

SUPLEMENTO DEL FORMULARIO PARA SOLICITANTES DE INSCRIPCIÓN RÁPIDA

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Trabajador de elegibilidad: _____

Teléfono del trabajador: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas para cada niño solicitando Medi-Cal. Regrese esta información con los documentos necesario en el sobre postal prepagado adjunto antes del _____ o la elegibilidad de su niño(s) para beneficios de Medi-Cal podría ser discontinuada o negada.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Niño 5
1. Nombre del niño Primer nombre, segundo nombre, apellido					
2. Número de Seguro Social					

Importante: Si su niño no tiene un número de seguro social (SSN), Ud. puede solicitar un SSN ahora y proveerlo dentro de 60 días. Su niño podría ser elegible para recibir Medi-Cal de emergencias si no puede obtener un SSN.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Niño 5
3. ¿Ciudadano o Nacional de Los Estados Unidos? Si la respuesta es no, por favor marque si su niño tiene estado migratorio satisfactorio y escriba la fecha de entrada a los Estados Unidos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado migratorio satisfactorio ____/____/____ Fecha de entrada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado migratorio satisfactorio ____/____/____ Fecha de entrada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado migratorio satisfactorio ____/____/____ Fecha de entrada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado migratorio satisfactorio ____/____/____ Fecha de entrada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado migratorio satisfactorio ____/____/____ Fecha de entrada

Si su niño no es Ciudadano o Nacional de los EEUU, envíenos prueba (copias) de su estado migratorio o un recibo de INS mostrando que Ud. ha solicitado reemplazar un documento extraviado. Ud. puede enviar la documentación ahora o dentro de 30 días.

4. ¿Tiene este niño otro seguro de salud, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---	---	---	---

Si la respuesta es Sí, favor de completar el formulario "Cuestionario de Seguro de Salud" (DHS 6155). Si todos los niños están cubiertos por el mismo plan de seguro, sólo un formulario es requerido por familia. Si los niños tienen planes de seguro separados, se requieren formularios por separado. **IMPORTANTE:** Su niño puede ser elegible para Medi-Cal aún si tiene otro plan de seguro de salud.

5. ¿Alguno de los niños ha tenido cobertura de salud a través de un empleador durante los últimos 3 meses? Si la respuesta es Sí, marque la razón principal por qué la cobertura de salud terminó y la fecha.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona si cobartura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona si cobartura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona si cobartura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona si cobartura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona si cobartura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra ____/____/____ mes día año
---	---	---	---	---	---

6. ¿Ud quiere que Medi-Cal cubra cualquier gasto médico que este niño haya tenido en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---	---	---	---

7. ¿Alguien más en la familia está interesado en solicitar para Medi-Cal? Sí No

Responda si la casilla está marcada.

Si Ud. paga por servicio de cuidado de niños, mantenimiento de hijos, prima de seguro de salud, o tiene gastos por tener empleo propio, **envíe una copia** de sus más recientes pagos/gastos. Prueba de estos gastos pueden ser utilizados para rebajar los ingresos que tomamos en cuenta en su determinación de Medi-Cal. Una copia de sus ingresos por trabajo en la casa, Compensación Laboral, o Beneficios Estatales por Incapacidad podrían permitirle una deducción adicional.

Otro: _____

Si Ud. tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, favor de ponerse en contacto con la oficina de Medi-Cal mencionada en la esquina superior derecha de este formulario.

Yo entiendo y convengo a lo siguiente:

Si mi niño(s) no es elegible para beneficios completos, sin costo de Medi-Cal, esta solicitud puede ser compartida con los programas de Healthy Families o Healthy Kids para el propósito de solicitar a esos programas. El condado me mandara notificación para mas información si la aplicación de mi niño(s) es compartida.
 (Marque la casilla) No enviar esta solicitud a los programas de Healthy Families o Healthy Kids.

Declaración y Firma

Yo declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del Estado de California que las respuestas que yo he proporcionado en esta solicitud, las declaraciones hechas, y los documentos presentados son verdaderos y correctos en mi mejor conocimiento y opinión. Yo declaro que he recibido, leído y comprendido el suplemento titulado "Información Importante para Solicitantes de Medi-Cal."

Firma del padre/guardián X	Fecha
--------------------------------------	--------------

De acuerdo al Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección 50175, si Ud. no devuelve la información y/o documentos requeridos, o si éstos no verifican su elegibilidad, su solicitud para Medi-Cal será negada, o su elegibilidad será terminada.

NOTIFICACIÓN Y SUPLEMENTO DEL FORMULARIO PARA SOLICITANTES DE INSCRIPCIÓN RÁPIDA



Fecha de la notificación: _____
 Número del caso: _____
 Nombre del trabajador de elegibilidad: _____
 Número de trabajador: _____
 Teléfono: _____
 Horas de trabajo: _____
 Notificación para: _____

Su oficina local de Medi-Cal ha recibido una copia de la solicitud para el Programa de Almuerzos Escolares para los niños mencionados abajo. En la solicitud, Ud. nos pide que determinemos si su(s) niño(s) es(son) elegible para beneficios de Medi-Cal. Basado en la información que usted nos dio:

(Niños)

Estos niños son temporalmente elegibles para Medi-Cal. Si sus niños aún no tienen la Tarjeta de Identificación para Beneficios del Estado de California (*BIC*) usted la recibirá muy pronto en el correo. Sus niños pueden utilizar la tarjeta inmediatamente para obtener servicios médicos. Esta elegibilidad temporaria durará hasta que una determinación para Medi-Cal sea completada. **Para poder determinar si sus niños continúan siendo elegibles para recibir Medi-Cal, favor de completar y firmar la forma adjunta.**

(Niños)

Estos niños NO son temporalmente elegibles para Medi-Cal, pero podrían ser elegibles una vez que toda la información sea revisada. **Para poder determinar si estos niños son elegibles, favor de completar y firmar la forma adjunta.**

Regrese el “Suplemento del Formulario para Solicitantes de Inscripción Rápida” en el sobre prepagado adjunto antes del _____ . Asegúrese de incluir los documentos requeridos.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, favor de llamar a su trabajador mencionado arriba.

De acuerdo al Código de Regulaciones de California, Título 22, Sección 50175, si Ud. no regresa la información y/o documentos requeridos, o si éstos no verifican su elegibilidad, su solicitud para Medi-Cal será negada, o su elegibilidad será terminada.