

ADDITIONAL FAMILY MEMBERS REQUESTING MEDI-CAL (Supplement to the Medi-Cal Mail-In Application)

Adult Family Members				COUNTY USE						
1. Applicant or caretaker's name (first, middle, last)		Applicant/Caretaker relationship to children		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID		
Name on birth certificate	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the person blind or disabled? <input type="checkbox"/> Yes—date disability began: _____ <input type="checkbox"/> No							
Social security number										
Date of birth	Medi-Cal requested? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Marital status (check one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Never married <input type="checkbox"/> Common law <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated—date: _____								
2. Spouse/Other parent name (first, middle, last)		Relationship to applicant		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID		
Name on birth certificate	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the person blind or disabled? <input type="checkbox"/> Yes—date disability began: _____ <input type="checkbox"/> No							
Social security number										
Date of birth	Medi-Cal requested? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Marital status (check one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Never married <input type="checkbox"/> Common law <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated—date: _____								
3. Child's name (first, middle, last) or "Unborn"				Relationship to applicant		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Name on birth certificate	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the person blind or disabled? <input type="checkbox"/> Yes—date disability began: _____ <input type="checkbox"/> No							
Social security number										
Date of birth or date unborn is due	Medi-Cal requested? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	In school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is either parent (): <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed							
Father's name										
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Medical Support <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CA 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home 18-21 and tax dep.?						
4. Child's name (first, middle, last) or "Unborn"				Relationship to applicant		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Name on birth certificate	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is the person blind or disabled? <input type="checkbox"/> Yes—date disability began: _____ <input type="checkbox"/> No							
Social security number										
Date of birth or date unborn is due	Medi-Cal requested? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	In school? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is either parent (): <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed							
Father's name										
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Medical Support <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CA 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home 18-21 and tax dep.?						
5. Is anyone currently covered by health/dental insurance or Medicare? List name(s): _____ Name of insurance: _____						<input type="checkbox"/> DHS 6155 OHC code: _____				
6. Has anyone filed a lawsuit because of an accident or injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If so, who: _____						<input type="checkbox"/> CWC 6041				
7. a. Did you or any family member have medical expenses in the last three months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No b. Does this person wish to apply for Medi-Cal coverage for those three months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No List name(s): _____ Month(s) of coverage: _____						<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage _____ Month Month Month				
8. Have you or any family member ever been in U.S. military service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Name: _____ Relationship: _____ Name: _____ Relationship: _____						<input type="checkbox"/> CA 5				

I certify that I have read and understand the information above. I also certify that the information I have given on this form is true and correct.

Signature	Date
-----------	------

MIEMBROS ADICIONALES DE LA FAMILIA QUE SOLICITAN MEDI-CAL

(Suplemento para la Solicitud por Correo de Medi-Cal)

Miembros Adultos de la Familia				COUNTY USE					
1. Nombre del/de la solicitante o persona a su cargo (primero, segundo, apellido)		Relación del/de la solicitante/persona a su cargo con los niños.		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID	
Nombre que figura en el acta de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí—fecha en que comenzó la incapacidad: _____ <input type="checkbox"/> No						
Número de seguro social	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca estuvo casado(a) <input type="checkbox"/> Vive en unión libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)—fecha: _____						
Fecha de nacimiento									
Nombre de la madre									
2. Nombre del cónyuge/otro(a) padre/madre (primero, segundo, apellido)		Relación con el/la solicitante		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID	
Nombre que figura en el acta de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí—fecha en que comenzó la incapacidad: _____ <input type="checkbox"/> No						
Número de seguro social	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca estuvo casado(a) <input type="checkbox"/> Vive en unión libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)—fecha: _____						
Fecha de nacimiento									
Nombre de la madre									
Incluya Aquí los Nombres de los Niños y de los que Aún no Nacen (Sólo miembros de la familia.)									
3. Nombre del/de la niño(a) (primero, segundo, apellido o "Aún no nace")		Relación con el/la solicitante		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID	
Nombre que figura en el acta de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí—fecha en que comenzó la incapacidad: _____ <input type="checkbox"/> No						
Número de seguro social	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Fecha de nacimiento o fecha en que se calcula que nacerá el/la niño(a)	Cualquiera de los padres (): <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Está incapacitado(a) <input type="checkbox"/> Está ausente <input type="checkbox"/> Está desempleado(a)								
Nombre del padre	¿Vive el/la niño(a) en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Nombre de la madre					Medical Support <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CA 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home 18-21 and tax dep.?				
4. Nombre del/de la niño(a) (primero, segundo, apellido o "Aún no nace")		Relación con el/la solicitante		LINKAGE	CITIZEN IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID	
Nombre que figura en el acta de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí—fecha en que comenzó la incapacidad: _____ <input type="checkbox"/> No						
Número de seguro social	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Fecha de nacimiento o fecha en que se calcula que nacerá el/la niño(a)	Cualquiera de los padres (): <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Está incapacitado(a) <input type="checkbox"/> Está ausente <input type="checkbox"/> Está desempleado(a)								
Nombre del padre	¿Vive el/la niño(a) en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Nombre de la madre					Medical Support <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CA 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home 18-21 and tax dep.?				
5. ¿Está alguna de las personas cubierta actualmente por un seguro médico/dental o por Medicare? Escriba el/los nombre(s): _____ Nombre del seguro: _____				<input type="checkbox"/> DHS 6155 OHC code: _____					
6. ¿Ha entablado alguna de las personas una demanda por un accidente o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, quién: _____				<input type="checkbox"/> CWC 6041					
7. a. ¿Ha tenido usted o algún miembro de su familia gastos médicos en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Desea esta persona solicitar cobertura de Medi-Cal para esos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escriba el/los nombre(s): _____ Mes(es) de cobertura: _____				<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage Month Month Month					
8. ¿Ha estado usted o algún miembro de su familia alguna vez en el servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____				<input type="checkbox"/> CA 5					

Certifico que he leído y comprendo la información anterior. Asimismo, certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma	Fecha
-------	-------