



Covered California  
 PO Box 989725  
 West Sacramento, CA 95798-9725



**COVERED  
 CALIFORNIA**

*Your destination for quality  
 healthcare, including Medi-Cal*

{FIRST\_NAME} {LAST\_NAME}  
 {ADDRESS\_LINE1}  
 {ADDRESS\_LINE2}  
 {CITY}, {STATE\_CD} {ZIPCODE}

**Important news about renewing your health insurance for  
 {NEXT\_BENEFIT\_YEAR}**

{CURRENT\_DATE}

**Case Number:** {CASE\_NUMBER}

Dear {FIRST\_NAME} {LAST\_NAME},

Covered California is getting ready for our Annual Renewal Period. During the renewal period, anyone who qualified for health insurance in {CURRENT\_BENEFIT\_YEAR} may be automatically re-enrolled in their same health plan if the plan is still available for {NEXT\_BENEFIT\_YEAR}.

You got this letter because you or a member of your household applied for health insurance with financial help and are **enrolled in** or **qualify for** a Covered California health insurance plan.

**We need your consent**

When you applied for health insurance with financial help, you agreed to allow Covered California to use computer sources such as the Internal Revenue Service to check your income and family size for {CURRENT\_BENEFIT\_YEAR}.

Now we need your permission (consent) to check your income and family size again. We do this to see if you will qualify for financial help, such as premium assistance and cost-sharing reductions, for {NEXT\_BENEFIT\_YEAR}.

**What happens next**

So we can complete your renewal for {NEXT\_BENEFIT\_YEAR}, please update your consent information by **September 30, {CURRENT\_BENEFIT\_YEAR}**.



If you are enrolled in a Covered California plan now and do **not** give us permission to check your income and family size, we will renew your health insurance automatically without any financial help. Your premium assistance and/or silver cost-sharing reduction will **end** on **December 31, {CURRENT\_BENEFIT\_YEAR}**.

To make it easier for you to keep getting help paying for health insurance, you can allow us to check your income automatically for up to 5 years.

### **How to update your consent**

To allow us to check your income and family size, follow these steps:

1. Log in to your [CoveredCA.com](https://CoveredCA.com) account.
2. Go to “More Actions” on the bottom right side of the webpage.
3. Click the “Update Consent for Verification and Tax Filing Attestation” link.
4. Click the dropdown menu to choose the number of years you want to allow Covered California to check your income and family size (up to 5 years).
5. Click the “Update” button on the bottom of the webpage to submit your choice.

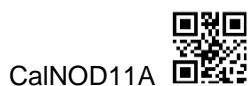
Or you can call Covered California at [{SERVICE\\_CENTER\\_PHONE}](tel:{SERVICE_CENTER_PHONE}) (TTY: 1-888-889-4500). You can update your consent using our new self-service phone system any time. With this system, you do not need to speak to a representative. If you want to speak with a representative, call Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m. During certain times of the year, representatives may be available Saturdays 8 a.m. to 5 p.m. The call is free.

You can also contact your Covered California Certified Enrollment Counselor or Insurance Agent to get help. If you do not have a Covered California Certified Enrollment Counselor or Insurance Agent, you can find one at [www.CoveredCA.com/get-help/local](https://www.CoveredCA.com/get-help/local).

Thank you,

Covered California

This notice is being sent to you in compliance with Cal. Code Regs., tit. 10, § 6498.



## **Section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)**

Covered California complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual orientation. Covered California does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual orientation.

Covered California provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats). Covered California also provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator at 1-916-228-8764 or by email at [CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov).

If you believe that Covered California has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual orientation, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator.

You can file a grievance in the following ways:

**Mail:** Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

**Phone:** 1-916-228-8764

**Fax:** 1-916-228-8909

**Email:** [CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

You can also file a civil rights complaint with the Office for Civil Rights at the U.S. Department of Health and Human Services.

**Mail:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

**Phone:** 1-800-868-1019 or TTY: 1-800-537-7697

**Online:** Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.  
Complaint forms are available on the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights website.

**Thank you,**

**Covered California**



[This page intentionally left blank]

**English: IMPORTANT:** Do you need help reading this letter? This letter is about your health insurance application. Covered California is getting ready for the upcoming Annual Renewal Period. We need you to give us permission to see if you qualify for financial help. 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 where you can also request this letter in a different format.

**Español: IMPORTANTE:** ¿Necesita ayuda para leer esta carta? Esta carta es acerca de su solicitud de seguro de salud. Covered California se está preparando para el próximo período de renovación anual. Necesitamos que nos de permiso para ver si usted califica para recibir ayuda financiera. Usted puede llamar al **1-800-300-0213** para hablar con alguien que hable su idioma. También puede solicitar que esta carta sea traducida a su idioma o en otro formato, como, en letra grande. Para TTY llame al 1-888-889-4500 donde también puede solicitar 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。Covered California 正在準備迎接即將到來的年度續保期。我們需要您授權我們查看您是否有資格獲得經濟補助。您可致電 **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 cần giúp đọc lá thư này? Lá thư này đề cập đến đơn đăng ký bảo hiểm y tế của quý vị. Covered California đang chuẩn bị sẵn sàng cho Giai Đoạn Gia Hạn Thường Niên sắp tới. Chúng tôi cần quý vị cho phép chúng tôi xem xét xem quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính hay không. Quý vị có thể gọi đến **1-800-652-9528** để nói chuyện với nhân viên nói ngôn ngữ của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu dịch lá thư này sang ngôn ngữ của quý vị hoặc dưới định dạng khác chẳng hạn như, bản in cỡ lớn. Đối với TTY hãy gọi đến số 1-888-889-4500 khi quý vị yêu cầu lá thư này dưới định dạng khác. (Vietnamese)

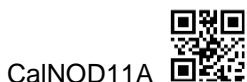
**한국어: 중요사항:** 이 편지를 읽는 데 도움이 필요하십니까? 본 편지는 귀하의 건강 보험 신청서에 관한 내용입니다. Covered California는 다가오는 연간 갱신 기간에 대비해 준비하고 있습니다. 재정적 지원 자격에 귀하가 적합한지 알아볼 수 있도록 저희에게 승인을 해주셔야 합니다. **1-800-738-9116** 에 전화하여 귀하가 사용하는 언어로 통화하실 수 있습니다. 또, 이 편지의 번역이나 확대된 인쇄본 등의 다른 형식을 요청하실 수 있습니다. TTY의 경우, 1-888-889-4500에 전화하여 이 편지의 다른 형식을 요청하시기 바랍니다. (Korean)

**Tagalog: MAHALAGA:** Nangangailangan ka ba ng tulong sa pagbasa ng sulat na ito? Ang sulat na ito ay tungkol sa iyong aplikasyon sa health insurance. Naghahanda ang Covered California sa darating na Yugto ng Taunang Pag-renew (Annual Renewal Period). Kailangan na bigyan mo kami ng pahintulot upang makita kung ikaw ay kwalipikado para sa pinansiyal na tulong. 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 pormat 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 pormat.

**Hmoob: TSEEM CEEB:** Koj puas xav tau kev pab nyeem tsab ntawv no? Nov yog tsab ntawv hais txog koj daim ntawv thov kev pab kas phais pov hwm kev noj qab haus huv. Covered California npaj txhij rau Lub Sijhawm Tshuaj Ntsuam Xyuas Hauv Lub Xyoo yuav los txog no lawm. Peb xav tau kev tso cai ntawm koj los saib xyuas seb koj puas muaj cai tau txais kev pab nyiaj txiag. Koj tuaj yeem hu **1-800-771-2156** mus tham nrog ib tug neeg uas paub hais koj hom lus. Koj kuj tuaj yeem thov kom lawm muab tsab ntawv no txhais ua koj hom lus lossis muab luam tawm kom loj. Rau TTY hu rau 1-888-889-4500 uas yog qhov chaw koj tuaj yeem thov kom muab tsab ntawv no luam tawm ua lwm yam ntawv. (Hmong)

**Русский: ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:** Вам нужна помощь, чтобы прочесть это письмо? Это письмо касается Вашего заявления на медицинское страхование. Covered California готовится к предстоящему Ежегодному периоду возобновления страхования. Нам нужно получить от Вас разрешение, чтобы узнать, соответствуете ли Вы требованиям для получения финансовой помощи. 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 անհրաժեշտ է: Այս նամակը վերաբերում է Ձեր առողջության ապահովագրություն դիմումին: «Covered California»-ն պատրաստվում է մոտեցող «Տարեկան թարմացման ժամանակաշրջանին»: Մեզ անհրաժեշտ է, որ Դուք մեզ թույլ տաք պարզել, թե արդյոք Դուք համապատասխանում եք ֆինանսական օգնություն ստանալու պահանջներին: 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 فرم تقاضای شما برای بیمه بهداشتی ارسال می شود. Covered California برای دوره تجدید سالانه بعدی آماده می شود. از شما درخواست می کنیم تا به ما اجازه دهید که ببینیم آیا برای برخورداری از کمک مالی صلاحیت دارید. برای گفتگو با فردی که به زبان شما صحبت می کند، می توانید به شماره **1-800-300-1506** زنگ بزنید. همچنین می توانید درخواست کنید که این نامه به زبان شما ترجمه شود، یا آنرا به فرمت دیگری مانند چاپ درشت دریافت کنید. برای TTY با شماره **1-888-889-4500** تماس بگیرید، و در آنجا نیز می توانید این نامه را به فرمت دیگری درخواست کنید. (Farsi)

**ភាសាខ្មែរ: ចំណុចសំខាន់៖** ចំណុចសំខាន់៖ តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអានលិខិតនេះដែរឬទេ? លិខិតនេះគឺទាក់ទងនឹងការរដាក់ពាក្យសុំបណ្តុះបណ្តាលរបស់អ្នក។ កម្មវិធី Covered California កំពុងត្រៀមខ្លួនសម្រាប់រយៈពេលបន្តជាថ្មីប្រចាំឆ្នាំ (Annual Renewal Period)។ យើងខ្ញុំត្រូវការពាក្យអនុញ្ញាតពីអ្នក ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុដែរឬទេ។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-906-8528** ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកដែលចេះនិយាយភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យគេបកប្រែលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នក ឬស្នើសុំលិខិតនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាឯកសារបោះពុម្ពជាអក្សរធំជាដើម។ សម្រាប់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-889-4500** ដើម្បីអាចស្នើសុំលិខិតនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀត។ (Khmer)

**عربي:** هام: هل تحتاج إلى مساعدة في قراءة هذا الخطاب؟ هذا الخطاب يتعلق بطلب التقديم الخاص بالتأمين الصحي. تستعد Covered California لفترة التجديد السنوي القادمة. ونود أن تسمح لنا بان نرى ما إذا كنت ممن يتأهلون للحصول على المساعدات المالية. يمكنك الاتصال على الرقم **1-800-300-1506** للتحدث إلى شخص ما يتحدث لغتك. كما يمكنك أيضاً طلب الحصول على نسخة من هذا الخطاب مترجمة إلى لغتك أو بتنسيق آخر، كالحصول عليه بطباعة كبيرة. لضعاف السمع، يمكن الاتصال على **1-888-889-4500** حيث يمكنكم طلب الحصول على هذا الخطاب في صورة اخرى. (Arabic)

**ສຳຄັນ:** ກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອ່ານຈົດໝາຍລະບົບນີ້ຫຼືບໍ່? ຈົດໝາຍລະບົບນີ້ເຄື່ອນຍ້າຍກັບການສະໜັບສະໜູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ທາງ Covered California ກຳລັງຈັດເຕັຣີມຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເພື່ອເຮັດການຕໍ່ອາຍຸປະຈຳປີສຳລັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ເຮົາຕ້ອງການຂໍອະນຸຍາດລິຂິດໃນການດູຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທາງດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານມີຂໍສອບຖາມ ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ທີ່ເບີ **1-800-300-1506** ເພື່ອທຳການພຸດຸຍກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ທີ່ໃຊ້ພາສາຂອງທ່ານ ນອກຈາກນີ້ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍລະບົບນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານຫຼືເປັນຮູບແບບຂອງຕົວອັກສອນໃຫ້ເປັນຮູບແບບອື່ນ ເຊັ່ນ ຕົວອັກສອນພິມໃຫຍ່ ສຳລັບລະບົບ TTY ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ໄດ້ທີ່ເບີ **1-888-889-4500** ທີ່ທ່ານສາມາດຂໍຈົດໝາຍລະບົບນີ້ໃນຮູບແບບອື່ນ ໆ ໄດ້ຕາມທີ່ທ່ານຕ້ອງການ (Thai)

**重要:** この文書を読むためのサポートが必要ですか? この文書は、あなたの健康保険申請に関するものです。Covered Californiaでは、次年度継続の準備期間に入っています。財政給付を受ける資格を確認するには、あなたからの許可が必要となります。 **1-800-300-1506** にお電話いただければ、ご希望の言語で問い合わせることができます。希望の言語に翻訳された文書、または大きな文字など別の形式の文書を請求することもできます。TTY コール **1-888-889-4500** にお電話いただければ、その他の形式の文書をリクエストすることもできます。(Japanese)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜਨ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਇਹ ਪੱਤਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਬੇਨਤੀ ਬਾਰੇ ਹੈ। Covered California ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਸਾਲਾਨਾ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਪੀਰੀਅਡ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਦੇਖਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ **1-800-300-1506** 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਜਾਂ ਦੂਸਰੇ ਸਰੂਪ ਵਿਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਆਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਫਿਰ ਜਿਵੇਂ ਵੱਡੇ ਪਰਿੰਟ ਵਿਚ ਆਦਿ। ਟੀਟੀਵਾਇ ਲਈ **1-888-889-4500** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਿੱਥੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਵੱਖਰੇ ਸਰੂਪ ਵਿਚ ਬਦਲਣ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। (Punjabi)

**महत्वपूर्ण:** क्या आपको यह पत्र पढ़ने में सहायता की आवश्यकता है? यह पत्र आपके स्वास्थ्य बीमा आवेदन के सम्बंध में है। Covered California आने वाली वार्षिक नवीनीकरण अवधि के लिए तैयार हो रही है। हम चाहते हैं कि आप हमें यह अनुमति दें कि हम निर्धारित कर सकें कि, क्या आप वित्तीय सहायता के लिए योग्य हैं। अपनी भाषा जानने वाले किसी व्यक्ति से बात करने के लिए **1-800-300-1506** पर कॉल करें। इस पत्र को अपनी भाषा में अनुवाद करने के लिए या बड़े प्रिंट की तरह किसी अन्य प्रारूप में प्राप्त करने के लिए **1-800-300-1506** पर कॉल करके अनुरोध कर सकते हैं। TTY के लिए **1-888-889-4500** पर कॉल करें जहाँ आप इस पत्र को किसी अन्य प्रारूप में प्राप्त करने का अनुरोध कर सकते हैं। (Hindi)