

## REPORTE PARA MEDI-CAL DE LA SITUACION DE LA FAMILIA

**ATENCIÓN: LA LEY ESTATAL REQUIERE QUE USTED COMPLETE UN INFORME DE SITUACIÓN DE MEDIO AÑO. TIENE QUE REGRESAR ESTA FORMA ANTES DEL \_\_\_\_\_ PARA MANTENER SU MEDI-CAL. POR FAVOR, IMPRÍMALO Y USE TINTA.**

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div>	Fecha de notificación: _____ Numero del caso: _____ Nombre del trabajador: _____ Numero del trabajador: _____ Numero de teléfono del trabajador: _____ Horario de la oficina: _____
---	--

**No llene esta forma, si las únicas personas de su familia que reciben Medi-Cal tienen 65 años o más, son ciegos, hijos menores de 21 años, son beneficiarios de CalWORKs o alguien que ya ha informado su embarazo o su incapacidad al trabajador de Medi-Cal.**

**Para mantener su Medi-Cal, se le solicita que llene esta forma** si es un padre que recibe Medi-Cal. Cuéntenos sobre los cambios que ha tenido en los últimos 6 meses. Si necesita ayuda en el llenado de esta forma, llame a su trabajador. El nombre y número telefónico de su trabajador de Medi-Cal aparecen arriba.

**Sección 1: Si no tiene cambios que reportar en los últimos 6 meses:**

- Revise los puntos enumerados en la Sección 2 (vaya al reverso).
- Si no hay cambios que informar, marque el recuadro.  **NO HAY CAMBIOS**
- No llene la sección 2.
- Vaya a la sección 3 en el reverso. Tiene que firmar y poner la fecha en esta forma.
- Tiene que regresar la forma al condado antes de la fecha que aparece arriba en esta página.
- Use el sobre de proveído con el domicilio. No necesita estampillas.

**Si TIENE cambios que reportar en los últimos 6 meses**

- Vaya al reverso. Llene la sección 2.
- Vaya a la sección 3. Tiene que firmar y poner la fecha en esta forma.
- Tiene que regresar la forma al condado antes de la fecha que aparece arriba en esta página.
- No mande ningún tipo de documentación con esta forma.
- Use el sobre proveído con el domicilio. No necesita estampillas.

**RECUERDE: Tiene que firmar al otro lado de esta forma      VAYA AL REVERSO ►**

**NO MANDE NINGÚN TIPO DE DOCUMENTACIÓN CON ESTA FORMA**

**Sección 2: Marque "Sí" para todos los cambios en los últimos 6 meses y explique**

**Cambios en los ingresos**

¿Usted o un miembro de su familia en su casa recibió más o menos dinero por trabajo, manutención de niños o pensión alimenticia, seguro social, beneficios de veterano, desempleo o beneficio de incapacidad, jubilación, donación o participación o dividendos?

Sí

Por favor, explique:

**Cambios en el pago de los gastos**

¿Usted o algún miembro de su familia en su casa ha cambiado la cantidad que paga por cuidado de niños o adultos, seguro de salud, mantenimiento para hijos ordenado por la corte, pensión alimenticia o gastos escolares? Por favor, explique:

Sí

**Cambios en el Hogar**

¿Se mudó alguien a su hogar o se mudo de su hogar, se fue a vivir con alguien, se casó o tiene un hijo?

Sí

Por favor, explique:

Si la respuesta es sí, ellos desean Medi-Cal? [ ] Sí [ ] No

**Otros cambios**

¿Alguien en su hogar tuvo cambios en la cantidad de su propiedad que tienen (por ejemplo, dinero en el banco, vehículos, propiedades, etc.), su estado migratorio u otros beneficios de seguro de salud?

Sí

Por favor, explique:

**Incapacidad**

¿Se encuentra alguien en su hogar en la condición de incapacitado mental o físico?

Sí

Si la respuesta es sí, diga quién es:

**Embarazo**

¿Alguien en su hogar está embarazada? Si la respuesta es Sí, diga quién es:

Sí

¿Cuál es la fecha estimada de parto?

¿Cuántos niños se esperan?

**Sección 3: Firma y Certificación**

Yo entiendo que tengo que reportar todos los cambios sobre el ingreso, propiedad y/u otros cambios al condado. Yo declaro, bajo pena de perjurio, que toda la información proveída arriba es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_  
(Si la persona firmó con una huella)

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que actúa por el Beneficiario: \_\_\_\_\_

Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_