Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

-

COVERED CALIFORNIA

Your d *care, including*

{FIRST_NAME} {LAST_NAME}
{ADDRESS_LINE1}
{ADDRESS_LINE2}
{CITY}, {STATE_CD (FK)} {ZIPCODE}

We need more information from you now or you may lose your health insurance and/or financial assistance. Read on for important information.

<Date> Case Number: **{####}**

Dear **{FIRST_NAME} {LAST_NAME}**,

Our records show that we need to verify important documents for you or for member(s) of your household. This is a reminder that documents are needed to show proof that you are eligible to continue your health insurance and/or financial assistance through Covered California.

The documents you provide are confidential and will only be used to determine your eligibility for health insurance programs. They will not be used for immigration enforcement purposes. We could not verify your information using the documents you sent for the following member(s) of your household:

	US Citizen/National or non-citizen with lawful presence status	Income	Social Security Number	Incarceration Status	American Indian/Alaska Native Status
• **{FIRST_NAME} {LAST_NAME}**	☐	☐	☐	☐	☐
• **{FIRST_NAME} {LAST_NAME}**	☐	☐	☐	☐	☐
• **{FIRST_NAME} {LAST_NAME}**	☐	☐	☐	☐	☐

Important: To ensure Covered California can update your account and avoid changes to your health insurance, please send the necessary documents by March 10, 2016.

What To Do Now

1. Check the Covered California website for acceptable documentation: http://www.coveredca.com/PDFs/Accepted-Documentation-for-CC.pdf
2. Upload, fax, or mail us your documents. You may need to send more than one document.
3. Call **1-800-300-1506** or for TTY, call 1-888-889-4500 for help if you need it. See below for more information.

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.

Example of Unverified Information	Examples of Valid Documentation
US Citizen/National or non-citizen with lawful presence status	US Passport, Permanent Resident Card
Income	Paystubs, Federal Income Tax Form 1040
Social Security Number	Social Security Card
Incarceration Status	Inmate Release Papers, Attestation that you are not incarcerated
American Indian/ Alaska Native Status	Tribal Enrollment/Membership Card, I-872 American Indian Card

What Happens If I Do Not Send the Documents?
If we do not get your documents, Covered California may be required to cancel your health insurance or cancel the federal financial assistance (in the form of premium tax credits and cost-sharing reductions) you may be receiving to lower your monthly premiums and out-of-pocket cost**. If you have received premium tax credits and your health insurance or financial assistance is canceled, you may have to repay the Internal Revenue Service (IRS) some or all of the tax credits you received when you file your taxes in 2017.** If your health insurance is canceled, you may also have to pay a tax penalty if you stay uninsured and do not qualify for an exemption.

If You Already Sent Documents
If you already sent documents, you do not need to do anything further at this time. We will contact you if we need additional information.

How To Get Help
Call **1-800-300-1506** or for TTY, call 1-888-889-4500 if you have questions or need help uploading, faxing or mailing your documents.

If you got help from a Covered California Certified Enrollment Counselor or Certified Insurance Agent during enrollment, you can contact them again to get one-on-one help. They can help you figure out the documents you need to send. They can also help you electronically upload the documents to your CoveredCA.com account. To find an enrollment counsellor or agent near you, go to www.CoveredCA.com and click on “Find Local Help.”

How to Send Documents
Option 1 (Fastest): UPLOAD documents to your www. CoveredCA.com account.
You can scan or take a picture of your document to upload.

- Log on to your account.
- Click on the “Manage Verifications” link located on the right, below “Actions.”
- Click “Submit Verifications.”
- Click “Upload Document” link.
- Select the “Document Type” in the dropdown menu.
- Follow the rest of the steps on the screen until you see the confirmation message “File uploaded successfully.”

Option 2: FAX documents to Covered California (Page 5 of this letter says "Here's My Proof" include it as the cover page when faxing documents).
Fax to 1-888-329-3700.

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.

Option 3: MAIL **copies** of documents to Covered California (Page 5 of this letter says "Here's My Proof" include it as the cover page when mailing documents).

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

DO NOT MAIL ORIGINAL DOCUMENTS. Please send legible copies only.

WE NEED TO RECEIVE YOUR DOCUMENTS BY March 10, 2016.

Questions?
If you created a CoveredCA account, log on to your account at www.CoveredCA.com; or call the Covered California Service Center at **1-800-300-1506** or for TTY, call 1-888-889-4500. You can call Monday through Friday 8 a.m. to 6 p.m. and Saturday 8 a.m. to 5 p.m. The call is free. You can also get help from a Certified Enrollment Counselor at "Find Local Help" at www.CoveredCA.com who can speak your language.

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.

HERE'S MY PROOF
(Include this cover page if you are faxing or mailing your documents)

Case Number: _____

Name of Primary Applicant: _____

Primary Contact Person Phone Number: _____

Be sure all three lines above are filled in. IMPORTANT: Include this page on top of the legible copies of the documents you are sending.

FAX: 1-888-329-3700

- OR -

MAIL: Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.

Get Help in a Language Other than English

English: IMPORTANT: Do you need help reading this letter? This letter is about your health insurance application. We need more information from you to see if you qualify for health insurance through Covered California or Medi-Cal. We did not get or could not process documents from you that show you or members of your household are eligible for health insurance and/or financial assistance through Covered California. If you do not send us the information we need by the due date, you may not get the health coverage and/or financial assistance you need. You can call **1-800-300-1506** to speak with someone who speaks your language. You can also ask for this letter to be translated to your language or in another format such as, large print. For TTY call 1-(888)-889-4500.

Español: IMPORTANTE: ¿Necesita ayuda para leer esta carta? Esta carta es acerca de su solicitud de seguro de salud. Necesitamos más información sobre usted para ver si califica para el seguro de salud a través de Covered California o Medi-Cal. Si no nos envía la información que necesitamos para la fecha límite, puede ser que no obtenga la cobertura médica que necesita. Puede llamar al **1-800-300-0213** para hablar con alguien que hable en español. También puede pedir que esta carta sea traducida en su idioma o en otro formato, como por ejemplo, letra grande. Para TTY, llame al: 1- (888) -889-4500 donde también puede pedir esta carta en un formato diferente. (Spanish)

中文/繁體字: 重要事項：您需要我們幫助您閱讀此函嗎？此次致函意在告知您有關您的健康保險申請事宜。我們需要您提供更多資訊，以確認您是否有資格透過 Covered California 或 Medi-Cal 獲得健康保險。 若您未能於截止日期之前向我們發送所需的資訊，則您可能無法獲得所需的健康保險。您可撥打
1-800-300-1533， 向講您的語言的人員諮詢。 您亦可要求將此函翻譯為您的語言版本或索取其他格式 （如大字版）的信函。文字電話號碼用戶請撥打 1-(888)-889-4500，透過撥打此號碼亦可索取不同格式的信函。(Chinese)

Tiếng Việt: QUAN TRỌNG: Quý vị có cần trợ giúp đọc lá thư này? Lá thư này trình bày về đơn đăng ký bảo hiểm y tế của quý vị. Chúng tôi cần thêm thông tin từ quý vị để xem quý vị có đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California hay Medi-Cal không. Nếu quý vị không gửi cho chúng tôi những thông tin chúng tôi cần chậm nhất vào ngày hết hạn, quý vị có thể không nhận được khoản bao trả y tế mà quý vị cần. Quý vị có thể gọi số **1-800-652-9528** để trao đổi với những người nói ngôn ngữ của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu thư này được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hoặc ở định dạng khác như bản in cỡ lớn. Đối với TTY, vui lòng gọi số 1-(888)-889-4500 nơi quý vị cũng có thể yêu cầu thư này ở một định dạng khác nhau. (Vietnamese)

한국어: 주요 사항: 이 편지를 읽는 데 도움이 필요하십니까? 이 편지는 귀하의 의료 보험 신청서에 대한 것입니다. 저희는 귀하가 Covered California나 Medi-Cal을 통한 의료 보험 가입 자격이 있으신지를 알기 위해 추가 정보가 필요합니다. 기한 내에 필요한 정보를 보내주시지 않으시면, 필요하신 보험 혜택을 받지 못하실 수 있습니다. 귀하가 사용하시는 언어로 통화하시려면 **1-800-738-9116** 으로 전화해 주십시오. 이 편지를 귀하가 사용하시는 언어로 번역하도록 요청하시거나 큰 활자 인쇄 등의 다른 유형으로 요청하실 수도 있습니다. TTY의 경우, 1-(888)-889-4500로 전화하셔서 이 편지를 다른 유형으로 요청하실 수 있습니다. (Korean)

Tagalog: MAHALAGA: Kailangan mo ba ng tulong sa pagbasa ng sulat na ito? Ang sulat na ito ay tungkol sa iyong aplikasyon sa health insurance. Kailangan namin ng karagdagang impormasyon upang makita kung ikaw ay karapat-dapat para sa health insurance sa pamamagitan ng Covered California o Medi-Cal. Kung hindi ka magpapadala sa amin ng impormasyong kailangan namin sa petsang taning, maaaring hindi mo matatanggap ang health coverage na kailangan mo. Maaari kang tumawag sa **1-800-983-8816** upang makipag-usap sa isang tao na nagsasalita ng iyong wika. Maaari mo ring hilingin na ang sulat na ito ay isalin sa iyong wika o sa ibang format tulad ng, malalaking letra. Para sa TTY tumawag sa 1-(888)-889-4500 kung saan maaari mo ring hilingin ang sulat na ito sa naiibang format.

Hmoob: TSEEM CEEB: Koj puas xav kom pab nyeem tsab ntawv no rau koj? Tsab ntawv no hais txog koj daim ntawv thov kev pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv. Peb xav tau koj cov ntaub ntawv ntxiv los kuaj xyuas seb koj puas muaj cai tau txais kev pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv los ntawm Covered California lossis Medi-Cal. Yog koj tsis xav cov ntaub ntawv no tuaj rau peb, peb xav tau cov ntaub ntawv no kom tsis pub dhau hnub tag sijhawm, yog tag sijhawm lawm, tej zaum koj yuav tsis tau txais pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv raws li qhov koj xav tau. Koj tuaj yeem hu xovtooj rau tus xovtooj **1-800-771-2156** mus tham nrog ib tug neeg uas paub hais koj hom lus. Thiab yog koj xav tau ib tug neeg pab txhais lus lossis xav tau cov ntaub ntawv ua koj hom lus, xav kom muab luam tawm kom nyeem tau zoo, koj kuj tuaj yeem hu rau tus xovtooj saud tau. Rau cov neeg lag ntseg los yog hais lus tsis tau, hu rau tus xovtooj TTY 1-(888)-889-4500 koj tuaj yeem thov kom lawv muab tsab ntawv no sau ua lwm hom ntawv rau koj tau. (Hmong)

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.

Русский: ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Вам нужна помощь, чтобы прочитать это письмо? Это письмо касается Вашего заявления на медицинское страхование. Нам нужно получить больше информации от Вас, чтобы определить, соответствуете ли Вы требованиям для получения медицинского страхования через Covered California или Medi-Cal. Если Вы не отправите нам необходимую информацию до установленной даты, Вы можете не получить необходимое Вам страховое покрытие медицинского обслуживания. Вы можете позвонить по номеру **1-800-778-7695**, чтобы поговорить с лицом, владеющим Вашим языком. Вы также можете обратиться с запросом на перевод этого письма на Ваш язык или на предоставление этого письма в другом формате, например, крупным шрифтом. Лица с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-(888)-889-4500, по которому Вы также можете обратиться с запросом на предоставление этого письма в другом формате. (Russian)

հայերեն: ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Ձեզ այս նամակի հետ կապված օգնություն անհրաժե՞շտ է: Այս նամակը վերաբերում է Ձեր առողջության ապահովագրություն դիմումին: Մեզ հարկավոր է Ձեզանից լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ՝ պարզելու համար, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք «Covered California»-ի կամ «Medi-Cal»-ի միջոցով ապահովագրություն ստանալու պահանջներին: Եթե Դուք մինչև պահանջված օրը մեզ չուղարկեք այդ տեղեկությունները, հնարավոր է, որ չստանաք առողջության Ձեզ անհրաժեշտ ապահովագրությունը: Դուք կարող եք զանգահարել **1-800-996-1009** և խոսել Ձեր լեզվով խոսող որևէ աշխատակցի հետ: Կարող եք նաև խնդրել, որ այս նամակը թարգմանվի Ձեր լեզվով կամ Ձեզ տրամադրվի որևէ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ խոշորատառ տպագրությամբ: TTY-ի համար զանգահարեք 1-(888)-889-4500, որտեղ կարող եք նաև մեկ այլ ձևաչափով խնդրել այս նամակը: (Armenian)

فارسی

مهم: آیا برای خواندن این نامه نیاز به کمک دارید؟ این نامه در ارتباط با تقاضانامه بیمه بهداشتی شما ارسال می شود. برای دانستن اینکه آیا از طریق Covered California یا Medi-Cal صلاحیت دریافت بیمه بهداشتی دارید، نیاز به اطلاعات بیشتری از سوی شما داریم. اگر اطلاعات مورد نیاز ما را تا تاریخ مقرر به ما ارسال نکنید، ممکن است بیمه بهداشتی مورد نیاز خود را دریافت نکنید. می توانید با شماره تلفن 1-800-921-8879 تماس بگیرید و با شخصی که به زبان شما صحبت می کند گفتگو کنید. همچنین می توانید درخواست کنید تا این نامه به زبان شما ترجمه شود یا به فرمت دیگری مانند چاپ درشت به شما ارسال شود. برای TTY با شماره 1-(888)-889-4500 تماس بگیرید و در آنجا می توانید تقاضا کنید که این نامه به فرمت متفاوتی به شما ارسال شود. (israF)

ภาษาไทย: ข้อมูลสำคัญ: เราต้องการความช่วยเหลือในการอ่านจดหมายนี้ใช่หรือไม่? จดหมายนี้เกี่ยวข้องกับการสมัครขอรับประกันสุขภาพของคุณ เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากคุณเพื่อตรวจสอบว่าคุณมีคุณสมบัติที่จะได้รับประกันสุขภาพผ่าน Covered California หรือ Medi-Cal หรือไม่ หากคุณไม่ส่งข้อมูลที่จำเป็นภายในวันที่กำหนด คุณอาจไม่ได้รับความคุ้มครองประกันสุขภาพที่คุณต้องการ คุณสามารถโทรหมายเลข **1-800-778-7695** เพื่อพูดคุยกับบุคคลที่พูดภาษาของคุณ คุณยังสามารถขอให้แปลจดหมายนี้เป็นภาษาของคุณ หรือขอให้จัดทำในรูปแบบอื่น เช่น ตัวอักษรขนาดใหญ่ ผู้ที่มีปัญหาด้านการได้ยินสามารถโทรหมายเลข 1-(888)-889-4500 ซึ่งคุณยังสามารถขอให้จัดทำจดหมายนี้ในรูปแบบอื่นได้ (Thai)

ภาษาไทย: ข้อมูลสำคัญ: คุณต้องการความช่วยเหลือในการอ่านจดหมายนี้ใช่หรือไม่? จดหมายนี้เกี่ยวข้องกับการสมัครขอรับประกันสุขภาพของคุณ เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากคุณเพื่อตรวจสอบว่าคุณมีคุณสมบัติที่จะได้รับประกันสุขภาพผ่าน Covered California หรือ Medi-Cal หรือไม่ หากคุณไม่ส่งข้อมูลที่จำเป็นภายในวันที่กำหนด คุณอาจไม่ได้รับความคุ้มครองประกันสุขภาพที่คุณต้องการ คุณสามารถโทรหมายเลข **1-800-906-8528** เพื่อพูดคุยกับบุคคลที่พูดภาษาของคุณ คุณยังสามารถขอให้แปลจดหมายนี้เป็นภาษาของคุณ หรือขอให้จัดทำในรูปแบบอื่น เช่น ตัวอักษรขนาดใหญ่ ผู้ที่มีปัญหาด้านการได้ยินสามารถโทรหมายเลข 1-(888)-889-4500 ซึ่งคุณยังสามารถขอให้จัดทำจดหมายนี้ในรูปแบบอื่นได้ (Khmer)

عربی

هام: هل تحتاج إلى مساعدة في قراءة هذا الخطاب؟ يتعلق هذا الخطاب بطلب التأمين الصحي الخاص بك. نحتاج إلى مزيد من المعلومات منك لنرى ما إذا كنت مؤهلاً لتلقي التأمين الصحي من خلال Covered California أو Medi-Cal. إذا لم ترسل إلينا المعلومات التي نحتاج إليها في التاريخ المحدد، فقد لا تحصل على التغطية الصحية التي تحتاج إليها. يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-826-6317 للتحدث مع شخص يتحدث بلغتك. يمكنك أيضًا طلب ترجمة هذا الخطاب إلى لغتك أو الحصول عليه بتنسيق آخر مثل نسخة بحجم كبير. للحصول على خدمة الهاتف النصي، اتصل على الرقم 1-(888)-889-4500 حيث يمكنك أيضًا طلب هذا الخطاب بتنسيق مختلف.(cibarA)

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act:
45 C.F.R. §§155.315, 155.320.
Cal. Code Regs., tit. 10, §§ 6478, 6482, 6484, 6486, 6492, 6494.