

行動通知 - 批准

郡

通知日期 : _____
 案件姓名 : _____
 號碼 : _____
 工作人員姓名 : _____
 號碼 : _____
 電話 : _____
 地址 : _____

(ADDRESSEE)



有問題嗎？可以問你的工作人員。

州聽證：假如你認為採取的行動是錯誤的話，你可以請求聽證。本頁反面會告訴你怎樣進行。假如你在採取行動以前請求聽證的話，你的福利不會改變。

說明：此表用于審批親屬-監護人補助計劃(Kin-GAP)和加州醫療保險(Medi-Cal)。

縣政府已經批准_____的Kin-GAP和Medi-Cal。您第一個月的Kin-GAP現金補助將是\$_____。

您第一天的Kin-GAP補助金將是_____。Medi-Cal生效期將從您申請補助或符合資格要求之月的第一天開始。

您第一個月的Kin-GAP現金補助可能付不到全月。它將是從您領取Kin-GAP補助的第一天到月底。如果沒有任何變動的話，第二個月的補助將是全月。

您的Kin-GAP現金補助數額將列在下欄。

Medi-Cal卡：每位符合資格的家庭成員將很快收到一個塑料制成的保險證明卡。當您需要醫療服務時，請出示您的Medi-Cal卡。請勿丟失此卡。只要符合Medi-Cal的資格要求，您就可以繼續使用此卡。