STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

PETE WILSON, *Governor*

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
714/744 P STREET
P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320
(916) 657-2941

June 13, 1994

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons

Letter No.: 94-47

REVISED NOTICES OF ACTION FOR PLASTIC CARD IMPLEMENTATION

Ref.: E-Mail No. 94017, All County Welfare Directors Letter No. 94-05 (Revised Notices of Action {NOA} Language for Plastic Card Implementation)

The Medi-Cal NOAs revised to incorporate language referring to the new plastic card (BIC) will be stocked in the Department of Health Services (DHS) Warehouse by June 15, 1994. Counties may order stock via the DHS 2031 Warehouse Order Form.

So that counties may implement as soon as possible, camera ready copies of the NOAs are enclosed in both English and Spanish.

If you have any question about these NOAs, please direct your questions or comments to Mr. Gary Varner of my staff at (916) 654-5321.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

FRANK S. MARTUCCI, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

# MEDI-CAL
## NOTICE OF ACTION
## APPROVAL OF BENEFITS

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

Your application for Medi-Cal benefits has been approved.

☐ You are entitled to receive Medi-Cal benefits beginning the first day of _____. You will receive your plastic Benefits Identification Card (BIC) soon. **Do not throw this card away.** This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. Take this plastic card to your doctor or other Medi-Cal provider when you request medical services.

☐ Since your income exceeds the amount allowed for living expenses, you have a share of cost to pay or obligate toward your medical care. Your share of cost is $_____ beginning _____. Your share of cost was computed as follows:

| | |
|---|---|
| Gross Income | $ _____ |
| Net Nonexempt Income | $ _____ |
| Maintenance Need | $ _____ |
| Excess Income/Share of Cost | $ _____ |

Take your plastic card with you each time you receive medical care. Your Plastic Card will show your provider if you have a share-of-cost to pay. The amount that you pay or obligate to the medical providers will be automatically computed. After your total share of cost has been paid or obligated you will not have to pay for medical services received that month from Medi-Cal providers.

☐ A plastic Benefits Identification Card will be mailed to you at the long-term care facility. Do not throw this card away. It is good as long as you are eligible for Medi-Cal benefits. You must pay or obligate your share of cost to the facility each month.

The regulations which require this action are California Administrative Code, Title 22, Section(s):

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
## APROBACION DE LOS BENEFICIOS

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

Se ha aprobado su solicitud para recibir beneficios de Medi-Cal.

☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios de Medi-Cal, a partir del primer día de_____. Pronto, recibirá su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. **No tire esta tarjeta.** Esta tarjeta es válida mientras que usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. Lleve esta tarjeta de plástico al doctor o a otro proveedor de Medi-Cal cuando solicite servicios médicos.

☐ Puesto que sus ingresos exceden la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar o se compromete a pagar una parte del costo para su cuidado médico. A partir del _____ su parte del costo es de $_____. Su parte del costo se calculó de la siguiente manera:

| | |
|---|---|
| Ingresos Brutos | $ _____ |
| Ingresos Netos que no Están Exentos | $ _____ |
| Ingresos Necesarios para Mantenerse | $ _____ |
| Ingresos en Exceso/Parte del Costo | $ _____ |

Lleve su tarjeta de plástico consigo cada vez que reciba cuidado médico. Su Tarjeta de Plástico le indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted paga o la que está comprometido(a) a pagar a sus proveedores médicos será calculada automáticamente. Una vez que haya pagado o se haya comprometido a pagar su parte del costo total, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos que reciba de los proveedores de Medi-Cal durante ese mes.

☐ Se le enviará una Tarjeta de Identificación de Beneficios de plástico al establecimiento de cuidado a largo plazo. No tire esta tarjeta. Ésta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. Cada mes, usted tiene que pagar o comprometerse a pagar su parte del costo al establecimiento.

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 22 del Código Administrativo de California:

_____ (Trabajador(a) de Elegibilidad) _____ (Teléfono) _____ (Fecha)

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## APPROVAL FOR 60-DAY POSTPARTUM PROGRAM AND STATUS OF OTHER MEDI-CAL BENEFITS

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

### 60-DAY Postpartum Program

You are eligible for the 60-day Postpartum Medi-Cal program. This program provides pregnancy-related and family planning services after childbirth, child delivery, or miscarriage. Your eligibility under this program begins_____and ends_____.

These benefits will be provided whether or not you meet the other eligibility rules (such as property, share-of-cost, etc.). Your Medi-Cal benefits under this program will be limited to postpartum care services only.

You will receive a plastic Benefits Identification Card (BIC) in the mail soon. TAKE THIS PLASTIC CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

### Other Medi-Cal Program

Your eligibility to receive:

☐ full Medi-Cal coverage

☐ restricted Medi-Cal coverage for treatment of emergency medical conditions

☐ will continue.

☐ will be discontinued effective the last day of_____. The reason for this discontinuance is because your pregnancy ended on_____.

If you have any questions or if there is any information which you have not reported, please phone or write your eligibility worker right away.

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections 50260 and 50701 (d).

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Eligibility Worker) | (Phone) | (Date) |

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL

## APROBACION PARA EL PROGRAMA DE 60 DIAS DESPUES DEL PARTO Y LAS CONDICIONES DE OTROS BENEFICIOS DE MEDI-CAL

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

**Programa de 60-DIAS Después del Parto**

Usted reúne los requisitos para el programa de Medi-Cal de 60 días después del parto. Este programa proporciona servicios relacionados al embarazo y planificación familiar después del parto, nacimiento del niño o aborto involuntario. Su elegibilidad bajo este programa comienza el_____ y termina el _____.

Se proporcionarán estos beneficios sin importar si usted cumple o no con otras reglas de elegibilidad (tales como bienes, parte del costo, etc.). Sus beneficios de Medi-Cal bajo este programa se limitarán solamente a los servicios de cuidado después del parto.

Pronto, recibirá usted por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE PLASTICO A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE NECESITE OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE ESTA TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

**Otro Programa de Medi-Cal**

Su elegibilidad para recibir:

☐ cobertura completa de Medi-Cal

☐ cobertura limitada de Medi-Cal para el tratamiento de condiciones médicas de emergencia

☐ continuará.

☐ se descontinuará a partir del último día de _____. La razón de esta descontinuación es debido a que su embarazo terminó el _____.

Si tiene alguna pregunta o si existe cualquier información que no nos ha reportado, por favor llame o escriba de inmediato a su trabajador(a) de elegibilidad.

Los ordenamientos que exigen esta acción son las secciones 50260 y 50701(d) del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## APPROVAL FOR SPECIAL ZERO SHARE-OF-COST PROGRAM FOR PREGNANT WOMEN AND BABIES UP TO ONE YEAR OLD

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

☐ Beginning_____, you are eligible to receive limited Medi-Cal services without a share-of-cost under a special program for pregnant women. Under this program, you can receive only pregnancy-related services which include prenatal care, services for complications of pregnancy, labor, delivery, postpartum care, and family planning.

☐ You continue to be eligible for benefits with a share-of-cost under the regular Medi-Cal program. Under this program you may also receive medical services not related to your pregnancy.

☐ Beginning_____, your baby is eligible to receive Medi-Cal benefits without a share-of-cost under a special program for babies up to one year old. Under this program, the baby's Medi-Cal coverage will provide:

- ☐ full medical services.
- ☐ services for treatment of emergency medical conditions.

In addition to other program requirements, eligibility under this program is based on your pregnancy and/or on your family's income. You must let your worker know about income and other changes within 10 days to see if you or your baby is still eligible under this program.

You will receive a plastic Benefits Identification card (BIC) in the mail soon. TAKE THIS PLASTIC ID CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50262.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Eligibility Worker) | (Phone) | (Date) |

# NOTIFICACION DE ACCION
# MEDI-CAL
## APROBACION PARA EL PROGRAMA ESPECIAL DE CERO PARTE DEL COSTO PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS Y BEBES DE HASTA UN AÑO DE EDAD

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

☐ A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir servicios limitados de Medi-Cal sin una parte del costo, bajo un programa especial para mujeres embarazadas. Bajo este programa, usted puede recibir solamente servicios relacionados al embarazo, los cuales incluyen cuidado prenatal, servicios para las complicaciones del embarazo, parto, nacimiento, cuidado después del parto y planificación familiar.

☐ Usted continúa reuniendo los requisitos para recibir beneficios con una parte del costo bajo el programa regular de Medi-Cal. Bajo este programa, usted quizás también pueda recibir servicios médicos no relacionados a su embarazo.

☐ A partir del _____, su bebé reúne los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo un programa especial para bebés de hasta un año de edad. Bajo este programa, la cobertura de Medi-Cal para el bebé proporcionará:

- ☐ servicios médicos completos.
- ☐ servicios para el tratamiento de condiciones médicas de emergencia.

Además de otros requisitos del programa, la elegibilidad bajo este programa se basa en su embarazo y/o en los ingresos de su familia. Usted tiene que informar a su trabajador(a) sobre los ingresos y otros cambios, en un plazo de 10 días, para ver si usted o su bebé siguen reuniendo los requisitos para recibir beneficios bajo este programa.

Pronto, recibirá usted por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE NECESITE OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

El ordenamiento que exige esta acción es la sección 50262 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## DISCONTINUANCE OF BENEFITS UNDER THE SPECIAL ZERO SHARE-OF-COST PROGRAM FOR PREGNANT WOMEN AND BABIES AND/OR MEDICALLY INDIGENT PROGRAM

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

DISCONTINUANCE FOR: _____

_____
(names)

A special program for pregnant women and babies up to one year old provides, at no share-of-cost, pregnancy-related services and postpartum care to women, and medical care to babies under one year of age. In addition to meeting other Medi-Cal eligibility rules, family income must be within certain limits to qualify for this program.

☐ When pregnancy ends, coverage under this program continues for 60 days and ends on the last day of the month in which the 60th day falls. Since you are no longer pregnant, your eligibility for Medi-Cal under this special program ends_____.

- ☐ This does not affect your eligibility under the regular Medi-Cal program. You continue to be eligible for those benefits with a share-of-cost.
- ☐ Your eligibility to regular Medi-Cal with a share-of-cost under the Medically Indigent program ends_____as you are no longer pregnant.

☐ Eligibility for benefits under the special program ends_____because your or your family's income is over the limits for this program. You continue to be eligible for Medi-Cal with a share-of-cost under another program. You will receive a separate notice about your change in share-of-cost.

☐ Your baby's eligibility for benefits under the special program ends_____ because he/she is over one year old. Your baby may be eligible for benefits under the regular Medi-Cal program with a share-of-cost. If there are changes in the share-of-cost, you will receive a separate notice about it.

DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD. You can use it again under another regular Medi-Cal program even if you have a share-of-cost.

**IMPORTANT:** If your baby was hospitalized before his/her first birthday and continues to be in the hospital after the age of one year, he/she may continue to be eligible for benefits at no share-of-cost, under the Special Zero Share-Of-Cost program. You must tell your worker about this right away.

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections 50260, 50262, and 50701(d).

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL

## DESCONTINUACION DE LOS BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA ESPECIAL DE CERO PARTE DEL COSTO PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS Y SUS BEBES Y/O EL PROGRAMA PARA LOS INDIGENTES BAJO EL PROGRAMA DE MEDI-CAL

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

DISCONTINUACION PARA: _____

_____
(nombres)

Un programa especial para las mujeres embarazadas y sus bebés de hasta un año de edad proporciona, sin parte del costo, servicios relacionados al embarazo y cuidado para las mujeres después del parto, y cuidado médico a los bebés menores de un año de edad. Además de cumplir con otras reglas de elegibilidad de Medi-Cal, los ingresos de su familia tienen que estar dentro de ciertos límites para reunir los requisitos para este programa.

☐ Una vez que termina el embarazo, la cobertura bajo este programa continúa durante 60 días, y termina el último día del mes en que cae el día 60. Puesto que usted ya no está embarazada, su elegibilidad para recibir beneficios de Medi-Cal bajo este programa especial termina el_____.

- ☐ Esto no afecta su elegibilidad bajo el programa regular de Medi-Cal. Usted continúa reuniendo los requisitos para recibir estos beneficios, con una parte del costo.
- ☐ Su elegibilidad para recibir beneficios regulares de Medi-Cal, con una parte del costo, en el programa para los indigentes bajo el programa de Medi-Cal termina el_____ puesto que usted ya no está embarazada.

☐ La elegibilidad para recibir beneficios bajo el programa especial termina el_____puesto que sus ingresos o los de su familia exceden los límites para este programa. Usted continúa reuniendo los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, con una parte del costo, bajo otro programa. Usted recibirá una notificación por separado acerca de su cambio en la parte del costo.

☐ La elegibilidad de su bebé para recibir beneficios bajo el programa especial termina el_____ puesto que él/ella es mayor de un año de edad. Su bebé quizás reúna los requisitos para recibir beneficios bajo el programa regular de Medi-Cal, con una parte del costo. Si hay algún cambio en la parte del costo, usted recibirá una notificación por separado acerca del mismo.

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO. Usted puede utilizarla de nuevo bajo otro programa regular de Medi-Cal aun si usted tiene una parte del costo.

**IMPORTANTE:** Si se hospitalizó a su bebé antes de su primer cumpleaños, y continúa en el hospital después de cumplir un año de edad, él/ella quizás pueda continuar reuniendo los requisitos para recibir beneficios, sin una parte del costo, bajo el programa Especial de Cero Parte del Costo. Usted tiene que informar de esto inmediatamente a su trabajador(a).

Los ordenamientos que exigen esta acción son las secciones 50260, 50262 y 50701(d) del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## APPROVAL FOR
## THE 133 PERCENT (%) PROGRAM

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

Beginning_____, your child(ren) is eligible to receive Medi-Cal benefits without a share-of-cost under the 133% program for children from one to six years of age. Under this program, the child's Medi-Cal benefits will provide:

- ☐ Full Medi-Cal benefits.
- ☐ Restricted Medi-Cal benefits (services for treatment of emergency medical conditions only).

Eligibility under this program is based on your family's income, in addition to other program requirements. You must let your worker know about any changes within 10 days to see if your child(ren) is still eligible under this program.

You will receive a plastic Benefits Identification Card (BIC) in the mail soon. TAKE THIS PLASTIC ID CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50262.5.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Eligibility Worker) | (Phone) | (Date) |

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL

## APROBACION PARA EL PROGRAMA DEL 133 POR CIENTO (%)

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

A partir del _____, su(s) hijo(s) reúne(n) los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo el programa del 133% para niños de uno a seis años de edad. Bajo este programa, los beneficios de Medi-Cal del niño proporcionarán:

- ☐ Beneficios completos de Medi-Cal.
- ☐ Beneficios limitados de Medi-Cal (solamente servicios para el tratamiento de condiciones médicas de emergencia).

La elegibilidad bajo este programa se basa en los ingresos de su familia, además de los requisitos de otro programa. Usted tiene que informar a su trabajador(a) sobre cualesquier cambios, en un plazo de 10 días, para ver si su(s) hijo(s) sigue(n) reuniendo los requisitos para recibir beneficios bajo este programa.

Pronto, recibirá usted por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE NECESITE OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

El ordenamiento que exige esta acción es la sección 50262.5 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL
## NOTICE OF ACTION
## CHANGE IN SHARE OF COST

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

CHANGE IN SHARE OF COST FOR: _____

_____

_____

(names)

Your share of cost has been changed to $_____ per month beginning _____ because:

Your new share of cost was determined as follows:

| | |
|---|---|
| Monthly Gross Income | $ _____ |
| Monthly Net Nonexempt Income | $ _____ |
| Maintenance Need | $ _____ |
| Excess Income/Share of Cost | $ _____ |

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Section(s):

TAKE YOUR PLASTIC CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

If you have questions about this action or if there are more facts about your conditions which you have not reported to us, please write or telephone. We will answer your questions or make an appointment to see you.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
## CAMBIO EN LA PARTE DEL COSTO

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO.: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

CAMBIO EN LA PARTE DEL COSTO PARA:__

_____

_____
(nombres)

Su parte del costo se ha cambiado a $_____ al mes, a partir del _____ porque:

Su nueva parte del costo se determinó de la siguiente manera:

| | |
|---|---|
| Ingresos Brutos Mensuales | $ _____ |
| Ingresos Mensuales Netos que no Están Exentos | $ _____ |
| Ingresos Necesarios para Mantenerse | $ _____ |
| Ingresos en Exceso/Parte del Costo | $ _____ |

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 22 del Código de Ordenamientos de California:

LLEVE SU TARJETA DE PLASTICO A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE USTED NECESITE RECIBIR CUIDADO. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

Si usted tiene preguntas acerca de esta acción, o si existen más datos acerca de sus condiciones que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle.

_____ (Trabajador(a) de Elegibilidad)

_____ (Teléfono)

_____ (Fecha)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
## SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD RETROACTIVA

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

Hemos revisado toda la información que está a nuestra disposición sobre sus circunstancias y establecimos que:

☐ A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir beneficios completos de Medi-Cal. Pronto, se le enviará a usted por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE PLASTICO A CADA PROVEEDOR MEDICO DEL CUAL RECIBA SERVICIOS. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

☐ Puesto que sus ingresos excedieron la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar la siguiente parte del costo para el costo del cuidado médico recibido:

$ _____ para _____

$ _____ para _____

$ _____ para _____

Lleve su tarjeta de plástico a cada proveedor médico del cual recibió servicios en los meses mencionados arriba. Su Tarjeta de Plástico indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted paga o se obliga a pagar a los proveedores médicos se calculará automáticamente.

☐ Usted no reúne los requisitos para recibir beneficios completos de Medi-Cal durante el mes de _____ puesto que:

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 22 del Código Administrativo de California:

Esta acción no afecta su solicitud para obtener Medi-Cal actual y continuo. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta acción, o si existe más información acerca de sus condiciones que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## APPLICATION FOR RETROACTIVE ELIGIBILITY

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

We have reviewed all information available to us about your circumstances and find that:

☐ Effective_____, you are eligible for full Medi-Cal benefits. A plastic Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC) will be mailed to you soon. TAKE THIS PLASTIC CARD TO EACH MEDICAL PROVIDER WHERE YOU RECEIVED SERVICE. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

☐ Because your income was more than the amount allowed for living expenses, you must pay or obligate to pay the following share-of-cost toward the cost of medical care received:

$_____ for _____
$_____ for _____
$_____ for _____

Take your plastic card to each medical provider where you received service in the above months. Your Plastic Card will show your provider if you have a share-of-cost to pay. The amount that you pay or are obligated to pay the medical providers will be automatically computed.

☐ You are not eligible for full Medi-Cal benefits for the month of_____ because:

The regulations which require this action are California Administrative Code, Title 22, Section(s):

This action does not affect your application for current and continuing Medi-Cal. If you have any questions about this action or if there are more facts about your conditions which you have not reported to us, please write or telephone. We will answer your questions or make an appointment to see you.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## APPROVAL FOR THE 100 PERCENT (%) PROGRAM

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

Beginning_____, your child(ren) is eligible to receive Medi-Cal benefits without a share-of-cost under the 100% Program for children who are at least six years of age and were born after 9/30/83.

You will receive a plastic Benefits Identification Card (BIC) in the mail soon for each eligible child. TAKE THIS PLASTIC CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOUR CHILD(REN) NEEDS CARE. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

Under this program, Medi-Cal will provide:

☐ Full Medi-Cal benefits.

☐ Restricted Medi-Cal benefits (emergency and pregnancy-related services only).

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50262.6.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Eligibility Worker) | (Phone) | (Date) |

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL

## APROBACION PARA EL PROGRAMA DEL 100 POR CIENTO (%)

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

A partir del _____, su(s) hijo(s) reúne(n) los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo el Programa del 100% para niños de por lo menos seis años de edad que nacieron después del 30 de septiembre de 1983.

Pronto, recibirá usted por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico para cada niño que reúna los requisitos. LLEVE ESTA TARJETA DE PLASTICO A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE SU(S) HIJO(S) NECESITE(N) OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

Bajo este programa, Medi-Cal proporcionará:

☐ Beneficios completos de Medi-Cal.

☐ Beneficios limitados de Medi-Cal (solamente servicios de emergencia y relacionados al embarazo).

El ordenamiento que exige esta acción es la sección 50262.6 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## DISCONTINUANCE OF BENEFITS STATUS REPORT NOT RECEIVED OR NOT COMPLETED

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

DISCONTINUANCE FOR: _____

_____
(names)

☐ Your eligibility to receive Medi-Cal will be discontinued effective the last day of_____.

Here's why:

The reason for this discontinuance is you did not give us the information necessary to continue your eligibility when it was needed. Your completed Medi-Cal Status Report for the month of_____ was not received by the date it was due.

☐ Your Medi-Cal Status Report for the month of_____ has been received; however, it was not complete. You will not get Medi-Cal benefits effective the last day of_____. However, if you send us the following information by_____ your Medi-Cal eligibility may be restored.

Please send us:

DO NOT THROW YOUR PLASTIC ID CARD AWAY. You can use it again if you become eligible for Medi-Cal.

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections: 50175 and 50191.

If you have any questions about this action, please write or telephone. We will answer your questions or make an appointment to see you. You may reapply for Medi-Cal at any time.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL

## DESCONTINUACION DE BENEFICIOS DEBIDO A QUE EL REPORTE DE CONDICIONES NO SE RECIBIO O NO SE COMPLETO

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

DESCONTINUACION PARA: _____

_____
(nombres)

☐ Su elegibilidad para recibir beneficios de Medi-Cal se descontinuará a partir del último día de _____.

Esta es la razón:

La razón para que se lleve a cabo esta descontinuación es que usted no nos proporcionó la información necesaria para continuar su elegibilidad cuando ésta se necesitaba. Su Reporte de Condiciones de Medi-Cal completo para el mes de _____ no se recibió a más tardar en la fecha en que se venció.

☐ Hemos recibido su Reporte de Condiciones de Medi-Cal para el mes de _____; sin embargo, éste no estaba completo. Usted no obtendrá beneficios de Medi-Cal a partir del último día de _____. No obstante, si usted nos envía la siguiente información a más tardar el _____ se podría restaurar su elegibilidad para Medi-Cal.

Por favor envíenos:

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO. Usted puede utilizarla de nuevo si llega a reunir los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

Los ordenamientos que requieren esta acción son las secciones 50175 y 50191 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

Si tiene alguna pregunta sobre esta acción, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle. Usted puede volver a solicitar beneficios de Medi-Cal en cualquier momento.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL NOTICE OF ACTION
## BENEFITS RESTRICTED TO EMERGENCY MEDICAL AND PREGNANCY-RELATED SERVICES

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

RESTRICTION OF BENEFITS FOR: _____

_____

_____
(names)

Effective_____you will be eligible for RESTRICTED Medi-Cal benefits that will allow you to receive emergency medical and pregnancy-related services. You will soon receive a plastic Benefits Identification Card (BIC) in the mail. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. TAKE THIS CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

An emergency medical condition is a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity, including severe pain, which in the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in any of the following: placing the patient's health in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction to any bodily organ or part. The emergency must be certified by a physician or other appropriate medical provider (in accordance with Section 50156 of Title 22 of the California Code of Regulations). The Department of Health Services may review the provider's decision that an emergency existed and that certain follow-up treatment services were medically justified.

Pregnancy-related care means services required to assure the health of the pregnant woman or the unborn child. Pregnancy care may be provided prenatally and up to 60 days postpartum.

☐ Your application for restricted benefits has been approved.

☐ Your application for full Medi-Cal benefits is denied. We have granted you, instead, eligibility for emergency medical treatment and pregnancy-related services.

We are taking this action because you are an alien who:

- ☐ Does not have satisfactory immigration status according to information received from the Immigration and Naturalization Service (INS).
- ☐ Lacks documentary proof of satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.
- ☐ Has been admitted to the United States as a nonimmigrant for a limited period of time.

☐ Has been legalized in accordance with Section 210, 210A, or 245A of the Immigration and Nationality Act for less than five years and you are not blind or disabled, not aged (65 or over), not under 18 years of age, or not a Cuban/Haitian Entrant.

☐ Since your income was more than the amount allowed for living expenses, you have a share of cost you must pay or obligate to pay toward the costs of medical care received. Your share of cost is $_____ beginning _____. Your share of cost was computed as follows:

| | |
|---|---|
| Gross Income | $ _____ |
| Net Nonexempt Income | $ _____ |
| Maintenance Need | $ _____ |
| Excess Income/Share of Cost | $ _____ |

Take your plastic card with you each time you receive medical care. The amount that you must pay or obligate to pay to the providers will be automatically computed. After your total share of cost has been paid or obligated you will not have to pay for medical services received that month from Medi-Cal providers.

This action is required by Section 14007.5 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, Section(s):

If you have questions about this action or if there are more facts about your conditions which you have not reported to us, please write or telephone. We will answer your questions or make an appointment to see you. You must report all changes in your immigration status to us. A change in status may qualify you to receive full Medi-Cal benefits rather than just restricted services.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Eligibility Worker) | (Phone) | (Date) |

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
## SOBRE LOS BENEFICIOS LIMITADOS A LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA Y A LOS RELACIONADOS AL EMBARAZO

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

BENEFICIOS LIMITADOS PARA: _____

_____
(nombres)

A partir del _____usted reunirá los requisitos para recibir beneficios LIMITADOS de Medi-Cal, lo que le permitirá recibir servicios médicos de emergencia y relacionados al embarazo. Pronto, usted recibirá por correo, una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. Esta tarjeta es buena mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. LLEVE ESTA TARJETA A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE NECESITE RECIBIR CUIDADO. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

Una condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor severo, que si no se les da la atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que ocasionaran cualquiera de las siguientes condiciones: poner la salud del paciente en peligro serio, un impedimento serio de las funciones corporales o la disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo. Un doctor u otro proveedor médico apropiado tiene que certificar la emergencia (en conformidad con la sección 50156 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California). El Departamento de Servicios de la Salud puede revisar la decisión del proveedor en el sentido de que existió una emergencia y de que ciertos servicios de continuidad de tratamiento estaban médicamente justificados.

El cuidado relacionado al embarazo significa los servicios requeridos para asegurar la salud de la mujer embarazada o del bebé por nacer. El cuidado de embarazo se puede proporcionar prenatalmente y hasta 60 días después del parto.

☐ Se ha aprobado su solicitud para recibir beneficios limitados.

☐ Se negó su solicitud para recibir beneficios completos de Medi-Cal. En su lugar, le hemos otorgado la elegibilidad para recibir servicios de tratamiento médico de emergencia y relacionados al embarazo.

Tomamos esta acción porque usted es un extranjero que:

- ☐ No tiene un estado de inmigración satisfactorio, de acuerdo con la información que se recibió del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).
- ☐ No tiene pruebas que documenten su estado de inmigración satisfactorio para propósitos de Medi-Cal.

- ☐ Ha sido admitido(a) a los Estados Unidos como un(a) extranjero(a) no inmigrante durante un período de tiempo limitado.
- ☐ Ha sido legalizado(a) en conformidad con las secciones 210, 210A o 245A del Acta de Inmigración y Nacionalidad por menos de cinco años, y no está ciego(a), ni incapacitado(a), ni es una persona de edad avanzada (65 años de edad o mayor), ni es menor de 18 años de edad ni es un(a) entrante cubano/haitiano(a).

☐ Puesto que sus ingresos fueron mayores que la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene una parte del costo que tiene que pagar o comprometerse a pagar en relación al costo del cuidado médico que se recibió. Su parte del costo es de $_____a partir del _____ . Su parte del costo se calculó de la siguiente manera:

| | |
|---|---|
| Ingresos Brutos | $ _____ |
| Ingresos Netos que no Están Exentos | $ _____ |
| Ingresos Necesarios para Mantenerse | $ _____ |
| Ingresos en Exceso/Parte del Costo | $ _____ |

Lleve su tarjeta de plástico consigo cada vez que reciba cuidado médico. La cantidad que usted tiene que pagar o la que se compromete a pagar a los proveedores se calculará automáticamente. Después de que se haya pagado la totalidad o comprometido a pagar su parte del costo, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos recibidos ese mes de los proveedores de Medi-Cal.

Esta acción la exigen la sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones y la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta acción, o si existen más datos acerca de sus condiciones que no nos ha informado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle. Usted nos tiene que informar sobre todos los cambios de su estado migratorio. Un cambio en su estado podría darle el derecho de recibir beneficios completos de Medi-Cal, en lugar de servicios limitados solamente.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Trabajador(a) de Elegibilidad) | (Teléfono) | (Fecha) |

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## CHANGE FROM RESTRICTED SERVICES TO FULL BENEFITS

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

Effective_____, you are eligible to receive all the services covered by the Medi-Cal Program rather than the services restricted to treatment of an emergency medical condition or pregnancy-related care. This change in benefits results from the fact that:

- ☐ You are an alien otherwise eligible for Medi-Cal who has declared satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.
- ☐ You are an alien otherwise eligible for Medi-Cal who has provided reasonable evidence of satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.
- ☐ You are an alien legalized in accordance with Section 210, 210A, or 245A of the Immigration and Nationality Act who has passed your five-year disqualification period after applying for amnesty or you are aged (65 or over), blind, disabled, under age 18, or a Cuban/Haitian Entrant.

ALWAYS PRESENT YOUR PLASTIC CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal.

- ☐ Since your income exceeds the amount allowed for living expenses, you have a share-of-cost to pay or obligate toward your medical care. Your share-of-cost is $_____ beginning_____.

Your share-of-cost was computed as follows:

| | |
|---|---|
| Gross income | $ _____ |
| Net nonexempt income | $ _____ |
| Maintenance need | $ _____ |
| Excess income/share-of-cost | $ _____ |

This action is required by the Welfare and Institutions Code, Section 14007.5 and by the California Code of Regulations, Section(s):

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL

## CAMBIO DE SERVICIOS LIMITADOS A BENEFICIOS COMPLETOS

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir todos los servicios cubiertos por el Programa de Medi-Cal, en vez de los servicios limitados al tratamiento de una condición médica de emergencia o cuidado relacionado al embarazo. Este cambio en los beneficios es debido a que:

- ☐ Usted es un extranjero que reúne los otros requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal que ha declarado una situación migratoria satisfactoria para propósitos de Medi-Cal.
- ☐ Usted es un extranjero que reúne los otros requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, que ha proporcionado pruebas razonables de situación migratoria satisfactoria para propósitos de Medi-Cal.
- ☐ Usted es un extranjero legalizado, en conformidad con las secciones 210, 210A o 245A del Decreto de Inmigración y Nacionalidad, que ha pasado su período de descalificación de cinco años después de solicitar amnistía, o usted es una persona de edad avanzada (tiene 65 años de edad o más), es ciego, incapacitado, menor de 18 años o un entrante cubano/haitiano.

SIEMPRE PRESENTE SU TARJETA DE PLASTICO A SU PROVEEDOR MEDICO CADA VEZ QUE NECESITE OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

- ☐ Puesto que sus ingresos exceden la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar una parte del costo de su cuidado médico. Su parte del costo es de $_____ a partir del_____.

Su parte del costo se calculó de la manera siguiente:

| | |
|---|---|
| Ingresos brutos | $ _____ |
| Ingresos netos que no son exentos | $ _____ |
| Ingresos necesarios para mantenerse | $ _____ |
| Ingresos en exceso/parte del costo | $ _____ |

Esta acción la exige la sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones, así como la(s) siguiente(s) sección(es) del Código de Ordenamientos de California:

_____ _____ _____
(Trabajador(a) de Elegibilidad) (Teléfono) (Fecha)

# MEDI-CAL
# NOTICE OF ACTION
## APPLICATION FOR RETROACTIVE EMERGENCY MEDICAL AND PREGNANCY-RELATED SERVICES

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

APPROVAL/DENIAL FOR: _____

_____
(names)

We have reviewed all the information in your case file which relates to your application for retroactive emergency medical and pregnancy-related services. Our findings are indicated below.

An emergency medical condition is a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity, including severe pain, which in the absence of immediate attention could reasonably be expected to result in any of the following: placing the patient's health in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction to any bodily organ or part. The emergency must be certified by a physician or other appropriate medical provider (in accordance with Section 51056 of Title 22 of the California Code of Regulations). The Department of Health Services may review the provider's decision that an emergency existed and that certain follow-up treatment services were medically justified.

Pregnancy-related care means services required to assure the health of the pregnant woman or the unborn child. Pregnancy care may be provided prenatally and up to 60 days postpartum.

☐ You are entitled to receive Medi-Cal benefits restricted to emergency and pregnancy-related services for_____.

☐ Since your income was more than the amount allowed for living expenses, you must pay or obligate to pay a share of the cost of your medical care.

| | MONTH 1 | MONTH 2 | MONTH 3 |
|---|---|---|---|
| Gross Income | $ _____ | $ _____ | $ _____ |
| Net Nonexempt Income | $ _____ | $ _____ | $ _____ |
| Maintenance Need | $ _____ | $ _____ | $ _____ |
| Excess Income/Share-of-Cost | $ _____ | $ _____ | $ _____ |

☐ A plastic Benefits Identification Card (BIC) will be sent to you in the mail soon. TAKE THIS PLASTIC CARD TO EACH MEDICAL PROVIDER WHERE YOU RECEIVED SERVICE IN THE ABOVE MONTHS. Your Plastic Card will show your provider if you have a share-of-cost to pay. The amount that you pay or are obligated to pay the medical providers will be automatically computed. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

☐ You are not entitled to receive Medi-Cal benefits restricted to emergency and pregnancy-related services for_____ for the following reasons:

This action is required by Section 14007.5 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, Section(s):

This action does not affect your application for current and continuing Medi-Cal. If you have any questions or if there are additional facts relating to your circumstances which you have not reported to us, please write or telephone. We will answer your questions over the telephone, in writing, or will make an appointment to see you in person.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
## SOLICITUD PARA RECIBIR SERVICIOS RETROACTIVOS MEDICOS DE EMERGENCIA Y RELACIONADOS AL EMBARAZO

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

APROBACION/NEGACION PARA: _____

_____
(nombres)

Hemos revisado toda la información en su expediente que se relaciona a su solicitud para recibir servicios retroactivos médicos de emergencia y los relacionados al embarazo. A continuación se encuentran nuestros resultados.

Una condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor agudo, el cual si no se atiende inmediatamente podría esperarse razonablemente que resultara en cualquiera de lo siguiente: poner en serio peligro la salud del paciente, trastorno grave de las funciones del cuerpo o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Un doctor u otro proveedor médico apropiado tiene que certificar la emergencia (en conformidad con la sección 51056 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California). El Departamento de Servicios de Salud puede revisar la decisión del proveedor en el sentido de que existió una emergencia y de que ciertos servicios de continuidad de tratamiento estaban médicamente justificados.

El cuidado relacionado al embarazo significa los servicios que se requieren para asegurar la salud de la mujer embarazada o del bebé por nacer. El cuidado de embarazo se puede proporcionar prenatalmente y hasta 60 días después del parto.

☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios limitados de Medi-Cal para servicios de emergencia y los relacionados al embarazo durante _____.

☐ Puesto que sus ingresos excedieron la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar una parte del costo de su cuidado médico.

| | MES 1 | MES 2 | MES 3 |
|---|---|---|---|
| Ingresos Brutos | $ _____ | $ _____ | $ _____ |
| Ingresos Netos que no Están Exentos | $ _____ | $ _____ | $ _____ |
| Ingresos Necesarios para Mantenerse | $ _____ | $ _____ | $ _____ |
| Ingresos en Exceso/Parte del Costo | $ _____ | $ _____ | $ _____ |

☐ Pronto, se le enviará por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE PLASTICO A CADA UNO DE LOS PROVEEDORES MEDICOS DE LOS CUALES RECIBIO SERVICIOS DURANTE LOS MESES MENCIONADOS ARRIBA. Su Tarjeta de Plástico le indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted pague o la que se comprometa u obligue a pagar a los proveedores médicos se calculará automáticamente. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

☐ Usted no tiene derecho a recibir beneficios limitados de Medi-Cal para servicios de emergencia y relacionados al embarazo durante _____ debido a las siguientes razones:

Esta acción la exige la sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones, así como las siguientes secciones del Título 22 del Código de Ordenamientos de California:

Esta acción no afecta su solicitud para recibir beneficios actuales o continuos de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta o si existe información adicional relacionada a sus circunstancias que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas por teléfono, por escrito o haremos una cita para verle en persona.

_____ _____ _____
(Trabajador(a) de Elegibilidad) (Teléfono) (Fecha)

# MEDI-CAL
## NOTICE OF ACTION
## TRANSITIONAL MEDI-CAL (TMC)
## APPROVAL FOR BENEFITS

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

TMC IS A PROGRAM THAT PROVIDES CONTINUING MEDI-CAL BENEFITS FOR A MAXIMUM OF 12 MONTHS FOR PERSONS DISCONTINUED FROM AFDC AS A RESULT OF EMPLOYMENT.

☐ You are eligible for initial TMC for the period_____ through_____.

You will continue to receive TMC during this period if you have an eligible child in the home.

You may be eligible for an additional 6 months of TMC at no cost if you:

Return the status report which the county will send you by the 21st day of _____ and be within income limits.

Attach to the status report proof of your family's monthly gross earnings and actual child care costs paid by you. Save all your earnings statements and child care receipts.

Continue to be employed.

Have an eligible child in the home.

☐ You are eligible for an additional 6 months for the period _____ through _____.

To remain eligible for the additional 6 months of TMC, you will be required to complete and return two status reports sent to you by the county during this period. The first report will be due by the 21st day of the first month and the second report will be due by the 21st day of the fourth month of this additional 6 month period.

Always present your plastic Benefits Identification Card (BIC) to your medical provider whenever you need care. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50244.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
## APROBACION DE LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL DE TRANSICION (TMC)

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

EL TMC ES UN PROGRAMA QUE PROPORCIONA BENEFICIOS DE MEDI-CAL CONTINUOS DURANTE UN PERIODO MAXIMO DE 12 MESES A LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES SUSPENDEN LOS BENEFICIOS DE AFDC DEBIDO A EMPLEO.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir beneficios de TMC iniciales durante el período del_____ al _____.

Usted continuará recibiendo beneficios de TMC durante este período si usted tiene un niño que reúna los requisitos viviendo en su hogar.

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir 6 meses adicionales de beneficios de TMC, sin costo alguno, si usted:

Devuelve, a más tardar, el día 21 de _____ el reporte de condiciones que el condado le enviará, y se encuentra dentro de los límites de ingresos.

Adjunta, al reporte de condiciones, prueba de los ingresos brutos mensuales de su familia y los costos reales de cuidado de niños que usted pagó. Guarde todas sus declaraciones de ingresos y recibos de cuidado de niños.

Continúa estando empleado(a).

Tiene un niño que reúne los requisitos viviendo en su hogar.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir beneficios durante 6 meses adicionales durante el período del _____ al _____.

A fin de seguir reuniendo los requisitos para recibir los beneficios de TMC durante 6 meses adicionales, se le exigirá a completar y devolver dos reportes de condiciones que el condado le envió durante este período. El primer reporte se vencerá el día 21 del primer mes, y el segundo reporte se vencerá el día 21 del cuarto mes de este período adicional de 6 meses.

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico a su proveedor médico cada vez que usted necesite recibir cuidado. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir Medi-Cal. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO.

El ordenamiento que exige esta acción es la sección 50244 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

_____ _____ _____
(Trabajador(a) de Elegibilidad) (Teléfono) (Fecha)

# MEDI-CAL
## NOTICE OF ACTION
## TRANSITIONAL MEDI-CAL (TMC)
## DENIAL OR DISCONTINUANCE OF BENEFITS

(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

THIS AFFECTS: _____

_____
(names)

☐ Your benefits under TMC will be discontinued effective the last day of _____.

☐ Eligibility for benefits under the initial TMC program ends _____ because:

- ☐ There is no longer a child in the home.
- ☐ Other:

☐ Eligibility for benefits for the additional TMC program ends because:

- ☐ There is no longer a child in the home.
- ☐ You failed to return a completed status report.
- ☐ Your family's gross average earnings (less child care costs) exceed the limit.
- ☐ The caretaker relative or principal wage earner is no longer employed.
- ☐ Other:

☐ You are not eligible for:

- ☐ Additional TMC
- ☐ Any other Medi-Cal program

Here is the reason:

☐ You will receive a separate notice about your eligibility for the regular Medi-Cal program.

DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD. You can use it again if you become eligible for Medi-Cal.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50244.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (Eligibility Worker) | (Phone) | (Date) |

# NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
## NEGACION O SUSPENSION DE LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL DE TRANSICION (TMC)

(COUNTY STAMP)

NOMBRE DEL CASO: _____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

ESTO AFFECTA A: _____

_____
(nombres)

☐ Sus beneficios bajo el TMC se suspenderán a partir del último día de _____.

☐ El derecho de recibir beneficios bajo el programa inicial de TMC termina el _____ puesto que:

- ☐ Ya no vive un niño en el hogar.
- ☐ Otro:

☐ El derecho de recibir beneficios durante el programa de TMC adicional termina puesto que:

- ☐ Ya no vive un niño en el hogar.
- ☐ Usted no devolvió un reporte de condiciones completo.
- ☐ Los salarios brutos promedio de su familia (menos los costos de cuidado de niños) excedieron el límite.
- ☐ La persona encargada del cuidado continuo de un pariente o el asalariado principal ya no está empleado.
- ☐ Otro:

☐ Usted no reúne los requisitos para recibir beneficios para:

- ☐ TMC adicional
- ☐ Cualquier otro programa de Medi-Cal

Esta es la razón:

☐ Usted recibirá una notificación por separado acerca de su elegibilidad para recibir beneficios del programa regular de Medi-Cal.

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DE PLASTICO. Usted puede volver a utilizarla si llega a reunir los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

El ordenamiento que exige esta acción es la sección 50244 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

_____ _____ _____
(Trabajador(a) de Elegibilidad) (Teléfono) (Fecha)