acerca de la solicitud de su familia y su cobertura de salud. Usted puede escoger si quiere recibir cartas como esta en línea. Su cuenta de CommonHelp es segura.

Para crear una cuenta vaya a **CommonHelp.Virginia.gov** y seleccione "Check My Benefits." Para conectar su caso a su cuenta de CommonHelp, utilizando su información detallada más abajo, ingrese en su cuenta y seleccione "Manage My Account."

Número de caso: [REDACTED]

Número de afiliado: [REDACTED]

### 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** o llamando al **1-855-635-4370 (TTY: 1-800-828-1120)**.

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

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



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 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 [REDACTED].**

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 6 de 12

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 7 de 12

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 12**

Correspondencia#: [REDACTED]



## 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 9 de 12

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 10 de 12

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 مجانًا بلغتك، مطبوعًا 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 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).

Caso #:

Página 11 de 12

Correspondencia #:



**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 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 b̄é dyéé dé wuḍu ṁ poeé mú**  
Cée-dè n̄à ke bédé b̄ǎ kpa d̄e b̄é bó wé b̄é k̄ǎ baḍa ṁ b̄èin gbo-kpá-kpá b̄é dyéé ɔ j̄ú k̄é ṁ d̄yi gbo-kpá-kpá zò bó n̄i kpódó-d̄yùàò d̄yi káná j̄è s̄òin dé n̄yo Kūūn j̄è gbo-kpáin-naín n̄à dé V̄j̄ínìà kee ní. Dè wé kpa d̄e b̄é k̄ǎ mú ṁ b̄èin gbo-kpá-kpá b̄é n̄à ke dyéé kee j̄è dyédé gbo. M̄ k̄ǎ b̄é ṁ k̄é gbo-kpá-kpá n̄à ke zò bó wé j̄éé b̄é baḍa, b̄é ṁ k̄é n̄i gbo-kpá-kpá b̄èò dyé. M̄ b̄èin cée-dè n̄à ke dyéé pídyi dé wuḍu ṁ poeé mú dé cée-dè-d̄yèd̄è boo-boo mú, m̄ɔɔ dé h̄wiè k̄à kò d̄ò k̄ǎ mú ṁ mú b̄é wa k̄é n̄i cée-d̄èò cée kee mú. Dá à n̄iin dé n̄òbà n̄à 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. 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 gadaḡbà 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)**.

