

COBERTURA MÉDICA

PARA LAS PERSONAS CON INGRESOS O RECURSOS LIMITADOS

MEDI-CAL

SOLICITUD E INSTRUCCIONES
PARA ENVIAR POR CORREO



Atención
en hogar
de ancianos

Fisioterapia

Servicios de
farmacia



Bebés/
niños



Mujeres
embarazadas

Personas
incapacitadas



Atención
de personas
mayores

Atención
de la vista



Transporte para
emergencias
médicas

Familias



Padres
que trabajan

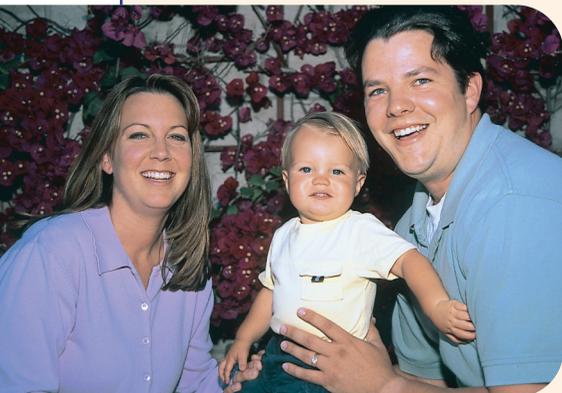
Atención dental



Para obtener ayuda **GRATIS** para hacer la solicitud a Medi-Cal, póngase en contacto con la oficina local de asistencia social.

¿Qué es Medi-Cal?

- Cobertura médica para las personas que califiquen, vivan en California y tengan ingresos y recursos por debajo de los límites establecidos



¿Quién puede recibir Medi-Cal?

- Personas que tengan 65 años de edad o más
- Personas menores de 21 años
- Algunos adultos que tengan entre 21 y 65 años de edad si tienen hijos menores viviendo con ellos
- Personas ciegas o incapacitadas
- Mujeres embarazadas
- Personas que estén recibiendo atención en un hogar de ancianos
- Ciertos refugiados, asilados y algunas personas que vienen de Cuba o Haití

¿Tengo que ser ciudadano de los EE.UU. para conseguir Medi-Cal?

- No, inmigrantes legales o ilegales pueden calificar para Medi-Cal. Algunas personas podrán recibir únicamente servicios relacionados con el embarazo o de emergencia; otras son elegibles para beneficios completos de Medi-Cal, dependiendo de su condición de inmigrante

Cuando Medi-Cal se refiere a “hijos menores”, ¿qué quiere decir?

- Un hijo casado o soltero menor de 21 años de edad que viva en su casa o fuera del hogar a causa de la escuela.

¿Qué debo hacer para conseguir cobertura de Medi-Cal?

- Llene y envíe por correo la solicitud que se adjunta
- Envíe copia de los documentos que se requieren (vea las instrucciones)

¿Cómo podemos mi familia y yo calificar para la cobertura de Medi-Cal?

Si usted pertenece a uno de los grupos que se mencionan arriba, bajo el título “¿Quién puede recibir Medi-Cal?”:

- Nosotros evaluaremos sus ingresos y descontaremos algunos de los gastos que usted paga para decidir cuales son los ingresos de su familia que cuentan para Medi-Cal
- Tomamos en consideración las cosas que usted y su familia poseen (cuentas bancarias, vehículos, etc.) para ver si cumplen con el límite de recursos establecidos. **Por favor, tenga en cuenta** que no todas las cosas que usted o su familia poseen se toman en consideración; la oficina local de asistencia social podrá darle más información

Si yo no pertenezco a ninguno de los grupos cubiertos, ¿cómo puedo obtener cobertura?

- Póngase en contacto con la oficina local de asistencia social para obtener información sobre los servicios médicos de su condado



Cuando solicite cobertura médica a través de Medi-Cal, qué debo hacer si...

Tengo una necesidad inmediata de servicios de atención médica, tal como una enfermedad grave o si estoy embarazada.

- Lleve esta solicitud directamente a la oficina de asistencia social más cercana para comenzar el proceso de solicitud.

Tengo la solicitud, pero necesito ayuda.

- Lea las instrucciones detenidamente.
- Póngase en contacto con su oficina local de asistencia social para solicitar ayuda.
- Pida a un amigo o familiar que lo ayude.



Mi cónyuge o yo vamos a entrar en un hogar de ancianos y solicitamos cobertura de Medi-Cal.

- Póngase en contacto inmediatamente con la oficina local de asistencia social para pedir una copia del formulario de notificación referente a las normas de elegibilidad para Medi-Cal (DHCS 7077). Este formulario le explicará acerca de ciertos recursos exentos, ciertas protecciones contra el empobrecimiento conyugal y ciertas circunstancias bajo las cuales el interés en un hogar puede ser transferido sin afectar la elegibilidad para Medi-Cal.

Ya llené la solicitud y quiero enviarla por correo.

- Envíe la solicitud llenada y documentación a su oficina local de asistencia social.

NOTA: Medi-Cal solamente pagará por los servicios cubiertos que reciba de un proveedor de Medi-Cal después de que envíe su solicitud. Si desea que Medi-Cal pague, asegúrese de que su proveedor está registrado con Medi-Cal.

Yo no tengo hogar o no tengo una dirección postal.

NO ENVÍE ESTA SOLICITUD POR CORREO.

- Vaya a la oficina local de asistencia social más cercana para entregar esta solicitud.

Soy un menor de edad/adolescente y quiero Servicios Confidenciales para Menores para planificación familiar, cuidados relacionados con el embarazo, salud mental, tratamiento/orientación para drogadicción y alcoholismo, enfermedades que se transmiten sexualmente (STD por sus siglas en inglés) o agresión sexual.

- Para mantener la confidencialidad, usted debe llevar esta solicitud a la oficina local de asistencia social o a la oficina del trabajador social de elegibilidad.

NO LA ENVÍE POR CORREO.

Quiero solicitar cobertura de Medi-Cal en persona. No quiero enviar la solicitud por correo.

- Póngase en contacto con la oficina local de asistencia social y pida una entrevista para hacer la solicitud en persona.

Recuerde que ya sea que usted lleve su solicitud a la oficina local de asistencia social o la envíe por correo, no debe pagar a nadie para que le ayude con esta solicitud.
www.dhcs.ca.gov

•••••
Para obtener ayuda GRATIS para hacer la solicitud a Medi-Cal, póngase en contacto con su oficina local de asistencia social.

Cómo llenar la solicitud

- **Separe la solicitud**
- **Lea todas las instrucciones**
- **Llene todo lo que pueda de la solicitud**
- **Incluya la documentación que se requiere (vea las instrucciones)**
- **Si necesita ayuda póngase en contacto con la oficina local de asistencia social**
- **No se demore en enviar su solicitud**

¿Los datos de quién deberá poner en esta solicitud?

- Si usted es un adulto que no vive con un cónyuge y no tiene hijos, ponga sus propios datos.
- Si usted está legalmente casado y vive con su cónyuge, ponga sus datos y los de su cónyuge.
- Si usted está legalmente casado pero uno o ambos viven en un hogar de ancianos o en un establecimiento de hospedaje y cuidado, ponga sus datos y los de su cónyuge.
- Si sus hijos son menores de 21 años de edad y viven con los dos padres, ponga sus datos, los de los hijos y los del otro padre de familia.
- Si usted es menor de 21 años de edad y no vive con sus padres, ponga sus propios datos.
- Si usted es menor de 21 años, soltero y vive con sus padres y está solicitando Servicios Confidenciales para los cuales los menores no requieren consentimiento de sus padres o tutores, ponga sus propios datos.



¿Qué ocurre después que yo envío mi solicitud?

- La oficina local de asistencia social le notificará dentro de los siguientes 10 días hábiles de que recibieron su solicitud. Le indicarán el nombre de una persona con quien podrá comunicarse para obtener más información sobre su solicitud.
- Recibirá un paquete del condado con información adicional sobre el programa.
- Es posible que le pidan más información que el condado necesita para determinar su elegibilidad.
- En la mayoría de los casos, la oficina local de asistencia social determinará su elegibilidad en 45 días y le notificará por escrito de su decisión. Una decisión de elegibilidad basada en la incapacidad del solicitante puede tomar hasta 90 días.
- Si se determina que usted es elegible, y dependiendo en qué condado viva, usted podría elegir un plan de salud. Incluso antes de que sepa si califica para la cobertura con Medi-Cal puede llamar al 1-800-430-4263 (la llamada es gratis), para informarse acerca de los planes de salud disponibles en su área y para pedir un paquete de información con formularios de inscripción.
- Si usted no califica para el programa sin costo de Medi-Cal y desea solicitar servicios a través del programa Healthy Families, la oficina local de asistencia social enviará esta solicitud a dicho programa.

DESPEGUE AQUÍ

SOLICITUD PARA MEDI-CAL

Para llenar este formulario, lea las instrucciones. Escriba claramente en letra de molde. Use solamente tinta negra o azul.

SECCIÓN 1 Datos de la persona que quiere Medi-Cal para sí mismo, para su familia o para los menores que tiene a su cargo.

1 APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
2 DIRECCIÓN DE LA CASA (NÚMERO Y CALLE) NO PONGA UN APARTADO POSTAL A MENOS QUE SEA UNA PERSONA SIN HOGAR		3 NÚMERO DE APARTAMENTO
5 CIUDAD/ESTADO		4 TELÉFONO EN CASA ()
6 CONDADO	7 CÓDIGO POSTAL	8 TELÉFONO EN EL TRABAJO ()
9 DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA) O APARTADO POSTAL		10 NÚMERO DE APARTAMENTO
12 CIUDAD		11 TELÉFONO PARA MENSAJES ()
14A ¿QUÉ IDIOMA O DIALECTO HABLA USTED MEJOR?		13 CÓDIGO POSTAL
14B ¿EN QUÉ IDIOMA LEE MEJOR?		

SECCIÓN 2 Datos de la persona nombrada en la Sección 1, de su familia y de los menores que tiene a su cargo, aunque éstos no quieran cobertura.

	Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
15 Nombre:					
Apellido					
Nombre					
Inicial del Segundo Nombre					
16 Parentesco con la persona de la Sección 1.					
17 Si la dirección no es la misma que la indicada en la Sección 1, ponga la dirección donde está viviendo:					
18 Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
19 Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
20 Nombre de los cónyuges de los menores casados que viven en la casa.					
21 Fecha de nacimiento:	/ / MES DÍA AÑO				
22 Embarazada:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fecha de parto anticipada:	/ / MES DÍA AÑO				
23 ¿Tiene una incapacidad física, mental o emocional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Cuánto se espera que dure la incapacidad?	<input type="checkbox"/> 30 días o más <input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 30 días o más <input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 30 días o más <input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 30 días o más <input type="checkbox"/> 12 meses o más	<input type="checkbox"/> 30 días o más <input type="checkbox"/> 12 meses o más

DESPEGUE AQUÍ

SECCIÓN 2 Continuación

	Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
24 ¿Ha recibido alguien alguna vez asistencia monetaria, seguridad de ingreso suplemental (SSI), estampillas para alimentos o Medi-Cal? Si "Sí," ¿bajo qué nombre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
25 Número de la tarjeta de identificación de Medi-Cal (BIC), si usted tiene uno:					
26 ¿Quiere beneficios médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
27 ¿Tiene usted o está por comprar una casa fuera de California?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

SECCIÓN 3 Conteste para **todos** los menores mencionados en la Sección 2.

Menor 1	Menor 2	Menor 3	Hijo por nacer
28 Nombre de la madre:	Nombre de la madre:	Nombre de la madre:	Nombre de la madre:
Está la madre: <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Incapacitada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Ausente	Está la madre: <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Incapacitada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Ausente	Está la madre: <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Incapacitada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Ausente	Está la madre: <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Incapacitada <input type="checkbox"/> Desempleada
29 Nombre del padre:	Nombre del padre:	Nombre del padre:	Nombre del padre:
Está el padre: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente	Está el padre: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente	Está el padre: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente	Está el padre: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente

SECCIÓN 4 Indique **todos** los ingresos/dineros que reciben las personas mencionadas en la Sección 2.

30 NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS/DINERO	31 FUENTE DE LOS INGRESOS O DINERO RECIBIDO (Empleo, Seguridad Social)	32 CUÁNTO INGRESO/DINERO RECIBE	33 CON CUÁNTA FRECUENCIA RECIBE INGRESOS/DINERO (Mensualmente, bimensualmente, semanalmente, quincenalmente, diariamente)

SECCIÓN 5 Dé información sobre los gastos/costos indicados a continuación pagados por **todas** las personas nombradas en la Sección 2.

TIPO DE PAGO QUE HACE SU FAMILIA	34 NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	35 CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE	36 CUIDADO DE NIÑOS O PERSONAS A SU CARGO (Ponga el nombre del niño o la persona a su cargo)	37 EDAD	38 NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	39 CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE
Mantenimiento de hijos			1.			
Pensión alimenticia			2.			
Prima de otro seguro de salud			3.			
Prima de Medicare			4.			

SECCIÓN 6

No llene esta Sección si su solicitud es *sólo* para menores de 19 años y/o mujeres embarazadas (servicios relacionados con el embarazo solamente).

De lo contrario, conteste por *todas* las personas nombradas en la Sección 2.

- 40 ¿Tiene alguien dinero en efectivo o cheques a cobrar? Sí No
Si "Sí," ponga aquí la cantidad _____ (Vea las instrucciones)
- 41 ¿Tiene alguien una cuenta de cheques, de ahorros o un seguro de vida? (Vea las instrucciones) Sí No
- 42 ¿Tiene la familia un coche o mas de uno? (Vea las instrucciones) Sí No
- 43 ¿Tiene alguien un arreglo o fallo ordenado por el tribunal? (Vea las instrucciones) Sí No
- 44 ¿Tiene alguien seguro de salud de largo plazo? (Vea las instrucciones) Sí No
- 45 ¿Posee alguien alguno de los siguientes artículos: acciones, bonos, fondos de jubilación, fideicomisos, bienes raíces, vehículos motorizados para un negocio, cuentas comerciales, pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomisos, vehículos de recreación, fondos o fideicomisos funerarios, anualidades, joyas (que no sean reliquias de familia o de casamiento), títulos de derechos petrolíferos o minerales? (Vea las instrucciones) Sí No
- 46 ¿Alguien nombrado en este formulario ha transferido, vendido, negociado o regalado recursos tales como los antes mencionados en los últimos 30 meses? (Vea las instrucciones) Sí No
- 47 ¿Se ha gastado o utilizado alguno de los recursos mencionados en esta sección como garantía para costos médicos? (Vea las instrucciones) Sí No

SECCIÓN 7

Conteste *sólo* por las personas que quieren Medi-Cal.

	Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
48 Número de Seguro Social:					
Usted podrá recibir Medi-Cal aun cuando no tenga un número de Seguro Social.					
49 Lugar de nacimiento Estado o país					
50 ¿Ciudadano o nacional de EE UU? Si No, fecha de entrada a EE UU	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / MES DÍA AÑO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / MES DÍA AÑO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / MES DÍA AÑO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / MES DÍA AÑO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / MES DÍA AÑO
51 ¿Esta viviendo en un establecimiento de cuidado a largo plazo o de hospedaje y cuidado? Si "Sí," nombre del establecimiento: ¿Piensa volver a su casa? ¿Piensa volver a su casa dentro de seis meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
52 ¿Tiene cobertura de salud, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
53 ¿Ha tenido gastos médicos dentro de los 3 meses previos al mes en que solicitó Medi-Cal y quiere Medi-Cal para esos gastos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
54 ¿Tiene pendiente algún juicio debido a un accidente o lesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

SECCIÓN 7 Continuación

	Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
55 Para los adultos, cónyuge o padres de los menores, indique si están o estuvieron en el Servicio Militar de EE.UU.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre
56 Origen étnico: (raza) (opcional)					
57 ¿Estudia a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
58 ¿Vive fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

SECCIÓN 8 Divulgación de información (opcional).

59 Marque el casillero si no desea que Medi-Cal comparta la solicitud de su hijo/a con el programa de bajo costo Healthy Families en caso de que su hijo/a no califique para el programa de Medi-Cal sin costo.

60 Recibí ayuda de (ponga el nombre de la persona) _____ para llenar esta solicitud. Estoy de acuerdo en que la oficina local de asistencia social le proporcione a esta persona información sobre la situación de esta solicitud. **El solicitante debe poner sus iniciales** _____

SECCIÓN 9 Firma y certificación.

61 Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que las respuestas que he dado en esta solicitud, y los documentos adjuntos, son correctas y válidas según mi entender y conocimiento.
Declaro que he leído y entendido las instrucciones para llenar la solicitud, las declaraciones y toda la información impresa en esta solicitud.

Firma Fecha

Firma del testigo (si la persona firmó con un signo) Fecha

Firma de la persona que ayudó al solicitante a llenar el formulario Número de teléfono Relación con el solicitante Fecha

Firma de la persona que actúa en representación del solicitante/beneficiario Número de teléfono Relación con el solicitante Fecha

Para obtener información acerca de cualquiera de los siguientes programas marque la(s) casilla(s) siguiente(s) y le enviaremos información. Visite nuestro sitio Web, www.dhcs.ca.gov

- Programa de servicios de atención personalizada (PCSP, por sus siglas en inglés). Un programa para atención en el hogar.
- Acceso para bebés y madres (AIM por sus siglas en inglés). Un programa para ayudar a las mujeres embarazadas de ingresos moderados a obtener atención médica.
- Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC por sus siglas en inglés). Un programa de nutrición para mujeres embarazadas y en posparto y para niños menores de 5 años.
- Planificación familiar.
- Programa de prevención de enfermedades e incapacidades infantiles (CHDP por sus siglas en inglés).
Atención médica preventiva para niños y jóvenes. ¿Quiere que su niño o joven sea referido al programa CHDP para seguimiento? Sí No

INSTRUCCIONES

Por favor, léelas antes de empezar a llenar la solicitud.

SECCIÓN 1

Datos de la persona que quiere Medi-Cal para sí mismo, para su familia o para los menores que tiene a su cargo.

Preguntas 1-8:

Ponga el nombre, dirección y número(s) de teléfono de la persona que quiere Medi-Cal o el nombre del padre/madre o de la persona encargada de los menores.

Preguntas 9-13:

Ponga el número de teléfono y la dirección postal (si es diferente la dirección de la casa indicada en la pregunta 2) de la persona que quiere Medi-Cal. Esta es la dirección a la que se enviará toda la información referente a la solicitud y a los beneficios médicos.



Pregunta 14A-B:

Ponga el idioma que habla y/o lee mejor.

Envíe comprobante de identidad Sólo una persona (uno de los padres o persona encargada) de la familia necesita proporcionar documento de identidad. Envíe una **fotocopia** de uno de los siguientes documentos de identidad:

- Licencia de conductor de California
- Tarjeta de identidad emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV)
- Documentos de ciudadanía estadounidense o condición de inmigrante (pasaporte)
- Tarjeta de identidad escolar
- Certificado de nacimiento
- Registro de matrimonio
- Tarjeta de la Seguro Social o un documento que contenga el número de Seguro Social
- Decreto de divorcio
- Identificación del trabajo, pase del edificio
- Registro de adopción
- Orden del tribunal para el cambio de nombre
- Afiliación a una iglesia o certificado de confirmación de bautismo

No se requiere comprobante de identidad para

- Personas que vivan en una institución
- Menores en la familia, si se ha establecido la identidad de uno de los padres
- Menores que soliciten Medi-Cal para Servicios para los cuales los menores no requieren consentimiento de sus padres o tutores
- El cónyuge de una persona cuya identidad se haya verificado

SECCIÓN 2

Datos de la persona nombrada en la Sección 1, de su familia y de los menores que tienen a su cargo, aunque no quieran cobertura.

Si está llenando la solicitud para más de 5 personas, use una hoja separada o haga una fotocopia de las páginas A1, A2, A3 y A4 de la solicitud, para darnos los datos de las otras personas.



¿A quién se cuenta como un adulto?

- Las personas que tengan 21 años de edad o más
- Las personas menores de 21 años de edad que no están viviendo en el hogar de sus padres o persona encargada y que no se reclaman como dependientes en la declaración de impuestos

¿A quién se cuenta como menor?

- A todos los hijos naturales y adoptivos menores de 21 años que vivan en el hogar
- Las personas menores de 21 años de edad, que no están viviendo en el hogar de sus padres o persona encargada y que no se reclaman como dependientes en la declaración de impuestos
- Todos los hijastros menores de 21 años que vivan en el hogar

Pregunta 15:

Anote el apellido, nombre y inicial del segundo nombre de todas las personas que viven en la casa.

SECCIÓN 2 Continuación

Pregunta 16:

Cuál es la relación de cada una de las personas con la persona nombrada en la Sección 1.

Ejemplo: usted (uno mismo), esposa, esposo, abuelos, amigo/a, hija, hijastro, sobrino, etc.

Pregunta 17:

Escriba la dirección completa, si es diferente a la dirección que se indica en la Sección 1.

Ejemplo: el menor está en la universidad y vive en el centro de estudios.

Pregunta 18:

Indique el género de cada una de las personas.

Pregunta 19:

Indique el estado civil de cada una de las personas mencionadas.

Pregunta 20:

Anote el nombre del cónyuge de los menores que vivan en la casa. Cualquier ingreso del cónyuge debe mencionarse en la Sección 4.

Pregunta 21:

Anote el mes, día y año de nacimiento de cada una de las personas.

Pregunta 22:

Indique si esta persona está embarazada. Si la respuesta es "Sí," anote la fecha en que se espera el parto.

Envíe comprobante de embarazo extendido por la oficina de un médico o una clínica dentro de 60 días de enviar su solicitud para seguir recibiendo beneficios completos de Medi-Cal. No necesita enviar verificación si sólo quiere servicios relacionados con el embarazo.

Pregunta 23:

Marque "Sí" si la persona es ciega o tiene una enfermedad física o mental que se espera que dure por lo menos 30 días. Si la persona no puede trabajar, marque "Sí," y marque el casillero que mejor describe el tiempo que la persona no podrá trabajar si se le declara incapacitado. Esto nos ayudará a decidir si usted es elegible para Medi-Cal basándonos en una situación de incapacidad.

Pregunta 24:

Mencione si alguien ha recibido alguna vez asistencia monetaria, seguridad de ingreso suplemental (SSI), estampillas para alimentos o Medi-Cal. Esto ayudará a la oficina local de asistencia social a verificar la información necesaria antes de pedírsela a usted. Si marcó "Sí," anote el nombre bajo el cual usted recibió los beneficios.

Pregunta 25:

Si alguna vez recibió Medi-Cal, anote el número de su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC por sus siglas en inglés), si lo tiene.

El número de su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) puede encontrarlo aquí. →



Pregunta 26:

Marque "Sí" si usted está solicitando beneficios médicos para esta persona.

Pregunta 27:

Indique si usted tiene o está por comprar una casa fuera de California. Su respuesta nos ayudará a determinar su residencia.

Envíe comprobante de su residencia en California.

Puede utilizar su comprobante de ingresos como prueba de su residencia. Si sus ingresos no son de California, envíe otro comprobante de residencia. Por ejemplo: recibos de alquiler, cuentas de servicios públicos o registros escolares de un menor.

SECCIÓN 3

Conteste para **todos** los menores mencionados en la Sección 2.

Pregunta 28:

Anote el nombre de la madre natural o adoptiva de cada niño. Marque el casillero para indicarnos si la madre está empleada, incapacitada, desempleada, fallecida o ausente del hogar.

Pregunta 29:

Anote el nombre del padre natural o adoptivo de cada niño. Marque el casillero para indicarnos si el padre está empleado, incapacitado, desempleado, fallecido o ausente del hogar.

SECCIÓN 4

Indique **todos** los ingresos/ dineros que reciben las personas mencionadas en la Sección 2.

Preguntas 30 and 31:

Use una línea separada para cada persona que recibe dinero. Si una persona recibe dinero de dos lugares diferentes, use dos líneas.

Ejemplo: si el solicitante tiene dos empleos, use una línea para cada empleo para reportar sus ingresos.

Pregunta 32:

Anote la suma de dinero que recibe cada vez.

Ejemplo: si usted recibe dinero una vez por semana, anote las sumas semanales en el casillero.

Si la suma de dinero cambia de vez en cuando, ponga la suma promedio que usted recibe regularmente.

Nosotros utilizamos los talones de pago u otro documento que usted nos envíe para calcular los ingresos mensuales correctos.



Si usted sabe que sus ingresos familiares aumentarán o se reducirán en los próximos meses debido a horas extras, promoción, aumento de sueldo, aumentos esperados para el mantenimiento de un hijo/a o pensión alimenticia, paros, despidos, licencias, etc., explíquelo en una hoja separada.

Ejemplo: El ingreso mensual bruto de María de su trabajo es de \$1000 en este cheque, pero su pago regular mensual es de sólo \$800. Explique en la hoja aparte que el cheque de María incluía \$200 por horas extras, o bonos en efectivo, y cuánto van a durar las horas extras o con qué frecuencia recibirá bonos.

Pregunta 33:

¿Con qué frecuencia recibe este dinero?

Ejemplo: Mensualmente (una vez por mes), semanalmente (una vez por semana), quincenalmente (cada dos semanas); bimensualmente (dos veces por mes); o diariamente (cada día).



Documentación de los ingresos

- **Envíe comprobante de los ingresos.** Envíe una copia del talón de pago más reciente que tenga. Si no tiene un talón de pago, consiga una declaración firmada de su empleador. En la declaración deben figurar sus ingresos mensuales brutos y las fechas en que los recibió.

○

- **Una copia de su declaración de impuestos federales del año pasado.**

○

Es posible que tenga que enviar otro comprobante de ingresos:

- Si una persona trabaja por cuenta propia, envíe una copia del último año de su declaración de impuestos federales, incluya el Formulario C (Schedule C), Formulario F (Schedule F) o el estado de pérdidas y ganancias de los últimos 3 meses.
- Si una persona tiene ingresos de incapacidad o jubilación, envíe copias de las cartas de notificación de beneficios o estados bancarios indicando los depósitos directos.
- Si alguien recibe mantenimiento por hijos y/o pensión alimenticia o conyugal, envíe copia de los cheques recibidos o declaraciones de la División de Relaciones Familiares del Fiscal del Distrito, del último mes.
- Si alguien recibe préstamos o becas estudiantiles, envíe copia de las cartas de notificación de la beca o los documentos del préstamo.

SECCIÓN 5

Dé información sobre los gastos/ costos enumerados a continuación pagados por **todas** las personas nombradas en la Sección 2.

Indique si paga **mantenimiento de hijos** o **pensión alimenticia** por orden de un tribunal, o si tiene otros costos por primas de **seguro de salud** o **Medicare**.

Medi-Cal pagará sus primas de Medicare y deducirá los costos de la prima de cualquier otro seguro de sus ingresos contables.

Pregunta 34:

Ponga el nombre de la persona que paga los costos.

Pregunta 35:

Ponga la suma total que se paga cada mes.

Pregunta 36:

Ponga los costos que se pagan por el cuidado de niños y/o dependientes incapacitados.

Pregunta 37:

Ponga la edad del niño o del dependiente incapacitado.

Pregunta 38:

Ponga el nombre de la persona que paga los costos.

Pregunta 39:

Ponga el importe total que se paga por mes por cada niño o dependiente incapacitado.



Envíe comprobante de los gastos (costos) mencionados en la Sección 5. Envíe comprobante de costos por mantenimiento de hijos o pensión alimenticia. Por cuidado de niños o dependientes, envíe copia de recibos o cheques cancelados.

SECCIÓN 6

No llene esta sección si su solicitud es sólo para personas menores de 19 años y/o mujeres embarazadas que sólo solicitan servicios relacionados con el embarazo. De lo contrario, conteste para **todas** las personas nombradas en la Sección 2.

Si tiene preguntas o dudas acerca de cómo llenar la Sección 6, déjela en blanco y comuníquese con la oficina local de asistencia social para solicitar ayuda.

El valor de la casa en que está viviendo no se cuenta para Medi-Cal.

Pregunta 40:

Anote la cantidad de todo el dinero en efectivo que tiene a la mano y la cantidad de cualquier cheque que haya recibido pero que no haya cobrado todavía.

Pregunta 41:

Si cualquiera de las personas nombradas tiene una cuenta de cheques y/o de ahorros o una póliza de seguro de vida, por favor, envíe copia de los siguientes documentos:

- Estados de cuenta indicando los saldos actuales en las cuentas.
- Copias de todas las pólizas de seguro de vida.

Pregunta 42:

Si marcó "Sí," envíenos una copia del registro del vehículo o vehículos o la notificación de posesión del mismo o el valor estimado por una fuente acreditada, tal como un concesionario o un mecánico.

Pregunta 43:

Si marca "Sí," envíenos copia de todas las órdenes, documentos y acuerdos del tribunal.

Pregunta 44:

Si marca "Sí," envíenos copia de sus pólizas y contratos de compra. Si su póliza está certificada por la Sociedad de Cuidado a Largo Plazo de California (California Partnership for Long-Term Care), envíenos copia de su certificado de beneficios más reciente.

Preguntas 45-47:

Si marca "Sí," es posible que se le pida que dé información adicional. También es posible que tenga que llenar un formulario de propiedad suplementario.

SECCIÓN 7

Conteste **sólo** para las personas que quieren Medi-Cal.

Pregunta 48:

Se requiere el número de Seguro Social para cada persona que esté solicitando beneficios completos de Medi-Cal. Si usted no tiene un número de Seguro Social, no se demore por eso en enviar esta solicitud. Usted puede hacer la solicitud ahora y darnos el número dentro de los próximos 60 días.

Los servicios de atención por embarazo o de emergencia pueden estar disponibles para las personas que no puedan conseguir un número de Seguro Social.

Para obtener información acerca de cómo solicitar un número de Seguro Social, llame gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Pregunta 49:

Anote el lugar de nacimiento de cada persona. Si la persona nació en los Estados Unidos, ponga el nombre del estado. Si nació fuera de los Estados Unidos, ponga el nombre del país.

Pregunta 50:

Marque "Sí" o "No" indicando si la persona es un ciudadano legal o natural de los Estados Unidos.

Dé información sobre inmigración sólo para las personas que soliciten cobertura de atención médica. No dé información para las personas que no están haciendo la solicitud. El Estado hará uso de esta información sólo para determinar su elegibilidad. La información sobre inmigración es privada y confidencial.

Los inmigrantes que reúnen todos los requisitos de inmigraciones pueden obtener **beneficios completos de Medi-Cal**. Los inmigrantes sin documentación pueden obtener servicios relacionados con el embarazo y servicios de emergencia.



Envíe comprobante de su condición de inmigrante o un recibo del USCIS indicando que usted hizo la solicitud para reemplazar un documento perdido. Muchos inmigrantes pueden obtener servicios completos de Medi-Cal aun cuando no tengan la tarjeta verde o un documento de inmigración. Saque copia de ambos lados del comprobante y envíelo ahora o dentro de los 30 días siguientes a la solicitud. Si no envía este comprobante, es posible que aun así sea elegible para servicios de emergencia o embarazo.

No dé información sobre inmigración acerca de personas que no están solicitando Medi-Cal. La información sobre inmigración es privada y confidencial.

Pregunta 51:

Indíquenos si la persona está en un establecimiento de cuidado médico, en un establecimiento residencial o de hospedaje y cuidado. Si marca "Sí," ponga el nombre del establecimiento.

Pregunta 52:

Marque el casillero que corresponda para indicar si cada persona tiene otra cobertura de seguro de salud.

Usted puede obtener Medi-Cal y aun así tener otra cobertura de atención médica. Es posible que Medi-Cal cubra lo que no cubre su otro seguro de salud.



SECCIÓN 7 Continuación

Pregunta 53:

Si marca “Sí y si es elegible,” Medi-Cal podrá ayudarle a pagar algunos o todos los costos médicos pagados o no pagados que haya tenido en los 3 meses previos a su solicitud.

Pregunta 54:

Marque “Sí,” si alguna persona ha entablado juicio debido a un accidente o una lesión, debido a compensación por lesiones de trabajo o por accidente de coche.



Pregunta 55:

Marque los casilleros para indicar si la persona que está presentando la solicitud, su cónyuge o su padre está prestando o prestó servicios en el Servicio Militar de Estados Unidos. Pedimos esta información para ver si usted puede obtener otros servicios o beneficios.

Pregunta 56 (Opcional):

Usted puede decidir si quiere poner el origen étnico (raza) de cada persona, es opcional. Esta información sólo se emplea para estadísticas y no tiene efecto alguno en cuanto a su elegibilidad para Medi-Cal.



Pregunta 57:

Marque el casillero para indicar si la persona va a la escuela. Los ingresos de una persona menor de 21 años no pueden contarse si dicha persona está yendo a la escuela.

Pregunta 58:

Indique si la persona está viviendo fuera de la casa, si está llendo a la escuela o vive en otra ciudad debido a su trabajo.

SECCIÓN 8

Divulgación de información (Opcional).

Pregunta 59:

Marque “Sí,” y la oficina local de asistencia social enviará esta solicitud al programa Healthy Families si uno o más miembros de la familia solicitando Medi-Cal no califican para el programa.

El programa Healthy Families ofrece cobertura integral de salud, dental y de la vista. Para más información llame al **1-800-880-5305** o visite el sitio Web www.healthyfamilies.ca.gov

Pregunta 60:

Si usted llena esta pregunta, le está indicando a la oficina local de asistencia social que está bien que den información sobre su solicitud a la persona que usted ha nombrado.

SECCIÓN 9

Firma y certificación.

¿Quién puede firmar esta solicitud?

- La persona que quiere Medi-Cal o el cónyuge de la persona que quiere Medi-Cal
- El tutor, ejecutor testamentario o persona encargada del cuidado de un menor que quiere Medi-Cal
- Alguien que actúe en representación de una persona que quiere Medi-Cal cuando esta persona es incompetente, está en estado comatoso o sufriendo de amnesia y no hay cónyuge, tutor o ejecutor testamentario
- Personas que tengan entre 14 y 21 años de edad si no están viviendo con uno de sus padres, con un pariente que los tiene a su cargo o padres de crianza
- Personas que tengan entre 14 y 21 años que soliciten Servicios Confidenciales para Menores

Pregunta 61:

Las leyes estatales y federales requieren su firma en este formulario de solicitud. Su firma en esta sección indica que sus declaraciones y respuestas son verdaderas y que los documentos que usted somete son válidos y correctos.

Derechos, responsabilidades y declaraciones de Medi-Cal

Yo tengo el derecho de:

- Ser tratado con imparcialidad y equidad sin tomar en cuenta mi raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad o identidad política.
- Pedir un intérprete.
- Pedir una audiencia imparcial si creo que una decisión tomada por Medi-Cal en mi caso es injusta y equivocada. Debo pedir una audiencia dentro de los 90 días siguientes de que me hayan enviado la Notificación de Acción por correo postal. Para más información sobre las audiencias imparciales de Medi-Cal, llame gratis al 1-800-952-5253.
- Obtener una entrevista en persona.
- Revisar las reglamentaciones y manuales del programa de Medi-Cal.

Yo tengo la responsabilidad de:

- Informar dentro de los 10 días de cualquier cambio en la información que di en esta solicitud.
- Hacer saber a la oficina local de asistencia social si un miembro de la familia solicita beneficios por incapacidad; está en una institución pública; o recibe atención médica por un accidente o lesión causados por otra persona.
- Cooperar si se revisa mi caso.
- Solicitar ingresos disponibles.
- Cooperar con las gestiones para la determinación de paternidad pertinente y la aplicación de las leyes en cuanto al apoyo médico.
- Asignar los derechos de apoyo médico al Estado de California.
- Asignar derechos de apoyo médico de terceros al Estado de California.

Yo comprendo que:

- Como condición para la elegibilidad de Medi-Cal, todos los derechos de apoyo médico son asignados automáticamente al Estado de California.
- Si intencionalmente no doy los datos necesarios o si doy datos falsos, me pueden negar o dar por terminados los beneficios y me podrán exigir el pago de los mismos. También es posible que me investiguen por fraude.
- Después de mi muerte, el Estado tiene derecho de procurar el pago de todos los beneficios de Medi-Cal que yo haya recibido después de los 55 años de edad, a menos que tenga cónyuge, hijos menores, hijos ciegos o total y permanentemente incapacitados que me sobrevivan.
- Si soy admitido en un establecimiento de atención médica y no tengo intenciones de volver a mi hogar, el Estado puede imponer un embargo preventivo contra mi propiedad.

Declaro que todas las personas para las que solicito cobertura:

- Viven en California.
- No están recibiendo asistencia pública fuera de California.
- No están en la cárcel, prisión ni otra institución correccional.

Aviso de Confidencialidad de Medi-Cal

La información presentada en esta solicitud es privada y confidencial conforme al 14100.2. Código de Bienestar e Instituciones esta información sólo se dará a conocer de conformidad con esas leyes.

Aviso de Privacidad de Medi-Cal

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal de Privacidad requieren que el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud proporcione la siguiente información: el Código de Bienestar e Instituciones sección 14011 y las reglamentaciones bajo el Título 22, CCR, requiere que los solicitantes para el programa de Medi-Cal proporcionen para su elegibilidad la información que se les pide en esta solicitud.

Esta información puede ser compartida con agencias federales, estatales y locales con el fin de verificar la elegibilidad del solicitante, así como para otros fines relacionados con la administración del programa de Medi-Cal, incluyendo la confirmación con Inmigración (USCIS por sus siglas en inglés) sobre la condición de inmigrante de aquellas personas que procuren beneficios completos de Medi-Cal solamente. (La ley federal establece que el USCIS no puede utilizar la información para ninguna otra cosa que no sean casos de fraude.) La información será utilizada para procesar reclamaciones y emitir las Tarjetas de Identificación de Beneficios (BIC). El no proporcionar la información requerida puede resultar en la denegación de la solicitud.

La información requerida en este formulario es obligatoria, con excepción de la información sobre el origen étnico y cualquier otro dato donde se indique que es voluntario u opcional.

Numero de Seguro Social

A menos que este solicitando beneficios de emergencia o vinculados al embarazo, tiene que proporcionar su numero del Seguro Social. (Código de Bienestar e Instituciones, sección 14011.2 y Ley del Seguro Social, sección 1137(a)(1)).

Acceso a sus Datos

Tiene derecho a tener acceso a los datos que tiene el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud con su información personal. Póngase en contacto con la oficina local de asistencia social para solicitar sus datos.

