



State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Third Party Liability and Recovery Division, Estate Recovery Unit
MS-4720, PO Box 997425
Sacramento, CA 95899-7425



ARNOLD SCHWARZENEGGER
Governor

MEDI-CAL ESTATE RECOVERY QUESTIONNAIRE

TO SATISFY LEGAL REQUIREMENTS, FILL OUT AND RETURN THIS FORM

ATTENTION: Person responsible for the estate of:

If you have already responded to a similar notice, we apologize for any inconvenience this notice may have caused, however, we may not have received your first response. Please provide a copy of your original response with attachments. If a copy is not available, please complete this form and return in the enclosed envelope.

Under California law (Probate Code Sections 215, 9202 and 19202), the person(s) settling the financial affairs of a deceased person who received, or may have received, health care under the Medi-Cal program must notify the Department of Health Care Services (DHCS) of the decedent's death. The law requires that notice be provided to DHCS no later than 90 days from the date of death. Notification to the Social Security Office or the County Welfare Office does not satisfy this legal requirement. Our records show that the decedent named above was enrolled in the Medi-Cal program; therefore, to satisfy this legal requirement, please complete and return this document, with a copy of the death certificate, to DHCS at the address shown above.

Please answer the following questions, even if the decedent had no assets, and return this form in the enclosed envelope along with a copy of the death certificate.

1. Is the decedent's spouse (husband or wife) still living? NO YES If no, date of death / / ATTACH A COPY OF THE DEATH CERTIFICATE

List spouse's name

Spouse's Social Security number - - Spouse's date of birth / /

2. Is the decedent survived by a child under the age of 21? NO YES (If YES attach a copy of the child's birth certificate.)

Is the decedent survived by a child of any age who is blind? NO YES

Is the decedent survived by a child of any age who is disabled? NO YES

(If a child has been deemed blind or disabled by the Social Security Administration, attach a copy of the award letter from the Social Security Administration, along with a copy of the child's birth certificate.)

Staff Use Only

RECIPIENT: «Beneficiary»
MEDI-CAL #: «MediCal»
REF: «SSN»

IND: «Index»
SDX: «SDX»
RUN:

VER: «Version»

3. Cash and bank accounts at time of death (after burial expense)? NO _____ YES _____ \$ _____ VALUE

ATTACH A COPY OF THE BANK STATEMENT

Did you pay funeral/burial expenses from your personal funds? NO _____ YES _____ (If yes, attach receipts)

List other assets: stocks, bonds, annuities, retirement account, etc. _____ \$ _____ VALUE

List other personal property _____ \$ _____ VALUE

If any of the above assets were checked YES, please provide copies as verification, i.e., bank or other financial statement, registration form, stock certificates, etc. If you paid funeral/burial expenses, please attach a copy of the receipts.

4. Is the estate being probated? NO _____ YES _____

(If YES, list the probate number _____ and county of filing _____

5. Is there a trust? NO _____ YES _____ **ATTACH A COPY OF THE TRUST DOCUMENTS**

6. List the name, address, and telephone number of the attorney or person handling the estate.

Name _____ Phone number (____) _____

Address _____

MARKET

7. Did the decedent own any of the following: house/land/mobile home? NO _____ YES _____ \$ _____ VALUE

If YES, list property address _____

ATTACH A COPY OF THE TITLE/GRANT DEED

List the name, address and telephone number for each heir (person receiving a portion of the assets) or co-owner of the decedent's assets and the portion of decedent's assets they received.

ATTACH A SEPARATE PAGE IF MORE SPACE IS NEEDED

Name: _____ Phone number(____) _____

Address: _____

Asset: _____ Share of estate _____ %

Name: _____ Phone number (____) _____

Address: _____

Asset: _____ Share of estate _____ %

ENCLOSE A COPY OF THE DEATH CERTIFICATE

If you have questions, please call our recorded message available 24 hours a day at (916) 323-4836.

Print Name _____
(Person completing this form)

Telephone No (____) _____ - _____

Signature _____

Date: _____



State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Third Party Liability and Recovery Division, Estate Recovery Section
 MS-4720, PO Box 997425
 Sacramento, CA 95899-7425



SANDRA SHEWRY
 Director

ARNOLD SCHWARZENEGGER
 Governor

**ENCUESTA DE MEDI-CAL SOBRE EL PATRIMONIO
 SUCESORIO (HERENCIA) (ESTATE)**

PARA SATISFACER LOS REQUISITOS LEGALES, LLENE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO

Si usted ya ha respondido a una notificación semejante, discúlpenos por cualquier inconveniencia que le haya causado esta notificación. Sin embargo, es posible que no hayamos recibido su primera respuesta. Por favor proporcione una copia de su respuesta original con los anexos debidos. Si no hay a la disposición una copia, por favor complete este formulario, y devuélvalo en el sobre adjunto.

ATENCIÓN: Persona responsable del patrimonio sucesorio (herencia) de:

Conforme a la ley de California (Secciones 215, 9202 y 19202 del Código Testamentario), la(s) persona(s) que esté(n) encargándose de arreglar los asuntos financieros de una persona fallecida que recibió, o podría haber recibido, atención médica bajo el programa de Medi-Cal, tiene que notificar la muerte de la persona fallecida al Department of Health Care Services (DHCS). La ley exige que la notificación se le dé al DHCS, a más tardar en un plazo de 90 días, a partir de la fecha de la muerte. La Notificación a la Oficina del Seguro Social o a la Oficina de Asistencia Pública del Condado no satisface este requisito legal. Nuestros archivos indican que la persona fallecida nombrada anteriormente estaba inscrita en el programa de Medi-Cal. Por lo tanto, para satisfacer este requisito legal, por favor complete y devuelva este documento, con una copia del acta de defunción, al DHCS, a la dirección que se indica anteriormente.

Por favor, conteste las siguientes preguntas, **aun si la persona fallecida no tenía ningún bien**, y devuelva este formulario en el sobre adjunto, junto con una copia del acta de defunción.

1. ¿Aún vive el/la cónyuge (esposo o esposa) de la persona fallecida? NO___ SÍ___

Si no es así, fecha de su muerte_____/_____/_____(Envíe una copia del certificado defunción)

Anote el nombre del/de la cónyuge_____

Número de Seguro Social del/de la cónyuge_____-_____-_____

Fecha de nacimiento del/de la cónyuge_____/_____/_____

2. ¿Le sobrevive a la persona fallecida un(a) hijo(a) menor de 21 años? NO___ SÍ___

[Si la respuesta es 'sí', adjunte una copia del acta de nacimiento del/de la hijo(a).]

¿Le sobrevive a la persona fallecida un(a) hijo(a) ciego(a) de cualquier edad? NO___ SÍ___

¿Le sobrevive a la persona fallecida un(a) hijo(a) incapacitado(a) de cualquier edad ? NO___ SÍ___

[Si la Administración del Seguro Social ha determinado que un(a) niño(a) está ciego(a) o incapacitado(a), adjunte una copia de la carta de beneficios de la Administración del Seguro Social, junto con una copia del acta de nacimiento del/de la niño(a).]

3. ¿Efectivo y cuentas bancarias al momento de la muerte (después de los gastos del entierro)? NO ___ SÍ ___
 \$ _____ VALOR **ENVIE UNA COPIA DEL ESTADO DE CUENTA DEL BANCO**
 ¿Pagó usted los gastos funerarios/del entierro de sus fondos personales? NO ___ SÍ ___ (SÍ, así fue, envíe los recibos)
 Enumere otros bienes: acciones, bonos, rentas vitalicias (pensiones), cuentas de jubilación, etc. _____
 \$ _____ VALOR
 Enumere otros bienes personales _____ \$ _____ VALOR

Si marcó sí, en cualquiera de los bienes anteriores, por favor proporcione copias como comprobante, como por ejemplo estados de cuenta del banco u otros estados financieros, formulario de registro, certificados de acciones, etc. Si usted pagó los gastos funerarios/del entierro, por favor adjunte una copia de los recibos.

4. ¿Se está determinando la validez del testamento? NO ___ SÍ ___

Si la respuesta es SÍ, anote el número de la sucesión testamentaria (*probate*) _____
 y el condado en el que se presentó _____

5. Hay un fideicomiso? NO ___ SÍ ___ **SI LA RESPUESTA ES SÍ, ENVIE UNA COPIA**

6. Anote el nombre, dirección y número de teléfono del/de la abogado(a) o persona a cargo del patrimonio sucesorio (herencia) (*estate*).

Nombre _____ Número de teléfono (_____) _____
 Dirección _____

7. ¿Era dueña la persona fallecida de cualquiera de lo siguiente: casa/terreno/casa móvil?

NO ___ SÍ ___ \$ _____ VALOR EN EL MERCADO

Si la respuesta es SÍ, anote la dirección de la propiedad _____

ENVIE UNA COPIA DEL TÍTULO DE PROPIEDAD/DE TRASPASO

Anote el nombre, dirección y número de teléfono de cada uno de los herederos (personas que recibirán una parte de los bienes) o La persona copropietaria de los bienes de la persona fallecida, y la parte de los bienes que recibió de la persona fallecida.

ENVIE UNA PÁGINA POR SEPARADO, SI NECESITA MÁS ESPACIO

Nombre: _____ Número de teléfono (_____) _____

Dirección: _____

Bien: _____ Parte del patrimonio sucesorio _____ %

Nombre: _____ Número de teléfono (_____) _____

Dirección: _____

Bien: _____ Parte del patrimonio sucesorio _____ %

ENVIE UNA COPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro mensaje grabado, a la disposición las 24 horas del día, al (916) 323-4836.

Escriba el nombre con letra de molde _____ No de Teléfono(_____) _____ - _____
 (Persona que complete este formulario)

Firma _____ Fecha: _____