STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-2941

GRAY DAVIS, Governor

October18, 1999

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liasons
All County Mental Health Directors
All County Public Health Directors
All County QMB/SLMB/QI Program Coordinators
HICAP Program Managers

Letter No.: 99-52

DISTRIBUTION OF 1999, MC-14A FORMS (SPANISH) TO QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), OR QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) COORDINATORS AND HEALTH INSURANCE COUNSELING AND ADVOCACY PROGRAM (HICAP) MANAGERS

This is to provide the County QMB, SLMB, and QI Coordinators and HICAP Managers with a camera-ready, unstapled, three-page Spanish master of the MC-14A (4/99) which is the QMB, SLMB, QI mail-in application form. Within the coming week(s), the Department of Health Services (DHS), Medi-Cal Eligibility Branch will also send a drop shipment of 50 Spanish MC-14A forms to each County QMB, SLMB, and QI Coordinator and HICAP Manager. This letter also includes the English version, which was drop shipped to the County QMB/SLMB/QI Coordinators and HICAP Program Managers on July 19, 1999. Additional forms can be ordered from the DHS Warehouse, 1037 North Market Boulevard, Suite 9, Sacramento, California 95834.

If you need additional information regarding this letter or wish to make changes to county addresses, phone numbers, or County Coordinator's names listed on the back of the form, please either call Sylvia Finberg at (916) 657-0080, Vicki Partington at (916) 654-5909, or Cecilia Kelley at (916) 657-0168. Changes to the County Coordinator's list can also be faxed to the above at (916) 657-3224

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

ANGELINE MRVA, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE INDIVIDUOS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS, BENEFICIARIOS ELEGIBLES DE BAJOS INGRESOS DE MEDICARE *(QMB)* Y BENEFICIARIOS ESPECÍFICOS DE BAJOS INGRESOS DE MEDICARE *(SLMB)*

Nombre	Número del Seguro Social	Número de Medicare	Fecha

Número de teléfono ( )	Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a)

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

Esta información es para ayudarle a solicitar beneficios del Programa de Beneficiarios Elegibles de Bajos Ingresos de Medicare *(QMB)*, para el Programa de Beneficiarios Específicos de Bajos Ingresos de Medicare *(SLMB)* o para los programas de Individuo que Reúne los Requisitos *-1 o -2 (QI-1/QI-2)*. Es posible que el Estado pague las primas de las Partes A y B de Medicare, las cantidades deducibles y las cuotas de seguro conjunto a las personas que reúnan los requisitos para el QMB . El programa de Medi-Cal pagará las primas de la Parte B de Medicare a las personas que reúnan los requisitos para los programas de *SLMB* o *QI-1*. A las personas que reúnan los requisitos para el programa *QI-2* se les reembolsará parte de sus primas mensuales de la Parte B el año siguiente. Usted puede solicitar beneficios del *QMB, SLMB, QI-1* o *QI-2* enviando este formulario a su agencia local de Servicios Sociales del condado.

A fin de reunir los requisitos para recibir beneficios del *QMB, SLMB, QI-1*, o *QI-2*, usted tiene que:

- Reunir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- Reunir los requisitos para recibir la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Cumplir con los requisitos de ingresos a continuación:
  - ***QMB***: Ingresos contables netos al 100% del nivel federal de pobreza *(FPL)* (de $707* por persona soltera, o de $942 por pareja).
  - ***SLMB***: Ingresos contables netos por debajo del 120% del *FPL* (menos de $844* por persona soltera, o menos de $1,126* por pareja).
  - ***QI-1***: Ingresos contables netos por debajo del 135% del *FPL* (menos de $947* por persona soltera, o menos de $1,265* por pareja).
  - ***QI-2***: Ingresos contables netos por debajo del 175% del *FPL* (menos de $1,222* por persona soltera, o menos de $1,633* por pareja).
- Tener un máximo de $4,000 en bienes no exentos por persona soltera, o de $6,000 por pareja.
- Cumplir con ciertos requisitos y condiciones, tales como ser residente de California.

Enumere a todas las personas que vivan en su hogar (cónyuge/niños). Si más de tres personas viven con usted, puede enumerarlas en una hoja por separado.

Nombre	Número del Seguro Social	Sexo H=Hombre M=Mujer	Fecha de Nacimiento	Parentesco con usted

IMPORTANTE: Si usted u otros miembros de su familia parecen reunir los requisitos para otros programas de Medi-Cal, ¿desea solicitarlos? ☐ Sí ☐ No Si contesta sí, es posible que necesite completar otros formularios.

ENVÍE POR CORREO SU FORMULARIO COMPLETO A SU AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO (LAS DIRECCIONES SE INDICAN EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO)

Si un(a) niño(a) vive con usted en el hogar, es posible que estas cantidades sean más altas. Se espera que estas cantidades aumenten cada año en el mes de abril. Si recibió un ajuste de nivel de vida del Título II del Seguro Social en enero, esta cantidad no se tomará en cuenta hasta abril.

I. Anote los rendimientos MENSUALES del capital recibido por el/la solicitante como *QMB/SLMB/QI-1/QI-2*:

1. Cheque del Seguro Social $_____
2. Beneficios de la VA (Adm. de Beneficios para Veteranos) $_____
3. Intereses de cuentas bancarias o de certificado(s) de depósito $_____
4. Pensión de jubilación $_____
5. Cualquier otro ingreso $_____
6. Total DE RENDIMIENTOS DEL CAPITAL— Sume las líneas 1 a 5 $_____

II. Si está casado(a) y vive con su CÓNYUGE, anote los rendimientos MENSUALES del capital recibidos por su cónyuge:

7. Cheque del Seguro Social $_____
8. Beneficios de la VA (Adm. de Beneficios para Veteranos) $_____
9. Intereses de cuentas bancarias o de certificado(s) de depósito $_____
10. Cualquier otro ingreso $_____
11. Pensión de jubilación $_____
12. Total de RENDIMIENTOS DEL CAPITAL DEL/DE LA CÓNYUGE—Sume las líneas 7 a 11 $_____

III. Anote los rendimientos MENSUALES del capital recibidos por el/la solicitante y el/la cónyuge como *QMB/SLMB/QI-1/QI-2*:

13. Ingresos brutos de la persona que quiere ser *QMB, SLMB, QI-1*, o *QI-2* $_____
14. Ingresos brutos del/de la cónyuge $_____
15. Total—sume las líneas 13 y 14 $_____
16. Reste $65 $_____
17. Saldo $_____
18. Divida entre 2 $_____
19. Total de RENDIMIENTOS DEL CAPITAL— Sume las líneas 6, 12 y 18 $_____

COUNTY USE

Applicant's unearned income (line 6): $_____

Spouse's unearned income (line 12) +_____

_____

Any income deduction – 20

Net unearned income _____

Net earned income (line 19) +_____

Total net income _____

MFBU size _____

Compare to QMB/SLMB/QI-1/QI-2 income limit.

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.

IV. Posibles personas que reúnen los requisitos como *QMB, SLMB, QI-1*, o *QI-2*:

[Si un(a) niño(a) vive en el hogar con usted, es posible que estas cantidades sean más altas].

- ☐ Posiblemente reúna los requisitos para ser *QMB* si sus ingresos están al 100% del *FPL* (de $707 por persona soltera, o de $942 por pareja.
- ☐ Posiblemente reúna los requisitos para ser *SLMB* si sus ingresos están por debajo del 120% del *FPL* (por debajo de $844 por persona soltera, o menos de $1,126 por pareja).
- ☐ Posiblemente reúna los requisitos para ser *QI-1* si sus ingresos están por debajo del 135% del *FPL* (por debajo de $947 por persona soltera, o menos de $1,265 por pareja).
- ☐ Posiblemente reúna los requisitos para ser *QI-2* si sus ingresos están por debajo del 175% del *FPL* (por debajo de $1,222 por persona soltera, o menos de $1,633 por pareja).

Un(a) *QMB, SLMB, QI-1*, o *QI-2* que no esté casado(a), o que no viva con su cónyuge debe tener bienes contables equivalentes a o menores de $4,000. Un(a) *QMB, SLMB, QI-1*, o *QI-2* que esté casado(a) y que viva con su cónyuge debe tener bienes equivalentes a o menores de $6,000.

A continuación se le proporcionan algunos ejemplos de bienes contables. **Importante:** La casa en que su cónyuge o usted vive(n) ***no*** cuenta. Un automóvil usado como transporte ***tampoco*** cuenta. Si usted solicita beneficios del departamento de asistencia pública del condado como *QMB, SLMB, QI-1*, o *QI-2*, es posible que el condado considere los bienes enumerados en este formulario de manera diferente. Existen otra clase de bienes que el departamento de asistencia pública del condado también tendrá en cuenta, como por ejemplo certificados de depósito. Estos otros bienes pueden contar o no en lo referente al límite de bienes.

Anote el valor de los siguientes bienes que le pertenezcan a usted, a su cónyuge o a ambos.

1.	Cuentas corrientes	$_____
2.	Cuentas de ahorros	$_____
3.	Certificado(s) de depósito	$_____
4.	Acciones o valores	$_____
5.	Bonos u obligaciones	$_____
6.	Un segundo automóvil (valor menos la cantidad que aún debe)	$_____
7.	Una segunda casa (valor menos la cantidad que aún debe)	$_____
8.	El valor de rescate en efectivo de las pólizas de seguro de vida, si el valor nominal de ***todas*** las pólizas combinadas excede los $1,500 (No incluya las pólizas de seguro "a plazos")	$_____
9.	Total DE BIENES—Sume las líneas 1 a 8	**$_____

** Este total no puede exceder los $4,000 por persona soltera o los $6,000 por pareja.

COUNTY USE

Información adicional: Es posible que reúna los requisitos para recibir <u>*hasta tres meses de cobertura retroactiva*</u> de sus primas de la Parte B de Medicare.

NOTA: Un(a) *QMB, SLMB, QI-1*, o *QI-2* tiene que cumplir con ciertas otras condiciones de Medi-Cal. Por ejemplo, bajo ciertas condiciones, aquellos beneficios de Medi-Cal recibidos por un beneficiario después de cumplir los 55 años de edad son recuperables por el Estado, después del fallecimiento del mismo. La recuperación se puede hacer ya sea de los bienes del beneficiario de Medi-Cal, o de su distribuidor(a) o heredero(a), si al beneficiario no le sobrevive(n) su cónyuge, hijos menores o un(a) hijo(a) totalmente incapacitado(a).

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica y del Estado de California que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera, correcta y completa.

Firma (o huella) del/de la solicitante	Fecha
➤	

COUNTY USE

☐ QMB approved ☐ SLMB approved ☐ QI-1 approved ☐ QI-2 approved ☐ QMB/SLMB/QI-1/QI-2 denied

Eligibility Worker's signature	Date
➤	

Declaración sobre la privacidad

Las secciones 14011 y 14012 del Código de Asistencia Pública e Instituciones permite a los departamentos de asistencia pública del condado obtener cierta información de usted para decidir si usted o las personas que usted representa pueden obtener beneficios de Medi-Cal. Usted tiene que proporcionar estos datos para que Medi-Cal pague todas o parte de las primas de la Parte B de Medicare. El no proporcionar los datos necesarios podría ocasionar que se le negaran los beneficios de Medi-Cal.

La información se utilizará:

1. Por el departamento de asistencia pública del condado para establecer la elegibilidad inicial y continua de Medi-Cal.
2. Por los Sistemas Electrónicos de Datos *(EDS)* para tramitar reclamos y hacer Tarjetas de Identificación de Beneficios *(BICs)* para beneficios de Medi-Cal.
3. Por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos para llevar a cabo auditorías y revisiones de control de calidad y verificar números que el Estado asigna a los beneficiarios a quienes paga las primas de Medicare y números de Seguro Social *(SSNs)*.
4. Para verificar la condición de extranjeros con el Servicio de Inmigración y Naturalización *(INS)* solamente de los extranjeros que dicen haber recibido legalmente su residencia permanente o que dicen residir permanentemente en los Estado Unidos aparentemente de manera legal *(PRUCOL)* o de extranjeros que recibieron amnistía con una tarjeta I-688 válida y vigente. La información que el *INS* recibe puede utilizarse solamente para determinar la elegibilidad de Medi-Cal y no la pueden utilizar agentes de inmigración a menos que usted esté cometiendo fraude.
5. Por proveedores de servicios médicos y organizaciones para el mantenimiento de la salud para certificar la elegibilidad.
6. Para identificar cobertura de seguro médico y llevar a cabo acciones de recuperación.

La información que usted proporcione se mantendrá de manera confidencial. Para obtener más información o para tener acceso a su expediente, comuníquese con su agencia local de Servicios Sociales del condado o a la Administración del Seguro Social.

Mail Completed Form to your County Listed Below:

SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB)/ QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) COUNTIES LIST

01 ALAMEDA COUNTY
Social Services Agency
SLMB/QI Program
24041 Amador Street
Hayward, CA 94544
(510) 670-6221

02 ALPINE COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
P.O. Box 277
14810 Highway 89
Markleeville, CA 96120
(530) 694-2235

03 AMADOR COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
1003 Broadway
Jackson, CA 95642
(209) 223-6621

04 BUTTE COUNTY
Dept. of Social Welfare
SLMB/QI Program
42 County Center Drive
P.O. Box 1649
Oroville, CA 95965
(530) 538-6704

05 CALAVERAS COUNTY
Social Welfare Department
SLMB/QI Program
Government Center,
891 Mtn. Ranch Road
San Andreas, CA 95249
(209) 754-6444

06 COLUSA COUNTY
Hlth. and Human Svcs.
SLMB/QI Program
251 East Webster
P.O. Box 370
Colusa, CA 95932
(530) 458-0265

07 CONTRA COSTA
Social Services Dept.
SLMB/QI Program
40 Douglas Drive
Martinez, CA 94553
(925) 313-1545

08 DEL NORTE COUNTY
Welfare Department
SLMB/QI Program
981 H Street
Crescent City, CA 95531
(707) 464-3191

09 EL DORADO COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
3057 Briw Road
Placerville, CA 95667
(530) 642-7321

10 FRESNO COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
P.O. Box 1912
Fresno, CA 93750
(209) 453-6469

11 GLENN COUNTY
Human Resources Agcy.
SLMB/QI Program
420 E. Laurel Street
P.O. Box 611
Willows, CA 95988
(530) 934-6514

12 HUMBOLDT COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
929 Koster Street
Eureka, CA 95501
(707) 445-7706

13 IMPERIAL COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
2995 S. Fourth St., Ste. 105
El Centro, CA 92243
(760) 337-7408

14 INYO COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
162A Grove Street
Bishop, CA 93514
(619) 872-1394

15 KERN COUNTY
Dept. of Human Services
SLMB/QI Program
100 E. California Avenue
Bakersfield, CA 93307
(805) 631-6186

16 KINGS COUNTY
Human Services Agency
SLMB/QI Program
1200 South Drive
Hanford, CA 93230
(209) 582-3241 Ext. 4280

17 LAKE COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
1220 Martin Street
P.O. Box 190
Lakeport, CA 95453
(707) 262-3200

18 LASSEN COUNTY
Dept. of Social Welfare
SLMB/QI Program
720 Richmond Road
P.O. Box 1359
Susanville, CA 96130
(530) 257-8311 Ext. 157

19 LOS ANGELES COUNTY
Dept. of Public Soc. Svcs.
SLMB/QI Program
P.O. Box 91503
City of Industry, CA
91715-1503
(877) 597-4777

20 MADERA COUNTY
Dept. of Public Welfare
SLMB/QI Program
P.O. Box 569
Madera, CA 93639
(209) 675-2403

21 MARIN COUNTY
Dept. of Hlth & Hum Svcs
SLMB/QI Program
3501 Civic Center Branch
P.O. 4160
San Rafael, CA 94913
(415) 499-7089

22 MARIPOSA COUNTY
Dept. of Human Services
Social Services Division
SLMB/QI Program
5186 Highway 49 North
P.O. Box 7
Mariposa, CA 95338
(209) 966-3609

23 MENDOCINO COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
747 South State Street
P.O. Box 1060
Ukiah, CA 95482
(707) 463-7828 Ext. 173

Mail Completed Form to your County Listed Below:

SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB)/ QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) COUNTIES LIST

24 MERCED COUNTY
Human Services Agency
SLMB/QI Program
P.O. Box 112
Merced, CA 95641
(209) 385-3000 Ext. 5488

25 MODOC COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
120 North Main Street
Alturas, CA 96101
(530) 233-6501

26 MONO COUNTY
Dept. of Social Welfare
SLMB/QI Program
P.O. Box 576
Bridgeport, CA 93517
(619) 932-7291

27 MONTEREY COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
1000 S. Main St., Ste. 208
Salinas, CA 93901
(408) 755-4407

28 NAPA COUNTY
Health and Human Svcs.
SLMB/QI Program
2261 Elm Street
Napa, CA 94558
(707) 253-4106

29 NEVADA COUNTY
Dept. of Public Soc. Svcs.
SLMB/QI Program
950 Maidu Avenue
P.O. Box 1210
Nevada City, CA 95959
(530) 265-1635

30 ORANGE COUNTY
Social Services Agency
SLMB/QI Program
888 North Main Street, #154
Santa Ana, CA 92701-3518
(714) 541-7750

31 PLACER COUNTY
County Welfare Dept.
SLMB/QI Program
11519 B Avenue
Auburn, CA 95603
(800) 889-7610 (Toll-Free)

32 PLUMAS COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
270 County Hospital Road
Room 207
Quincy, CA 95971
(530) 283-6464

33 RIVERSIDE COUNTY
Dept. of Public Soc. Svcs.
SLMB/QI Program
P.O. Box 7789
Riverside, CA 92503
(909) 358-3044

34 SACRAMENTO COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
1725 28th Street
Sacramento, CA 95816
(916) 874-2580

35 SAN BENITO COUNTY
Human Services Agency
SLMB/QI Program
1111 San Felipe Rd, #206
Hollister, CA 95023
(408) 637-5336

36 SAN BERNARDINO CTY
Dept. of Public Soc. Svcs.
SLMB/QI Program
150 South Lena Road
San Bernardino, CA
92415-0515
(Call local Dept. of Social Svcs.)

37 SAN DIEGO COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
7947 Mission Center Ct.
San Diego, CA 92108
(619) 531-6293

38 SAN FRANCISCO CNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
P.O. Box 7988
San Francisco, CA 94120
(415) 558-1855

39 SAN JOAQUIN COUNTY
Dept. of Public Assist.
SLMB/QI Program
333 East Washington
P.O. Box 201056
Stockton, CA 95201
(209) 468-1453

40 SAN LUIS OBISPO CTY.
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
P.O. Box 8119
San Luis Obispo, CA
93403-8119
(805) 781-1885

41 SAN MATEO COUNTY
Human Services Agency
SLMB/QI Program
1487 Huntington Avenue
So. San Francisco, CA 94080
(650) 595-7500

42 SANTA BARBARA CNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
1100 West Laurel Avenue
Lompoc, CA 93436
(805) 737-7056

43 SANTA CLARA COUNTY
Social Services Agency
SLMB/QI Program
1919 Senter Road
San Jose, CA 95112
(408) 271-5500

44 SANTA CRUZ COUNTY
Human Resources Agency
SLMB/QI Program
1320 Emeline Street
P.O. Box 1320
Santa Cruz, CA 95061
(408) 454-4142

45 SHASTA COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
2460 Breslauer Way
P.O. Box 496005
Redding, CA 96049
(530) 225-5596

46 SIERRA COUNTY
Human Services
SLMB/QI Program
202 Front Street
P.O. Box 1019
Loyalton, CA 96118
(530) 993-6720

47 SISKIYOU COUNTY
Human Services
SLMB/QI Program
Court House, Room #4
311 4th Street
Yreka, CA 96097
(530) 841-2702

Mail Completed Form to your County Listed Below:

SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB)/ QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) COUNTIES LIST

48 SOLANO COUNTY
Public Welfare Dept.
SLMB/QI Program
P.O. Box 5050
Fairfield, CA 94533
(707) 553-5144

49 SONOMA COUNTY
Social Services Dept.
SLMB/QI Program
2550 Paulin Drive
P.O. Box 1539
Santa Rosa, CA 95402
(707) 527-2269

50 STANISLAUS COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
P.O. Box 42
Modesto, CA 95353
(209) 558-2690

51 SUTTER COUNTY
Welfare & Social Svcs.
SLMB/QI Program
190 Garden Highway
P.O. Box 1535
Yuba, CA 95992-1535
(530) 822-7230 Ext. 220

52 TEHAMA COUNTY
Dept. of Social Welfare
SLMB/QI Program
P.O. Box 1515
Red Bluff, CA 96080
(530) 528-4095

53 TRINITY COUNTY
Dept. of Hlth & Hum Svcs
SLMB/QI Program
P.O. Box 1470
Weaverville, CA 96093
(530) 623-1265

54 TULARE COUNTY
Dept. of Public Soc. Svcs.
SLMB/QI Program
5957 S. Mooney Blvd.
P.O. Box 671
Visalia, CA 93277
(209) 737-4660 Ext. 2106

55 TUOLUMNE COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
20075 Cedar Road North
Sonora, CA 95370
(209) 533-5725

56 VENTURA COUNTY
Public Soc. Svcs. Agency
SLMB/QI Program
505 Poli Street
Ventura, CA 93001
(805) 652-7815

57 YOLO COUNTY
Dept. of Social Services
SLMB/QI Program
500 A Jefferson Boulevard
Suite 100
West Sacramento, CA 95605
(916) 375-6214

58 YUBA COUNTY
County Welfare Dept.
SLMB/QI Program
P.O. Box 2320
Marysville, CA 95901
(530) 749-6311