STATE OF CALIFORNIA–HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
GRAY DAVIS, Governor

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-2971

May 11, 1999

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

Letter No.: 99-22

MC 321 HFP-AP: SUPPLEMENT TO THE MEDI-CAL MAIL-IN APPLICATION FOR CHILDREN AND PREGNANT WOMEN (MC 321 HFP REV. 3/99)

Ref.: All County Welfare Directors Letters (ACWDL) No. 99-16

The purpose of this letter is to transmit camera-ready copy of MC 321 HFP-AP, a new supplemental form for the Medi-Cal mail-in application for children and pregnant women: MC 321 HFP (rev. 3/99).

Counties may also order quantities of the MC 321 HFP-AP from the Department of Health Services' Warehouse.

The MC 321 HFP (rev. 3/99) does not collect information from other family members who wish to apply for Medi-Cal. In order to obtain such information, the new supplemental form (MC 321 HFP-AP) was developed for children as well as adult family members.

Counties are reminded that a face-to-face interview and a property eligibility determination (MC 322) **must be conducted** for children over age 19 and adults applying for benefits.

If you have any questions on the MC 321 HFP-AP, please contact Mr. Manuel Urbina at (916) 657-2767.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

ANGELINE MRVA, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

ADDITIONAL FAMILY MEMBERS REQUESTING MEDI-CAL

(SUPPLEMENT TO THE MEDI-CAL MAIL-IN APPLICATION - MC 321 HFP-AP (REV. 3/99)

Adult Family Members

1 Applicant or Caretaker's Name (First, Middle, Last) | Applicant/Caretaker Relationship to Children | COUNTY USE

Name on Birth Certificate | Sex ❑ Male ❑ Female | Pregnant ❑ Yes ❑ No | Is the Person Blind or Disabled? ❑ Yes Date of Disability _____ ❑ No

Social Security Number

Birth Date | Medi-Cal Requested ❑ Yes ❑ No | Marital Status (check one) ❑ Married ❑ Never Married ❑ Common Law ❑ Widowed ❑ Divorced ❑ Separated (Date) _____

Mother's Name

LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID

2 Spouse/Other Parent Name (First, Middle, Last) | Relationship to Applicant | LINKAGE | CITIZEN/ IMMIG. MC 13 | SSN | PREG | ID

Name on Birth Certificate | Sex ❑ Male ❑ Female | Pregnant ❑ Yes ❑ No | Is the Person Blind or Disabled? ❑ Yes Date of Disability _____ ❑ No

Social Security Number

Birth Date | Medi-Cal Requested ❑ Yes ❑ No | Marital Status (check one) ❑ Married ❑ Never Married ❑ Common Law ❑ Widowed ❑ Divorced ❑ Separated (Date) _____

Mother's Name

List Children and Unborn Here (Family members only).

3 Child's Name (First, Middle, Last) or "Unborn" | Relationship to Applicant | LINKAGE | CITIZEN/ IMMIG. MC 13 | SSN | PREG | ID

Social Security Number | Sex ❑ Male ❑ Female | Pregnant ❑ Yes ❑ No | Is the Person Blind or Disabled? ❑ Yes Date of Disability _____ ❑ No

Name on Birth Certificate

Birth Date or Date Unborn is Due | Medi-Cal Requested ❑ Yes ❑ No | In School ❑ Yes ❑ No | Is Either Parent (✔) ❑ Deceased ❑ Incapacitated ❑ Absent ❑ Unemployed

Father's Name

Mother's Name | Child Living in Home ❑ Yes ❑ No

Medical Support ❑ Yes ❑ No
❑ CA 2.1
❑ Not in home 18-21 & tax dep?

4 Child's Name (First, Middle, Last) or "Unborn" | Relationship to Applicant | LINKAGE | CITIZEN/ IMMIG. MC 13 | SSN | PREG | ID

Social Security Number | Sex ❑ Male ❑ Female | Pregnant ❑ Yes ❑ No | Is the Person Blind or Disabled? ❑ Yes Date of Disability _____ ❑ No

Name on Birth Certificate

Birth Date or Date Unborn is Due | Medi-Cal Requested ❑ Yes ❑ No | In School ❑ Yes ❑ No | Is Either Parent (✔) ❑ Deceased ❑ Incapacitated ❑ Absent ❑ Unemployed

Father's Name

Mother's Name | Child Living in Home ❑ Yes ❑ No

Medical Support ❑ Yes ❑ No
❑ CA 2.1
❑ Not in home 18-21 & tax dep?

5 Is anyone currently covered by health/dental insurance or Medicare?

List Name(s) _____ List Name of Insurance _____

❑ DHS 6155
OHC Code: _____

6 Has anyone filed a lawsuit because of an accident or injury?

❑ Yes ❑ No If so, who _____

❑ CWC 6041

7 a. Did you or any family member have medical expenses in the last three months?
b. Does this person wish to apply for Medi-Cal coverage for those three months?

List Name(s) _____ Month(s) of Coverage _____

❑ MC 210A
Retroactive Coverage
Mo. _____ Mo. _____ Mo. _____

8 Have you or any family member ever been in U.S. military service?

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

❑ CA 5

I certify that I have read and understand the information above. I also certify that the information I have given on this form is true and correct.

Signature _____ Date _____

MIEMBROS ADICIONALES DE LA FAMILIA QUE SOLICITAN MEDI-CAL

(SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE MEDI-CAL PARA ENVÍO POR CORREO – MC 321 HFP-AP (REV. 3/99)

Miembros adultos de la familia

1 Nombre del solicitante o persona a cargo (primero, segundo, apellido) | Relación del solicitante/persona a cargo con los niños | COUNTY USE

Nombre que figura en el Acta de Nacimiento	Sexo ❑ Masculino ❑ Femenino	Está embarazada ❑ Sí ❑ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ❑ Sí Fecha de la incapacidad _____ ❑ No	LINKAGE / CITIZEN/IMMIG. MC 13 / SSN / PREG / ID
Número de Seguro Social				
Fecha de nacimiento	Solicita Medi-Cal ❑ Sí ❑ No	Estado civil (marque uno) ❑ Casado ❑ Nunca estuvo casado ❑ Unido en convivencia ❑ Viudo ❑ Divorciado ❑ Separado (fecha) _____		
Nombre de la madre				

2 Nombre del cónyuge/Otro padre (primero, segundo, apellido) | Relación con el solicitante | LINKAGE / CITIZEN/IMMIG. MC 13 / SSN / PREG / ID

Nombre que figura en el Acta de Nacimiento	Sexo ❑ Masculino ❑ Femenino	Está embarazada ❑ Sí ❑ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ❑ Sí Fecha de la incapacidad _____ ❑ No
Número de Seguro Social			
Fecha de nacimiento	Solicita Medi-Cal ❑ Sí ❑ No	Estado civil (marque uno) ❑ Casado ❑ Nunca estuvo casado ❑ Unido en convivencia ❑ Viudo ❑ Divorciado ❑ Separado (fecha) _____	
Nombre de la madre			

Incluya aquí los nombres de los niños y los niños no nacidos aún (sólo miembros de la familia).

3 Nombre del niño (primero, segundo, apellido o "No nacido aún") | Relación con el solicitante | LINKAGE / CITIZEN/IMMIG. MC 13 / SSN / PREG / ID

Número de Seguro Social	Sexo ❑ Masculino ❑ Femenino	Está embarazada ❑ Sí ❑ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ❑ Sí Fecha de la incapacidad _____ ❑ No
Nombre que figura en el Acta de Nacimiento			
Fecha de nacimiento o fecha en que se estima que nacerá el niño	Solicita Medi-Cal ❑ Sí ❑ No	Asiste a la escuela ❑ Sí ❑ No	El padre o la madre (✔) ❑ Falleció ❑ Está incapacitado ❑ Está ausente ❑ Está desempleado
Nombre del padre			
Nombre de la madre	El niño vive en el hogar ❑ Sí ❑ No		

Medical Support ❑ Yes ❑ No
❑ CA 2.1
❑ Not in home 18-21 & tax dep?

4 Nombre del niño (primero, segundo, apellido o "No nacido aún") | Relación con el solicitante | LINKAGE / CITIZEN/IMMIG. MC 13 / SSN / PREG / ID

Número de Seguro Social	Sexo ❑ Masculino ❑ Femenino	Está embarazada ❑ Sí ❑ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ❑ Sí Fecha de la incapacidad _____ ❑ No
Nombre que figura en el Acta de Nacimiento			
Fecha de nacimiento o fecha en que se estima que nacerá el niño	Solicita Medi-Cal ❑ Sí ❑ No	Asiste a la escuela ❑ Sí ❑ No	El padre o la madre (✔) ❑ Falleció ❑ Está incapacitado ❑ Está ausente ❑ Está desempleado
Nombre del padre			
Nombre de la madre	El niño vive en el hogar ❑ Sí ❑ No		

Medical Support ❑ Yes ❑ No
❑ CA 2.1
❑ Not in home 18-21 & tax dep?

5 ¿Alguna de las personas está cubierta actualmente por un seguro de salud/dental o por Medicare?

Escriba el/los nombre(s) _____ Escriba el nombre del seguro _____

❑ DHS 6155
OHC Code: _____

6 ¿Alguna de las personas ha iniciado una demanda judicial por un accidente o lesión?

❑ Sí ❑ No Si la respuesta es sí, quién _____

❑ CWC 6041

7 a. ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido gastos médicos en los últimos tres meses?
b. ¿Esta persona desea solicitar cobertura de Medi-Cal para esos tres meses?

Escriba el/los nombre(s) _____ Mes(es) de cobertura _____

❑ MC 210A
Retroactive Coverage
Mo. ____ Mo. ____ Mo. ____

8 ¿Usted o algún miembro de su familia alguna vez ha pertenecido al servicio militar de los Estados Unidos?

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

❑ CA 5

Certifico que he leído y comprendo la información anterior. Asimismo, certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____