

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DE MEDI-CAL
NEGACIÓN O SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS
BAJO EL PROGRAMA DEL 133%**

(COUNTY STAMP)

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

El Programa del 133% proporciona beneficios de Medi-Cal, sin pago de una parte del costo, para niños de por lo menos un año de edad, hasta un máximo de seis años de edad, cuyos ingresos familiares sean o estén por debajo del 133 por ciento del nivel federal de pobreza. Una evaluación de su caso muestra que:

- Su hijo(a) no tiene derecho a recibir beneficios de este programa porque los ingresos de su familia sobrepasan el límite permitido. Usted recibirá una notificación, por separado, sobre Medi-Cal regular.
- Su hijo(a) no tiene derecho a recibir beneficios de este programa porque los ingresos de su familia sobrepasan el límite permitido. Le adjuntamos los formularios que necesita completar y devolvernos, para determinar si él/ella reúne los requisitos para Medi-Cal regular, con pago de una parte del costo. Por favor, envíe esta información, en un plazo de _____ días.
- La elegibilidad para recibir beneficios bajo el Programa del 133% termina porque su hijo(a) ha cumplido los seis años de edad. Si a su hijo(a) se le hospitaliza, infórmeselo de inmediato a su trabajador(a).
- Usted recibirá otra notificación, si su hijo(a) reúne los requisitos para otro programa.
- La elegibilidad para recibir beneficios bajo el Programa del 133% termina el _____ porque:

Las regulaciones que requieren esta acción se establecen en la Sección 50262.5, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta acción, por favor escríbanos o llámenos por teléfono. Responderemos a sus preguntas, o concertaremos una cita para entrevistarnos con usted. Usted puede volver a solicitar beneficios de Medi-Cal en cualquier momento. **NO DESECHE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS (BENEFITS IDENTIFICATION CARD—BIC) DE SU HIJO(A).** Su hijo(a) puede volver a usarla, bajo otro programa regular de Medi-Cal, aún si su hijo(a) tiene que pagar una parte del costo.

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN, PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE APELACIONES.