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) 657-2941

September 3, 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. : 99-44

CAMERA-READY COPIES OF THE SPANISH NOTICES OF ACTION FOR TRANSITIONAL MEDI-CAL (TMC) AND FOUR MONTH CONTINUING MEDI-CAL

Ref.: All County Welfare Directors Letter (ACWDL) No. 99-05

The purpose of this letter is to provide counties with the Spanish camera-ready copies of the new Notice of Action (NOA) approving benefits for the Four Month Continuing Medi-Cal program, a new NOA for the second year of TMC, and other revised NOAs and forms for the TMC program. The English version of these letters was sent to you on January 28, 1999, in ACWDL 99-05.

The MC 239 TMC-1 is currently being revised because the waiver that allows the Department of Health Services to extend TMC to those persons who were terminated from California Work Opportunity and Responsibility to Kids and Section 1931(b) persons due to marriage of the returning spouse (Wedfare) will end on June 30, 1999. No new Wedfare persons should be placed into TMC aid codes after this date. Persons who are currently in TMC due to Wedfare may continue for the remainder of their one year TMC program if they continue to be otherwise eligible, however, they are not eligible for the second year of TMC.

If you have any questions or suggestions about the status report, please contact Ms. Margie Buzdas of my staff at (916) 657-0726.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

ANGELINE MRVA, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

State of California—Health and Human Services Agency

Department of Health Services

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN DE BENEFICIOS COMPLETOS O LIMITADOS DEL PROGRAMA DE MEDI-CAL DE CUATRO MESES CONTINUOS

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre/Número del/de la trabajador(a) _____

Teléfono del/de la trabajador(a): _____

Esto afecta a: _____

_____

ESTE PROGRAMA PROPORCIONA CUATRO MESES DE BENEFICIOS CONTINUOS DE MEDI-CAL A CIERTAS PERSONAS QUE YA NO REÚNEN LOS REQUISITOS PARA SU PROGRAMA ACTUAL DE MEDI-CAL, POR HABER COBRADO O RECIBIDO UN AUMENTO EN EL COBRO DE MANUTENCIÓN DE HIJOS O CÓNYUGES.

Usted reúne los requisitos para el período del _____ al _____.

Usted tiene derecho a beneficios completos.

Sus beneficios solamente cubrirán servicios de emergencia y los relacionados al embarazo.

Usted recibirá beneficios del Programa de Medi-Cal de Cuatro Meses Continuos, hasta el mes indicado anteriormente, mientras siga siendo residente de California.

Presente siempre su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC.*

La regulación que exige esta acción es la Sección 50243, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

REPORTE TRIMESTRAL SOBRE LA SITUACIÓN MEDI-CAL DE TRANSICIÓN *(TMC)*

Este reporte es para los meses de			Devuelva este formulario a más tardar el día 21 de
Mes 1	Mes 2	Mes 3	

IMPORTANTE: COMPLETE, FIRME Y DEVUELVA ESTE REPORTE AL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL EN EL SOBRE ADJUNTO. Adjunte comprobante de sus ingresos, los gastos reales pagados por el cuidado de niños y el total de horas de empleo de los tres meses indicados anteriormente. Si tiene alguna pregunta referente a este formulario o a los artículos que se deben reportar, comuníquese con su trabajador(a) de elegibilidad.

- **Para Medi-Cal de Transición *(TMC)*)**—Usted recibirá reportes sobre la situación durante este período. Si no completa y devuelve estos reportes, se descontinuará su elegibilidad para recibir beneficios de *TMC*.

PARTE A.—PETICIÓN DE DESCONTINUACIÓN

Pido que mi ***Medi-Cal de Transición*** pare el último día de _____
Mes/Año

Sé que puedo volver a solicitar ***Medi-Cal*** en cualquier momento. _____ Firma del solicitante _____ Fecha

SI DESEA QUE CONTINÚE SU ELEGIBILIDAD DE *TMC*, POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PARTE B DE ESTE REPORTE.

PARTE B.—INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

1. ¿Recibió alguien algún ingreso, dinero o beneficios durante el período del reporte? (Sueldo, salario, propinas, comisiones, bonificaciones, pago por vacaciones.) ..... ☐ Sí ☐ No
Si así fue, adjunte comprobante.

¿Quién recibió ingresos, dinero o beneficios?	Clase de ingresos, dinero o beneficios (Vea lista anterior)	Cantidad antes de Deducciones		
		Mes 1	Mes 2	Mes 3
		Importe bruto $	Importe bruto $	Importe bruto $
		Horas trabajadas	Horas trabajadas	Horas trabajadas
		Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió
		Importe bruto $	Importe bruto $	Importe bruto $
		Horas trabajadas	Horas trabajadas	Horas trabajadas
		Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió
		Importe bruto $	Importe bruto $	Importe bruto $
		Horas trabajadas	Horas trabajadas	Horas trabajadas
		Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió
		Importe bruto $	Importe bruto $	Importe bruto $
		Horas trabajadas	Horas trabajadas	Horas trabajadas
		Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió	Fechas en que se recibió

2. ¿Usted o alguien pagó gastos por el cuidado de niños que no se han reembolsado o que no se reembolsarán?..... ☐ Sí ☐ No
Si así fue, llene lo siguiente:

Nombre del/de los niño(s)	Edad	Cantidad pagada por el cuidado de niños			Nombre del proveedor del cuidado de niños
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	

3. ¿Hubo cambios en su familia u hogar durante el período especificado? (Incluya cambio de dirección, cambio de proveedor de cuidado de niños, cambio de empleo, alguien que se mudó a o de su hogar o alguien nació o murió) ..... ☐ Sí ☐ No
Si así fue, complete lo siguiente:

Nombre	Parentesco	¿Qué ocurrió?	Fecha

4. a. ¿Usted o alguien tiene o espera recibir seguro médico privado? (Esto incluye seguro médico, hospitalización como *Kaiser, Blue Cross,* de la vista, seguro de atención médica a largo plazo o seguro dental pagado por un empleador, padre ausente u otra persona que vive dentro o fuera del hogar.)..... ☐ Sí ☐ No
b. ¿Usted tiene o espera recibir seguro médico por medio de su empleador? ..... ☐ Sí ☐ No
c. ¿Hay seguro médico a su disposición por parte de su empleador a cambio de una cuota?..... ☐ Sí ☐ No
Si así es, complete lo siguiente:

Nombre del seguro	Persona(s) Asegurada(s)

CERTIFICACIÓN

Entiendo que los datos reportados podrían ocasionar que los beneficios se cambien o se suspendan.

Entiendo que las declaraciones que he hecho en este formulario están sujetas a investigación y verificación.

Entiendo que tengo que notificar a mi trabajador(a) cualquier cambio en un plazo de 10 días.

Entiendo que el no reportar los datos o darlos erróneos o incompletos puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO CONFORME A LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS Y DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE REPORTE ES VERDADERA Y CORRECTA Y ES COMPLETA PARA EL PERÍODO TOTAL DEL REPORTE.

Firma o marca del solicitante	Número del Seguro Social	Fecha	Número de teléfono
			( )
Firma del testigo para la marca, intérprete u otra persona		Fecha	Número de teléfono
			( )

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

MEDI-CAL DE TRANSICIÓN *(TMC)*

APROBACIÓN DE BENEFICIOS LIMITADOS O COMPLETOS

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre/Número del/de la trabajador(a): _____

Teléfono del/de la trabajador(a): _____

Esto afecta a: _____

_____

EL *TMC* ES UN PROGRAMA QUE PROPORCIONA BENEFICIOS CONTINUOS DE MEDI-CAL, DE HASTA UN MÁXIMO DE 12 MESES, A CIERTAS PERSONAS QUE YA NO REÚNEN LOS REQUISITOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE SU PROGRAMA ACTUAL DE MEDI-CAL A CAUSA DEL EMPLEO, MATRIMONIO O POR REGRESAR A VIVIR CON SU ESPOSO O ESPOSA.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir beneficios iniciales del *TMC* por el período del _____ hasta el _____.

☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios completos.

☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios de emergencia y relacionados al embarazo.

Usted continuará recibiendo beneficios del *TMC* durante este período si tiene viviendo en su hogar a un niño(a) que reúna los requisitos y usted sigue empleado.

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

- Regresa el reporte sobre su situación que el condado le enviará, a más tardar el día 21 de _____ y está dentro del nivel de ingresos permitidos.
- Adjunta al reporte sobre su situación, comprobante de los ingresos brutos mensuales de su familia, y los costos reales del cuidado de niños que usted pagó. Conserva todas sus declaraciones de ingresos y recibos de cuidado de niños.

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

A fin de seguir reuniendo los requisitos para recibir seis meses adicionales de beneficios del *TMC*, se le requerirá que complete y regrese dos reportes sobre su situación que el condado le envió durante este período. El primer reporte se deberá entregar el día 21 del primer mes y el segundo reporte se deberá entregar el día 21 del cuarto mes de este período de seis meses adicionales. Usted también tiene que:

- Seguir empleado(a).
- Tener ingresos por debajo de cierto límite.
- Tener un(a) hijo(a) que reúna los requisitos viviendo en el hogar.

Presente siempre su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC*.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50244, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

Medi–Cal de Transición *(TMC)*

Negación o Descontinuación de Beneficios

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre/número del/de la trabajador(a): _____

Teléfono del/de la trabajador(a): _____

Esto afecta a: _____

_____
(Nombre)

- ☐ Sus beneficios bajo el *TMC* se descontinuarán a partir del último día de _____.
- ☐ La elegibilidad para recibir beneficios bajo el programa inicial del *TMC* termina _____ porque:
  - ☐ Ya no vive un(a) niño(a) en el hogar.
  - ☐ Otro:
- ☐ La elegibilidad para recibir beneficios adicionales o durante el segundo año del programa de *TMC* termina porque:
  - ☐ Ya no vive un(a) niño(a) en el hogar.
  - ☐ Usted no regresó un reporte completado sobre la situación.
  - ☐ Los ingresos brutos promedio de su familia (menos los costos del cuidado de niños) exceden el límite.
  - ☐ El pariente encargado del cuidado o el proveedor principal ya no trabaja.
  - ☐ Otro:
- ☐ Usted no reúne los requisitos para recibir beneficios:
  - ☐ Adicionales del *TMC*
  - ☐ Del Segundo Año del *TMC*
  - ☐ De cualquier otro programa de Medi-Cal

La razón es la siguiente:

☐ Usted recibirá una notificación por separado sobre su elegibilidad para el programa regular de Medi-Cal.

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO. Usted puede usarla nuevamente si vuelve a reunir los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50244, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

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

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
APROBACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGUNDO AÑO DE MEDI-CAL DE TRANSICIÓN *(TMC)*

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre/número del/de la trabajador(a): _____

Teléfono del/de la trabajador(a): _____

Esto afecta a: _____

_____
(Nombre)

UN SEGUNDO AÑO DE BENEFICIOS DEL *TMC* ESTÁ A LA DISPOSICIÓN DE PERSONAS QUE TRABAJAN, MAYORES DE 19 AÑOS QUE RECIBIERON UN AÑO DE BENEFICIOS DEL *TMC,* PORQUE YA NO REUNÍAN LOS REQUISITOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DEL PROGRAMA ACTUAL DE MEDI-CAL DEBIDO AL EMPLEO

☐ Usted reúne los requisitos durante un máximo de 12 meses adicionales de beneficios del *TMC,* sin costo, durante el período de _____ a _____ .

☐ Usted reúne los requisitos para recibir beneficios completos.

☐ Sus beneficios sólo cubren los servicios de emergencia y los relacionados al embarazo.

Usted tiene que:

- Seguir estando empleado.
- Tener a un(a) niño(a) que reúna los requisitos en el hogar.
- Tener ingresos promedio, menos los costos del cuidado de niños que estén a o por debajo del 185 por ciento del Nivel Federal de Pobreza *(FPL).*
- Completar y regresar cualesquier reportes sobre la situación que el condado le enviará, y adjuntar los ingresos brutos mensuales de su familia y los costos reales del cuidado de niños que usted pagó.

☐ Se le adjunta un reporte sobre la situación. Por favor devuélvalo a más tardar el día 21 del mes siguiente. Por favor, adjunte los ingresos brutos mensuales de su familia y los costos reales del cuidado de niños que usted pagó.

A usted se le requerirá completar y regresar _____ reportes sobre la situación que le envió el condado durante este período. El primer reporte se deberá entregar el 21 del mes de _____.

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC.*

La regulación que exige esta acción es la Sección 50244, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.