

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DE MEDI-CAL
APROBACIÓN PARA EL PROGRAMA DEL NIVEL
FEDERAL DE POBREZA PARA LAS PERSONAS
ANCIANAS Y LAS INCAPACITADAS**



(COUNTY STAMP)



Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal sin una parte del costo, bajo el Programa del Nivel Federal de Pobreza para las Personas Ancianas y las Incapacitadas.

Bajo este programa, la tarjeta de Medi-Cal proporcionará:

- Beneficios completos de Medi-Cal.
- Beneficios limitados de Medi-Cal (solamente servicios de emergencia y los relacionados con el embarazo).

La regulación que exige esta acción es la Sección 50262, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

Usted recibirá una Tarjeta de Identificación de Beneficios (*BIC*), si usted todavía no tiene una. **NO TIRE SU *BIC* DE PLÁSTICO.**

POR FAVOR, LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.