

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL UTILIZACIÓN DE OTROS BIENES RAÍCES

(COUNTY STAMP)

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

Hemos revisado toda la información que tenemos a nuestra disposición sobre sus circunstancias, y hemos averiguado que usted es propietario(a) de bienes raíces aparte de su casa (residencia principal). La dirección o descripción de la propiedad es:

A fin de que siga reuniendo los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, usted tiene que recibir ingresos netos de esta propiedad cada año equivalentes al seis por ciento del valor en el mercado de la propiedad. Los ingresos netos mensuales (ingresos en bruto menos gastos) que usted tiene que recibir de esta propiedad son:

Valor neto en el mercado de la propiedad \$ _____
1/2 del seis por ciento x _____ .005
Ingresos netos que tiene que recibir cada mes de la propiedad \$ _____

Su propiedad está ganando ingresos netos por lo menos equivalentes a esta cantidad. Tiene que continuar así para que siga reuniendo los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

Su propiedad no está ganando ingresos equivalentes a esta cantidad. A fin de seguir reuniendo los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, su propiedad tiene que ganar ingresos netos por lo menos equivalentes a la cantidad anterior para el _____, o su elegibilidad se suspenderá a partir del último día de _____
(mes/día/año)
(mes/día/año)

Reporte inmediatamente cualquier aumento de ingresos de su propiedad.

Si usted decide vender su propiedad, a fin de utilizarla, la propiedad se tiene que vender a un precio que sea equivalente al valor en el mercado de la propiedad o comparable al precio en que se esté vendiendo una propiedad de valor semejante en su área.

Las ordenanzas que exigen esta acción son las secciones 50416, 50420 y 50427, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

Si usted tiene preguntas sobre esta acción, por favor escriba o telefonee. Le contestaremos sus preguntas o concertaremos una cita para atenderle. Usted puede volver a solicitar beneficios de Medi-Cal en cualquier momento.

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