

Nombre del Caso _____

Número del Caso _____

SUPLEMENTO DE LA DECLARACIÓN DE HECHOS PARA CUBRIMIENTO RETROACTIVO/REINTEGRACIÓN

Mi situación actual, tal como la indiqué en mi Declaración de Hechos que firmé el _____, es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender, por el/los mes(es) de _____ (Fecha)
 con excepción de lo que específico más abajo. (Por reintegraciones, debe ser el mes en el cual se hace la solicitud.)

Circunstancias que son/fueron diferentes: (Si no hubo ningún cambio, escriba: "Ningún cambio.") Se necesita documentación para verificar todas las fuentes de ingreso y respaldar cualquier diferencia en la propiedad, domicilio, etc.

Circunstancias	Mes:	Mes:	Mes:
Número de personas que viven en su casa			
Ingreso— Especifique cualquier diferencia en: Cantidad de ingreso Clase de ingreso Gastos de empleo Gastos de educación Cuidado del niño			
Toda Propiedad Personal incluyendo vehículos de motor, botes, cuentas bancarias, etc. (Los saldos menores de la cuenta bancaria deben ser indicados por cada mes a menos que ellos fueran exactamente lo mismo que el saldo anotado en la Declaración de Hechos. Indique las diferencias o declare "Ningún cambio.")	Cheques: Ahorros:	Cheques: Ahorros:	Cheques: Ahorros:
Inmuebles (Indique sólo las diferencias o declare "Ningún cambio.")			
Residentes de California	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra Cobertura de Seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro (Indique sólo las diferencias o declare "Ningún cambio.")			

Entiendo que no puedo reducir el valor de mi propiedad en forma retroactiva a fin de disminuirla y así estar calificado para recibir Medi-Cal.

Entiendo que se me puede pedir que compruebe mis declaraciones las cuales el condado tiene la obligación por ley de mantenerlas en forma confidencial, y que sino estoy de acuerdo con sus decisiones tengo el derecho a solicitar una audiencia imparcial. Entiendo que si deliberadamente haga declaraciones falsas o retengo información, se me puede enjuiciar por fraude.

Firma	Fecha
Firma de la Persona que Actúa por el solicitante y Parentesco (guardián, defensor, etc.)	Fecha
Firma del Testigo (requerida si el solicitante firmó con una marca)	Fecha

La siguiente persona me ayudó a llenar este documento:

Nombre	Parentesco con el Solicitante	Fecha
Dirección		