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) 657-0258

February 28, 2001

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

Letter No.: 01-12

CAMERA-READY COPIES OF THE MODEL NURSING FACILITY WAIVER NOTICES OF ACTION AND THE SPANISH TRANSITIONAL MEDI-CAL STATUS REPORTS

Ref.: All County Welfare Directors Letter (ACWDL) Nos. 01-02, 01-09

The purpose of this letter is to provide counties with camera-ready copies of the Model Nursing Facility Waiver Notices of Action (NOA) and the Spanish Transitional Medi-Cal Status Reports.

The Model Nursing Facility Waiver is for children who are living in the home, have special medical needs, and who are not eligible for Medi-Cal using regular eligibility income and property rules. Counties should use the Model Nursing Facility Waiver Approval Notice if the applicant is determined eligible using special deeming rules as described in the Medi-Cal Procedures Manual Article 19D after receiving a referral from the Department of Health Services In-Home Operations staff. Counties should send a copy of the appropriate NOA to the office in the county area as listed below:

In-Home Operations
Northern Region-Intake,
Eligibility Liaisons
700 North 10th Street, Box 942732
Sacramento, CA 95814
(916) 324-1020

The Article 19D Waiver Procedures are in the process of being revised. One of the revisions will clarify that an applicant for either the Model or Department of Developmental Services (DDS) waiver should be evaluated under the Medi-Cal program that provides him/her with no share-of-cost (SOC). For example, if a child has income of his/her own which results in a SOC in the Medically Needy (MN) or Medically Indigent (MI) program, or he/she is ineligible due to excess property even when the waiver rules are applied, the child should be evaluated for the appropriate Percent program using the special waiver deeming rules.

If the applicant is an adult and has income over the limit for the MN program, he/she should be evaluated for the Aged and Disabled program, the 250 Percent Working Disabled program, or the Severely Disabled Working program, if appropriate using the special waiver deeming rules.

If the child or adult can not be found eligible for any no SOC Medi-Cal program using the special deeming rules and is eligible for only the MN or MI program with a SOC, counties should use the appropriate Model or DDS SOC aid code. If the applicant is property ineligible, he/she should be denied.

The Spanish Transitional Medi-Cal (TMC) status reports are only used for the first year of TMC. Status reporting has been eliminated for the second year of state-only TMC for persons 19 years old and above (see ACWDL 01-02). The MC 176 TMC A (SP) is the pin feed version if counties prefer to order it.

For more information, please contact Ms. Margie Buzdas at (916) 657-0726.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Glenda Arellano
Acting Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
MODEL NURSING FACILITY WAIVER
APPROVAL FOR BENEFITS

(COUNTY STAMP)

Notice date: _____

Case number: _____

Worker name: _____

Worker number: _____

Worker telephone number: _____

Worker hours: _____

This affects: _____

_____
(Name)

The Model Nursing Facility Waiver program is limited to persons who require the nursing facility level of care or subacute services but who wish to live at home or in the community. The income and property of a parent or spouse is not used in the determination for the applicant or beneficiary.

☐ You are eligible for this program at no cost.

☐ You are eligible for this program with a monthly share-of-cost of $ _____.

- You do not have to fill out monthly or quarterly status reports to get Medi-Cal.
- You must report within ten days any changes in your income, property, medical condition, or household situation.
- You will have to complete a form for your Medi-Cal annual review.
- Getting Medi-Cal does not reduce any time limits for the CalWORKS program.

Please notify your worker if there are any changes in your medical condition, living situation, income, or property.

Always present your 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 BIC.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 51346.

cc: In-Home Operations

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
MODEL NURSING FACILITY WAIVER
DENIAL OR DISCONTINUANCE OF BENEFITS

(COUNTY STAMP)

Notice date: _____

Case number: _____

Worker name: _____

Worker number: _____

Worker telephone number: _____

This affects: _____

_____
(Name)

The Model Nursing Facility Waiver program is limited to persons who require the nursing facility level of care or subacute services but who wish to live at home or in the community. The income and property of a parent or spouse is not used in the determination for the applicant or beneficiary.

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

☐ Your application date of _____ is denied.

Here is/are the reason(s) why:

☐ Your property is over the limit of $_____.

☐ You no longer have nursing services.

☐ You are no longer/not living in the home.

You will receive another notice if you are eligible for another Medi-Cal program.

DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC BENEFITS IDENTIFICATION CARD (BIC). You can use it again if you become eligible or are eligible for another Medi-Cal program.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 51346.

cc: In-Home Operations

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/de la 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, como sueldo, salario, propinas, comisiones, bonificaciones, pago por vacaciones? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.** ..... ☐ Sí ☐ No

Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____

2. ¿Usted o alguien de su familia recibió dinero o beneficios de otras fuentes, como seguro de incapacidad, de desempleo, manutención de niños o del seguro social? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.** ..... ☐ Sí ☐ No

Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

3. a. ¿**Recibió** usted o algún familiar vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa **gratis** en el mes del reporte? ❒ Sí ❒ No
   b. ¿Usted o algún familiar **trabajó por** vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa en el mes del reporte? ❒ Sí ❒ No

Si la respuesta a las preguntas 4a y 4b es sí, usted tiene que contestar las tres preguntas en el siguiente renglón.

(1) ¿Qué se recibió?	(2) ¿Quién lo recibió?	(3) ¿Quién lo proporcionó?

4. ¿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, complete lo siguiente:

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

5. ¿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, cambio de propiedad, alguien que se mudó a o de su hogar, alguien que esté embarazada o alguien que nació o murió.) Si así fue, complete lo siguiente: ❒ Sí ❒ No

Nombre	Parentesco	¿Qué ocurrió?	Fecha

6. a. ¿Usted o alguien tiene o espera recibir seguro médico, de la vista o dental privado? (Esto incluye seguro pagado por un padre ausente.) ❒ Sí ❒ No
   b. ¿Usted tiene o espera recibir seguro médico por medio de su empleador? ❒ Sí ❒ No
   c. ¿Ofrece su empleador seguro médico a cambio de una cuota mínima? ❒ 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 diez 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/de la solicitante	Fecha	Número de teléfono ( )
Firma del/de la testigo para la marca, intérprete u otra persona	Fecha	Número de teléfono ( )

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/de la 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, como sueldo, salario, propinas, comisiones, bonificaciones, pago por vacaciones? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.** ..... ☐ Sí ☐ No

Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Total de horas trabajadas:	_____	_____	_____

2. ¿Usted o alguien de su familia recibió dinero o beneficios de otras fuentes, como seguro de incapacidad, de desempleo, manutención de niños o del seguro social? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.** ..... ☐ Sí ☐ No

Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Nombre / Empleador/fuente		Mes 1	Mes 2	Mes 3
	¿Ingresos recibidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

3. a. ¿**Recibió** usted o algún familiar vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa **gratis** en el mes del reporte? ❒ Sí ❒ No
   b. ¿Usted o algún familiar **trabajó por** vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa en el mes del reporte? ❒ Sí ❒ No

Si la respuesta a las preguntas 4a y 4b es sí, usted tiene que contestar las tres preguntas en el siguiente renglón.

(1) ¿Qué se recibió?	(2) ¿Quién lo recibió?	(3) ¿Quién lo proporcionó?

4. ¿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, complete lo siguiente:

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

5. ¿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, cambio de propiedad, alguien que se mudó a o de su hogar, alguien que esté embarazada o alguien que nació o murió.) Si así fue, complete lo siguiente: ❒ Sí ❒ No

Nombre	Parentesco	¿Qué ocurrió?	Fecha

6. a. ¿Usted o alguien tiene o espera recibir seguro médico, de la vista o dental privado? (Esto incluye seguro pagado por un padre ausente.) ❒ Sí ❒ No
   b. ¿Usted tiene o espera recibir seguro médico por medio de su empleador? ❒ Sí ❒ No
   c. ¿Ofrece su empleador seguro médico a cambio de una cuota mínima? ❒ 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 diez 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/de la solicitante	Fecha	Número de teléfono ( )
Firma del/de la testigo para la marca, intérprete u otra persona	Fecha	Número de teléfono ( )