

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

Negación o Descontinuación de Beneficios como Beneficiario Declarado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB) o como Individuo Elegible (QI)

(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: _____

SI USTED YA ESTÁ RECIBIENDO BENEFICIOS DE MEDI-CAL, ESTO NO AFECTA ESOS BENEFICIOS.

Revisamos su solicitud para ver si usted reúne los requisitos para recibir beneficios del Programa de Beneficiarios Declarados de Bajos Ingresos (SLMB), de Individuos Elegibles-1 (QI-1) ó de Individuos Elegibles-2 (QI-2).

Determinamos que:

- Usted no reúne los requisitos para el programa de SLMB, QI-1, ó QI-2.
- Su elegibilidad para el programa de SLMB, QI-1, ó QI-2 termina el ____/____/____.

Esta es la razón:

- Usted no reúne los requisitos para el programa de QI-1 ó QI-2 porque actualmente no reúne los requisitos para recibir Medi-Cal sin parte del costo. Sus primas de la Parte B de Medicare ya se están pagando mensualmente bajo ese programa.
- Sus **INGRESOS** están por encima del límite. El límite de ingresos es de _____ dólares. Si sus ingresos disminuyen, usted puede volver a solicitar beneficios.
- Sus **BIENES** están por encima del límite. Si sus bienes disminuyen, usted puede volver a solicitar beneficios. El límite de bienes es de _____ dólares. Su trabajador(a) del condado puede decirle cómo reducir sus bienes legalmente.
- La Administración del Seguro Social (SSA) indica que usted no reúne los requisitos para recibir beneficios de la Parte B de Medicare. Comuníquese con su oficina local de la SSA para obtener más información.
- La SSA indica que usted no ha pagado todas o parte de sus primas de la Parte B de Medicare, así que ya no reúne los requisitos para recibir beneficios adicionales del programa de QI-2. Esto reducirá la cantidad, si hubiera alguna, de su reembolso de beneficios retroactivos del programa de QI-2 el próximo año.
- Otras razones: _____

Si usted también solicitó beneficios regulares de Medi-Cal, usted recibirá una notificación por separado sobre ese programa.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50258.1, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.