

## REPORTE TRIMESTRAL SOBRE LA SITUACIÓN MEDI-CAL DE TRANSICIÓN (TMC)

Este reporte es para los meses de			Devuelva este formulario a más tardar el día 21 de
Mes 1	Mes 2	Mes 3	

**IMPORTANTE:** COMPLETE, FIRME Y DEVUELVA ESTE REPORTE AL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL EN EL SOBRE ADJUNTO. Adjunte comprobante de sus ingresos, los gastos reales pagados por el cuidado de niños y el total de horas de empleo de los tres meses indicados anteriormente. Si tiene alguna pregunta referente a este formulario o a los artículos que se deben reportar, comuníquese con su trabajador(a) de elegibilidad.

**1 Para Medi-Cal de Transición (TMC)**—Usted recibirá reportes sobre la situación durante este período. Si no completa y devuelve estos reportes, se discontinuará su elegibilidad para recibir beneficios de TMC.

**PARTE A. PETICIÓN DE DESCONTINUACIÓN**

Pido que mi **Medi-Cal de Transición** pare el último día de \_\_\_\_\_  
Mes/Año

Sé que puedo volver a solicitar **Medi-Cal** en cualquier momento. \_\_\_\_\_  
Firma del/de la solicitante Fecha

**SI DESEA QUE CONTINÚE SU ELEGIBILIDAD DE TMC, POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PARTE B DE ESTE REPORTE.**

**PARTE B. INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

**1.** ¿Recibió alguien algún ingreso, dinero o beneficios durante el período del reporte, como sueldo, salario, propinas, comisiones, bonificaciones, pago por vacaciones? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.** .....  Sí  No

Nombre _____ Empleador/fuente _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 1</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 2</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 3</td> </tr> <tr> <td>¿Ingresos recibidos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Total de horas trabajadas:</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Mes 1	Mes 2	Mes 3	¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
	Mes 1	Mes 2	Mes 3										
¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____										
Nombre _____ Empleador/fuente _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 1</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 2</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 3</td> </tr> <tr> <td>¿Ingresos recibidos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Total de horas trabajadas:</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Mes 1	Mes 2	Mes 3	¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
	Mes 1	Mes 2	Mes 3										
¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____										
Nombre _____ Empleador/fuente _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 1</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 2</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 3</td> </tr> <tr> <td>¿Ingresos recibidos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Total de horas trabajadas:</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Mes 1	Mes 2	Mes 3	¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
	Mes 1	Mes 2	Mes 3										
¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____										
Nombre _____ Empleador/fuente _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 1</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 2</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 3</td> </tr> <tr> <td>¿Ingresos recibidos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Total de horas trabajadas:</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Mes 1	Mes 2	Mes 3	¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
	Mes 1	Mes 2	Mes 3										
¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____										

**2.** ¿Usted o alguien de su familia recibió dinero o beneficios de otras fuentes, como seguro de incapacidad, de desempleo, manutención de niños o del seguro social? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.** .....  Sí  No

Nombre _____ Empleador/fuente _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 1</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 2</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 3</td> </tr> <tr> <td>¿Ingresos recibidos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>		Mes 1	Mes 2	Mes 3	¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Mes 1	Mes 2	Mes 3						
¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre _____ Empleador/fuente _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 1</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 2</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 3</td> </tr> <tr> <td>¿Ingresos recibidos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>		Mes 1	Mes 2	Mes 3	¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Mes 1	Mes 2	Mes 3						
¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre _____ Empleador/fuente _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 1</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 2</td> <td style="width: 16.5%; text-align: center;">Mes 3</td> </tr> <tr> <td>¿Ingresos recibidos?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>		Mes 1	Mes 2	Mes 3	¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Mes 1	Mes 2	Mes 3						
¿Ingresos recibidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

3. a. ¿Recibió usted o algún familiar vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa **gratis** en el mes del reporte?  Sí  
 No
- b. ¿Usted o algún familiar **trabajó por** vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa en el mes del reporte?  Sí  
 No

**Si la respuesta a las preguntas 4a y 4b es sí, usted tiene que contestar las tres preguntas en el siguiente renglón.**

(1) ¿Qué se recibió?	(2) ¿Quién lo recibió?	(3) ¿Quién lo proporcionó?
----------------------	------------------------	----------------------------

4. ¿Usted o alguien pagó gastos por el cuidado de niños que no se han reembolsado o que no se reembolsarán?  Sí  
 No
- Si así fue, complete lo siguiente:

Nombre del/de los niño(s)	Edad	Cantidad pagada por gastos del cuidado de niños			Nombre del proveedor del cuidado de niños
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	

5. ¿Hubo cambios en su familia u hogar durante el período especificado? (Incluya cambio de dirección, cambio de proveedor de cuidado de niños, cambio de empleo, cambio de propiedad, alguien que se mudó a o de su hogar, alguien que esté embarazada o alguien que nació o murió.) Si así fue, complete lo siguiente:  Sí  No

Nombre	Parentesco	¿Qué ocurrió?	Fecha

6. a. ¿Usted o alguien tiene o espera recibir seguro médico, de la vista o dental privado? (Esto incluye seguro pagado por un padre ausente.)  Sí  No
- b. ¿Usted tiene o espera recibir seguro médico por medio de su empleador?  Sí  No
- c. ¿Ofrece su empleador seguro médico a cambio de una cuota mínima?  Sí  No
- Si así es, complete lo siguiente:

Nombre del Seguro	Persona(s) Asegurada(s)

**CERTIFICACIÓN**

Entiendo que los datos reportados podrían ocasionar que los beneficios se cambien o se suspendan.  
 Entiendo que las declaraciones que he hecho en este formulario están sujetas a investigación y verificación.  
 Entiendo que tengo que notificar a mi trabajador(a) cualquier cambio en un plazo de diez días.  
 Entiendo que el no reportar los datos o darlos erróneos o incompletos puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.  
 DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO CONFORME A LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS Y DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE REPORTE ES VERDADERA Y CORRECTA Y ES COMPLETA PARA EL PERÍODO TOTAL DEL REPORTE.

Firma o marca del/de la solicitante	Fecha	Número de teléfono (      )
Firma del/de la testigo para la marca, intérprete u otra persona	Fecha	Número de teléfono (      )