PROVIDER DIRECTIONS FOR PRESUMPTIVE ELIGIBILITY APPLICATION

Please complete patient name and date of birth below **before** separating Presumptive Eligibility Application (PREMED 1). Remember to hold the PREMEDCARD and Application for Medi-Cal Only (PREMED 2) in a secure place until the Presumptive Eligibility (PE) determination is completed.

When issuing the PREMEDCARD to eligible PE patients, please insert the last day of the month following the current month in the date block marked "FIRST GOOD THRU" (located underneath the Medi-Cal ID number in the lower right portion of the card). This date will ensure your patient is eligible for ambulatory prenatal care for up to sixty (60) days while she files her Medi-Cal application.

Remember, after you complete the PE eligibility determination and find the patient eligible, you must realign the PREMEDCARD with the rest of the forms package and press firmly so that the signature transfers to all the forms in the correct location. Only the Qualified Provider or an authorized representative may sign the PREMEDCARD. Signatures on the PREMED package may be carbons or originals, but no stamped or electronically produced.

TOLL FREE NUMBER: 1-800-824-0088

FAX NUMBER: 1-800-409-1498

COMPLETE FORMS IN BLACK INK ONLY

MEDI-CAL IDENTIFICATION CARD
PRESUMPTIVE ELIGIBILITY

DO NOT DESTROY THIS CARD/NO DESTRUYA ESTA TARJETA

SIGNATURE/FIRMA: _____ DATE/FECHA: _____

THE PERSON NAMED ON THIS CARD IS ELIGIBLE TO RECEIVE BENEFITS UNDER PRESUMPTIVE ELIGIBILITY

VALID FOR AMBULATORY PRENATAL CARE AND PHARMACY SERVICES ONLY

PROVIDER USE ONLY

MEDI-CAL APPLICATION FILED:
PE PROVIDER SIGNATURE:
PE PROVIDER TITLE:

SECOND GOOD THRU:

PROVIDER STAMP HERE

MEDI-CAL ID:
FIRST GOOD THRU:
PATIENT NAME:
DOB (MM/DD/YYYY):

PE Provider Signature: _____

PE Provider Title: _____ Date: _____

SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD PRESUNTA SOLAMENTE

Antes de completar esta solicitud, lea las instrucciones. Si necesita ayuda para completar esta forma, por favor pídale asistencia a su proveedor.

SECCION A. INFORMACION ACERCA DEL SOLICITANTE

Por favor anote su número de seguro social si tiene: _____–_____–_____

Dirección del Hogar:	Número	Calle	Ciudad	Zona Postal
Dirección Postal (Si es diferente):	Número	Calle	Ciudad	Zona Postal
Número(s) de Teléfono:	Casa	Trabajo	Recado	

Si no tiene dirección permanente, indíquenos en dónde podemos localizarle:

SECCION B. INFORMACION ACERCA DE LOS INGRESOS/HOGAR

1. Por favor, anote en la COLUMNA I todos los miembros de la familia (esposo, hijos, padres, hermanos) que viven en su hogar, su parentesco con usted, y su fecha de nacimiento.
2. ¿Alguna vez alguien ha pedido u obtenido asistencia de alguna parte? ☐ SI ☐ NO
   Si la respuesta es SI, explique: bajo qué nombre, dónde, cuándo y la(s) clase(s) de asistencia.
3. Si usted o algún miembro de su familia que vive en su hogar recibe ingresos ganados o no ganados, (incluya los ingresos provenientes del empleo, del trabajo por cuenta propia, propinas, comisiones, pensiones, beneficios del Seguro Social, mantenimiento de hijos/esposa(o), regalos, beneficios por incapacidad, para veteranos (VA) o de desempleo, etc), anote la cantidad total en la COLUMNA II bajo Ingresos Mensuales Brutos, y de dónde obtuvo el dinero bajo Fuente.

COLUMNA I			COLUMNA II	
Nombre: Apellido, Primer Nombre, Inicial	**Relación/Parentesco**	**Fecha de Nacim.**	**Ingresos Mensuales Brutos**	**Fuente**
	UD. MISMA			
	NIÑO SIN NACER			

Si necesita más espacio para contestar, por favor escriba en el reverso de esta hoja de papel y marque esta casilla. ☐

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO ESTA FORMA. DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA.

Firma o Marca del Solicitante (o tutor legal)	Fecha
Firma del Testigo de la Marca del Solicitante (o tutor legal)	Fecha

¡¡PARE !! *ESTO COMPLETA SU SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD PRESUNTA* ***¡¡PARE !!***

SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR—FOR PROVIDER USE ONLY

OTHER ID:	*Total Family Income:* _____ *Number in Family:* _____
TYPE:	*Income Eligible:* ☐ Yes ☐ No

NAME:
DOB (MM/DD/YY):
MEDI-CAL ID:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PE Provider Signature: _____ *Pregnancy Test Results?* ☐ Positive ☐ Negative

PE Provider Title: _____ *Date:* _____ *E.D.C.:* _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE MEDI-CAL SOLAMENTE

Si usted solamente está solicitando beneficios del Programa de Medi-Cal, por favor complete esta forma. Si desea solicitar beneficios de otros programas como AFDC, no complete esta forma; llévela al departamento de bienestar del condado y diga a la recepcionista que desea solicitar beneficios para estos programas. NOTA: Usted tiene que devolver esta forma (PREMED 2) a su departamento de bienestar del condado, a más tardar el último día del próximo mes, para que su cobertura de PE continúe. Por favor complete los artículos del 1 al 8 y firme la Certificación y Declaración de Perjurio a continuación.

1. Dirección de su Casa: (Número/Calle/Ciudad/Zona Postal)

Dirección Postal, si es Diferente: (Número/Calle/Ciudad/Zona Postal)

2. Número(s) de Teléfono: (Casa/Trabajo/Mensaje)

3. Si no tiene una dirección permanente, díganos dónde podemos localizarle:

4. Número del Seguro Social:

5. ¿Cuántos recursos en efectivo tienen todos, incluyendo los niños?
   - ☐ Dinero en efectivo, cheques sin cambiar o giros $_____
   - ☐ Cuenta(s) de ahorros/de cheques o de uniones de crédito $_____
   - ☐ Contratos de fideicomiso, pagarés por cobrar, acciones o bonos $_____
   - ☐ Otro $_____

   (explique):

6. ¿Alguna vez alguién ha pedido u obtenido asistencia de algún sitio? ☐ SI ☐ NO
   Si la respuesta es "SI," explique: a qué nombre, dónde, y qué clase(s) de asistencia.

7. ¿Alguién tiene una emergencia personal? ☐ SI ☐ NO
   Si la respuesta es "SI," ¿qué clase?
   ☐ Médica ☐ De embarazo ☐ Abuso Infantil ☐ Abuso de la esposa/esposo ☐ Otro
   ¿Tiene otra clase de emergencia que amenaza su salud o seguridad? ☐ SI ☐ NO
   Si la respuesta es "SI," explique:

8. La ley establece que tenemos que informarnos de su grupo étnico e idioma principal. Si usted no quiere completar estos artículos, el condado lo hará por usted. Esto no afectará su eligibilidad.

a. Grupo Etnico:	☐ Blanco	☐ Chino	☐ Camboyano	☐ Samoano	☐ Otro de las Islas del Pacífico (especifique): _____
	☐ Hispano	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Japonés	☐ Vietnamita	
	☐ Negro		☐ Coreano	☐ Hawaiano	
	☐ Filipino	☐ Laosiano	☐ Guameño	☐ Hindú	
b. Idioma:	☐ Inglés	☐ Cantonés	☐ Laosiano	☐ Tagalog	☐ de Señas
	☐ Español	☐ Camboyano	☐ Vietnamita	☐ Otro (especifique): _____	

SOLO PARA USO DEL CONDADO

COUNTY OF APPLICATION:

Co. of Residence (If Diff):

Date Received:

Case Name:

Case Number:

TYPE OF APPLICATION
- ☐ Full
- ☐ Restricted
- ☐ MEDS CDB cleared
- ☐ IEVS initiated
- ☐ CWD records cleared

Ethnic Group:

Primary Language:

CERTIFICACION Y DECLARACION DE PERJURIO

- Certifico que entiendo y estoy de acuerdo en que tengo que cumplir con las reglas de elegibilidad. Entiendo que las declaraciones que he dado en esta forma se pueden revisar y verificar.
- Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información que he proporcionado en esta forma es verdadera, correcta y completa.

Firma (o Marca) del Solicitante o Representante Autorizado)	Fecha en que se Firmó
Firma del Testigo para la Marca o Intérprete	Fecha en que se Firmó

SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR—PREGNANCY VERIFICATION

NAME:

DOB (MM/DD/YY):

MEDI-CAL ID:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PE Provider Signature: _____ *Pregnancy Test Results?* ☐ Positive ☐ Negative

PE Provider Title: _____ *Date:* _____ *E.D.C.* _____