Client HAP number

PROGRAMAS DE ACCESO A LA SALUD PARA EL PROGRAMA FAMILY PACT
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE (CEC)

Este formulario es propiedad de la Oficina de Planificación Familiar del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Estado de California y no puede ser modificado o alterado.

Escriba todas sus respuestas en letras de molde. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, sus ingresos y su seguro de atención de la salud son para determinar si es elegible para los servicios del programa Family PACT.

- Los proveedores tienen que guardar este formulario original en su registro médico.
- ***Los espacios para el código son solo para el uso del Proveedor***.
  (See PPBI, Client Eligibility Certification Form Completion Section for code determinations.)

¿Actualmente está recibiendo beneficios o servicios de Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC)? ☐ Sí ☐ No

Número de BIC	Fecha de emisión

¿Tiene un seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar? (Seguro privado, organización de mantenimiento de la salud (HMO), plan de atención administrada, seguro de salud para estudiantes, etc.) ☐ Sí ☐ No

¿Tuvo gastos de su propio bolsillo por servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos por el programa Family PACT en los 3 meses inmediatamente anteriores a su inscripción en el programa Family PACT? ☐ Sí ☐ No

¿No usa su seguro médico porque no quiere que su pareja, cónyuge o padre se entere de su cita de planificación familiar? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted si necesitamos comunicarle algo?

Provider Use Only CODE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr. o Sr.)

¿El nombre que está usando actualmente es el mismo nombre que le dieron cuando nació? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es no, escriba el nombre que le dieron cuando nació.

Nombre al nacer	Segundo nombre al nacer	Apellido al nace	Sufijo (Jr. o Sr.)
Número de nacimientos vivos	Condado en que reside Provider Use Only CODE		Código postal de 9 dígitos
Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Provider Use Only CODE	Nombre de su madre (optativo)	Número del seguro social	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Lugar de nacimiento (condado, si es California) Provider Use Only CODE	Estado (si no es California) Provider Use Only CODE	País (si no es EE.UU.) Provider Use Only CODE

Raza/étnicidad

1 ☐ Asiático 2 ☐ Negro 3 ☐ Filipino 4 ☐ Hispano
5 ☐ Indígena norteamericano 6 ☐ Isleña del Pacífico 7 ☐ Blanco 0 ☐ Otro

Idioma Primario

3 ☐ Inglés 1 ☐ Armenio 2 ☐ Cantonés 4 ☐ Hmong 5 ☐ Khmer/Camboyano
8 ☐ Español 6 ☐ Coreano 7 ☐ Tagalog 9 ☐ Vietnam 0 ☐ Otro

Determinación de elegibilidad: Indique todos los miembros de la familia (usted, su cónyuge y sus hijos) y todas las fuentes de ingresos sujetos a impuestos. Si otra persona lo declara como dependiente en su declaración de impuestos, ponga todas las personas declaradas y las fuentes de ingresos sujetos a impuestos correspondientes. Los ingresos que se deben informar incluyen, entre otros: ingresos del trabajo como empleado o por cuenta propia, seguro social (aunque no esté sujeto a impuestos), ingresos pasivos (dividendos, intereses, etc.), pensiones y anualidades, propinas, comisiones, manutención del cónyuge recibidos y beneficios por desempleo.

Nombre	Parentesco	Edad	Fuente del ingreso	Ingresos mensuales sujetos a impuestos
	(Self)			
Tamaño de la familia:			Ingresos familiares totales sujetos a impuestos	$

He recibido información sobre cómo solicitar los programas de seguro accesible. Entiendo que puedo visitar CoveredCA.com o llamar al 1-800-300-1506 para obtener ayuda al llenar la solicitud para estos programas. ☐ Sí ☐ No

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que la información que he dado en este formulario es verdadero y correcto. Entiendo que si doy información falsa, es posible que no sea elegible para este programa.

Firma (o marca) del solicitante	Firma del testigo
Fecha	Fecha

Declaración de privacidad (Código Civil § 1798 et seq.)

Esta información se utilizará para ver si está inscrito (registrado) en algún programa de salud del estado. La información también se utilizará para verificar los resultados de salud y para evaluar el programa. No se divulgará su nombre. Todas las personas tienen derecho a examinar la información personal mantenida por el proveedor, a menos que esté exento por el artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR (FOR PROVIDER USE ONLY)

Provider certification: ☐ Eligible for Family PACT Program
☐ Ineligible for Family PACT Program (Give Fair Hearing Rights)

Why: _____

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified: ☐ Limited scope ☐ Unmet share-of-cost

Based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this Client Eligibility Certification is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of this form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client has received the Notice of Privacy Practices.

Print name	Signature	Date
Deactivation: If client is deactivated (no longer eligible)	Date	Reason code (see Provider Manual)

Derecho de audiencia equitativa

Todos los que soliciten o reciban servicios del programa Family PACT tienen derecho a una audiencia relativa a la elegibilidad o a la obtención de servicios. Los solicitantes de dichos servicios o los que los reciben no tienen derecho a debatir los cambios que se realicen en las normas de elegibilidad o de beneficios del programa Family PACT.

Revisión de primer nivel: Si desea apelar ya sea la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios, envíe a la dirección a continuación su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y motivo por el que solicita una Revisión de primer nivel. El matasellos postal de las solicitudes de revisión de primer nivel debe contener una fecha que se halle dentro de los 20 días laborables a partir de la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios. Antes de emitir una decisión, la Oficina de Planificación Familiar podrá pedir, por teléfono o por escrito, información adicional al proveedor o al solicitante.

Audiencia formal: Puede solicitar una audiencia formal a no más de 90 días de la fecha en que fue notificado que no era elegible, que no le iban a proporcionar, o que se dejarían de proporcionar los servicios que quería. Si tiene un buen motivo por no haber podido solicitar una audiencia en el plazo de 90 días, igualmente puede solicitar una audiencia. Si proporciona *buena causa* es posible que le programen una audiencia. Proporcione toda la información solicitada, como su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicita la audiencia formal, y envíe la información a la dirección correspondiente a las audiencias formales a continuación. Si desea, también puede adjuntar una carta y explicar por qué cree que la medida tomada no es la correcta. También puede llamar al número de teléfono de Investigación y Respuesta Pública (Public Inquiry and Response) a continuación. Si le cuesta comprender inglés, no se olvide de indicar el idioma que habla para que se puedan hacer arreglos para ayudarlo con el idioma en la audiencia. Si tiene un representante autorizado, no se olvide de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Guarde una copia de su solicitud de audiencia como comprobante. Puede presentar su solicitud de audiencia formal de dos maneras:

Revisión de primer nivel

Department of Health Care Services
Office of Family Planning
P.O. Box 997413, Mail Station 8400
Sacramento, CA 95899-7413

Audiencia formal

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243,
Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

o llame sin cargo a

Department of Social Services
State Hearings Division
Public Inquiry and Response
1-800-952-5253 or
1-800-743-8525
TDD 1-800-952-8349
Fax: (916) 651-5210