



**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 benefits for **<next benefit year>**

{CURRENT\_DATE}

Case Number: {CASE\_NUMBER}

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

Covered California is reaching out to you because we are getting ready for the upcoming Annual Renewal Period. During the Annual Renewal Period, anyone who already qualified for health insurance in **<current year>** may be automatically re-enrolled in their same health plan for the **<next benefit year>** benefit year if their plan is still available. You are receiving this letter because you, or a member of your household, applied for health insurance with financial help and are either:

- Currently enrolled in a Covered California health insurance plan; or
- Qualified to enroll in a Covered California health insurance plan.

When you applied for health insurance with financial help, you agreed to allow Covered California to use computer sources, such as the IRS, to check your income and family size. However, you only allowed us to check your income for the **<current year>** benefit year. To find out if you qualify for financial help in **<next benefit year>**, Covered California needs your permission to automatically check your income again. To make it easier to continue to get help paying for health insurance in future years, you can allow us to check your income automatically for up to 5 years.

**To see if you qualify for a Covered California health plan with premium assistance and/or cost-sharing reductions for **<next benefit year>**, we need you to give us permission to use computer sources to check your income and family size.**

**If you are currently enrolled in a Covered California plan, your premium assistance and/or silver cost-sharing reductions will end on the last day of **<current year>** and your health insurance will be automatically renewed without any financial help unless you give us permission to use computer sources to check your income and family size.**

**Important: In order to accurately complete your renewal for the <next benefit year>, benefit year, please update your consent information by September 30, <current year>.**

In order to give us permission to check your income and family size, you can log in to your CoveredCA.com account and follow these steps:

1. After you have logged in to your CoveredCA.com account, look for the “ACTIONS” section of the webpage (located on the right);
2. Click on the “Update Consent for Verification and Tax Filing Attestation” link;
3. Click on the drop down menu to choose the number of years (up to 5 years) you want to allow Covered California to check your income and family size; and
4. Click the “Update” button on the bottom of the webpage to submit your choice.

Or you can call the Covered California Service Center at **1-800-300-1506**, where a representative can assist you. You can call Monday through Friday 8 a.m. to 6 p.m. During certain times of the year, the Service Center 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 renewing your application. You can find a Covered California Certified Enrollment Counselor or Insurance Agent at [www.CoveredCA.com/get-help/local/](http://www.CoveredCA.com/get-help/local/) if you do not have one.

This notice is being sent to you in compliance with the Affordable Care Act: 45 CFR 155 § 410 Initial and annual open enrollment periods.

**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 lawv 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

**Русский:** ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Вам нужна помощь, чтобы прочитать 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)

مهم: آیا برای خواندن این نامه نیاز به کمک دارید؟ این نامه در ارتباط با فرم تقاضای بیمه بهداشتی شما ارسال می شود. Covered California برای دورہ بازبینی سالانه آتی آماده می شود. برای تعیین اینکه آیا برای برخورداری کمک مالی صلاحیت دارید، به اجازه شما نیاز داریم. می توانید برای گفتگو با فردی که به زبان شما صحبت می کند با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید. همچنین می توانید تقاضا کنید که این نامه به زبان شما ترجمه شود یا آنرا به فرمت دیگری مانند چاپ درشت دریافت نمایید. برای TTY با شماره 1-(888)-889-4500 تماس بگیرید، و از آنها درخواست کنید که این نامه به فرمت دیگری به شما ارسال شود.

**ភាសាខ្មែរ: ចំណុចសំខាន់៖** ចំណុចសំខាន់៖ តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការអានលិខិតនេះដែរឬទេ? លិខិតនេះគឺទាក់ទងនឹងការដាក់ពាក្យសុំប្តូរឆ្នាំរបស់អ្នក។ កម្មវិធី Covered California កំពុងប្រព្រឹត្តទុកសម្រាប់រយៈពេលបន្តជាថ្មីប្រចាំឆ្នាំ (Annual Renewal Period)។ យើងខ្ញុំត្រូវការពាក្យអនុញ្ញាតពីអ្នក ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបរិច្ឆាគដែរឬទេ។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-(800)-906-8528 ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកដែលចេះនិយាយភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យគេបកប្រែលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នក ឬស្នើសុំលិខិតនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាឯកសារបោះពុម្ពជាអក្សរធំជាដើម។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-(888)-889-4500 ដើម្បីអាចស្នើសុំលិខិតនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀត។ (Khmer)

العربية:  
هام: هل تحتاج الى مساعدة لقراءة هذه الرسالة؟ تتعلق هذه الرسالة بالطلب المتعلق بالتأمين الصحي الخاص بك. تستعد Covered California لتجديد الترخيص السنوي القادم. نحتاج منك أن تعطينا الإذن لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدات مالية. يمكنك الإتصال على 1-800-826-6317 للتحدث مع شخص يتحدث بلغتك. يمكنك أيضاً أن تطلب ترجمة هذه الرسالة إلى لغتك أو في تنسيق آخر مثل الطباعة الكبيرة. أما بالنسبة للهاتف النصي (للصم) يرجى الإتصال على 1-888-889-4500 حيث يمكنك أيضاً طلب هذه الرسالة بتنسيق مختلف. (Arabic)