

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: 40%;"></div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 40%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; width: 40%;"></div> <div style="border-left: 1px solid black; width: 40%;"></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: _____