

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN  
DE MEDI-CAL  
RECHAZO/DESCONTINUACIÓN  
(ENMIENDA *PICKLE* O  
PROGRAMA DE HIJOS ADULTOS INCAPACITADOS [DAC]**

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_  
 Número del caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_  
 Número del trabajador: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del trabajador: \_\_\_\_\_  
 Horario de la oficina: \_\_\_\_\_  
 Notificación para: \_\_\_\_\_

Hemos revisado su caso y la información que nos proporcionó, y determinamos que actualmente NO reúne los requisitos, conforme a la/el  Enmienda *Pickle* /  programa *DAC*, para recibir beneficios de Medi-Cal SIN COSTO puesto que: \_\_\_\_\_

- La Enmienda *Pickle* proporciona beneficios de Medi-Cal, sin costo alguno, a individuos que, en cualquier momento después de abril de 1977, recibieron tanto cheques del seguro social como de *SSI/SSP* durante el mismo mes, **y** que ahora sólo reciben seguro social, **y** que reunirían los requisitos para recibir *SSI/SSP* si no hubieran recibido aumentos del costo de vida en sus beneficios del seguro social.

Esta notificación *Pickle* es el resultado de un fallo del tribunal en el caso de *Lynch vs. Rank*, Número C83-2340 WHO Tribunal del Distrito de los Estados Unidos, Distrito del Norte de California.

- El programa *DAC* proporciona beneficios de Medi-Cal, sin costo alguno, a individuos ciegos o incapacitados de 18 años o mayores que reúnen los requisitos y que perdieron la vista o se incapacitaron antes de o a la edad de 22 años. Los individuos que reúnen los requisitos tienen que recibir actualmente beneficios del seguro social como hijos, basándose en la ceguera o incapacidad, y se les tienen que haber descontinuado sus beneficios del *SSI/SSP* después de julio de 1987, debido a haber recibido o que se les hayan aumentado los beneficios del seguro social como hijos, en conformidad con la sección 1383c(c) del U.S.C. 42.

**NOTA: NINGUNOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL QUE USTED ESTÉ RECIBIENDO ACTUALMENTE O A LOS QUE TENGA DERECHO A RECIBIR CONFORME A CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE MEDI-CAL SE VERÁN AFECTADOS POR ESTE RECHAZO/DESCONTINUACIÓN.**

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO Y QUIERE APELAR ESTA DECISIÓN, USTED PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.**

**NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS (*BIC*). ES POSIBLE QUE PUEDA USARLA DE NUEVO.**

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o si hay datos adicionales que no nos ha reportado, por favor comuníquese con su trabajador(a) de elegibilidad inmediatamente. Contestaremos sus preguntas o concertaremos una cita para atenderle personalmente. Por favor, recuerde que puede volver a solicitar beneficios en cualquier momento.