State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Services

California Department of Health Services
DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr. P.H.
Director

GRAY DAVIS
Governor

March 7, 2003

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.: 03-11

SUBJECT: MC 210 PS—PROPERTY SUPPLEMENT

The purpose of this letter is to inform counties that the form MC 210 PS (Property Supplement) is to replace the MC 210 S-P (Property/Resources) which is obsolete. Supplies are now available through the warehouse. A camera-ready copy of the MC 210 PS has been enclosed for you to use for duplication until your order is received. Please dispose of your current supplies of the MC 210 S-P after receipt of this letter. [*Important: When a current MC 210 S-P is in the file, it is not necessary to replace it with the new MC 210 PS.*]

The MC 210 PS is to be used in conjunction with the MC 210 (Mail-In Application) and the MC 210 RV (Annual Redetermination).

This form must be mailed to the applicant when questions 41, 42, 43 and/or 44 on the Mail-In Application are marked "yes" and no verification was submitted with the application. This form must also be mailed when the applicant answers "yes" to questions 45, 46 and/or 47.

The MC 210 PS must also be mailed when the recipient marks "yes" to questions 12, 17, 18 and/or 19 on the MC 210 RV (Annual Redetermination) and has not provided verification of the change in property at the same time the redetermination form was submitted. [*Note: Property must be verified at redetermination ONLY when there is a change or when the value of the property is variable (e.g., financial institution accounts).*]

Flex your POWER
Do your part to help California save energy. To learn more about saving energy, visit the following web site: www.consumerenergycenter.org/flex/index.html

714 P STREET, ROOM 1692, P.O. BOX 942732, SACRAMENTO, CA 94234-7320
(916) 657-2941
Internet Address: www.dhs.ca.gov

If you have further questions regarding this form, please contact Mr. Bob Laederich at (916) 657-0080.

Original signed by

Beth Fife, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

Case name: _____

Worker's name: _____

Worker's telephone number: _____

PROPERTY SUPPLEMENT

STOP: If you are applying for no-cost Medi-Cal for ***children*** and/or ***pregnant women*** applying for pregnancy related services, you do not need to complete this form. You may be contacted later if necessary.

GO: If you are applying for full coverage Medi-Cal for a family including adults, pregnant women, and children, please complete this form and be sure to list all your property. The county worker will determine which properties are important to your application. If you have any questions, please contact your worker. **Note:** Owning a home does not make you ineligible for Medi-Cal.

Mark the box under **YES** or **NO** for each item held in the name of, or held for the benefit of a Medi-Cal applicant, parent, stepparent, child, or spouse of a Medi-Cal applicant. Please follow the instruction below each question.

	YES	NO	ITEM
1.	☐	☐	Shares of stock or mutual funds. *If yes, please provide a copy of the stock or mutual fund certificates indicating the number of shares.*
2.	☐	☐	Individual Retirement Accounts (IRAs), Keoghs, or work-related pension funds. *If yes, please provide the most recent statements from your employer, financial institution, or brokerage indicating the amount of principal and interest you are receiving or the cash value (after penalties for early withdrawal).*
3.	☐	☐	Annuities, burial trusts, burial contracts or burial insurance, trusts, blocked accounts, court-ordered settlements, judgments, orders for support, prenuptial and post-nuptial agreements, promissory notes, mortgages, deeds of trusts, etc. *If yes, please provide copies of the policies, contracts, trusts, purchase agreements, court orders, account documents showing investments and distributions.*
4.	☐	☐	Business accounts and property. *If yes, please provide tax returns, invoices, receipts, licenses, profit and loss statements, etc.*
5.	☐	☐	House, condominium, ranch, land, mobile home, or life estate that is your home that you live in, or that is your former home and is lived in by your spouse, child under 21, disabled son or daughter, dependent relative, or a sibling who lived in the property continuously and provided care for one year which enabled you to remain in the home rather than a nursing facility. *If yes, please list address of property here:*_____ *No verification is required.*
6.			If you own a home or former home and you are absent for any reason (including admission into long-term care) but intend to return home someday, please indicate below. **NOTE:** The word "intend" means "desire or wish" to return home even though you may not be physically or mentally able to do so. ☐ Yes, I intend to return home someday. ☐ No, I do not intend to return home someday.

*Please list the address of the property here:*_____
No verification is required if you answered that you do intend to return home someday. If you answered that you do ***NOT*** *intend to return someday, please submit a copy of the most recent tax assessment. If you choose to, you may provide an appraisal from a qualified real estate appraiser and that value will be used if it is lower.*

7. ☐ ☐ Other real estate, condominiums, buildings, mobile homes, life estates, time shares, oil and mineral rights.
If yes, please provide copies of the mortgage papers, most recent tax assessment, registration, or ownership documents.

8. ☐ ☐ Motorcycles, trailers, boats, or other motorized vehicles that are not used by you as a home.
Please provide a copy of the most recent registrations, copies of "pink slips," purchase agreements, sales receipts, or estimates of value from a qualified source. On the submitted verification for each item, indicate if the item is used :

- *on the job (such as a taxi);*
- *to travel long distances to work (such as a truck used by a contractor working out of town);*
- *to carry the main supply of fuel or water for your home;*
- *to transport a disabled or incapacitated family member living in the home or if it is business property.*

9 . ☐ ☐ Jewelry (not wedding rings, engagement rings, or heirlooms) worth more than $100.00.
If yes, please provide copies of sales receipts, appraisals, estimates of value or insurance documents.

10. ☐ ☐ Any other real or personal property, assets, or resources valued at $500 or more.
If yes, send copies verifying the property and its worth.

11. ☐ ☐ Has anyone spent or used any of the items listed above in payment for, or as security for medical services?
If yes, please explain below and attach verifications.

1 through 11. ***If you owe money on any of the items listed above, or if any of the items listed above have liens against them, please provide copies of the lien, loan, or security documents.***

Additional information:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nombre del caso: _____

Nombre del/de la trabajador(a): _____

Teléfono del/de la trabajador(a): _____

SUPLEMENTO DE BIENES

PARE: Si usted está solicitando Medi-Cal sin costo alguno para ***niños*** o ***mujeres embarazadas*** que solicitan servicios relacionados con el embarazo, usted no necesita completar este formulario. Es posible que se le llame más tarde, si es necesario.

SIGA: Si usted está solicitando Medi-Cal de cobertura completa para una familia, incluyendo adultos, mujeres embarazadas y niños, por favor complete este formulario, y asegúrese de incluir todos sus bienes. El/la trabajador(a) del condado determinará qué bienes son importantes para su solicitud. Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su trabajador(a). **Nota:** El ser propietario(a) de una casa no impide su elegibilidad para Medi-Cal.

Marque la casilla debajo de **SÍ** o **NO** para cada artículo a nombre de, o que se tiene para el beneficio de un(a) solicitante de Medi-Cal, para uno de los padres, padrastro/madrastra o cónyuge de un(a) solicitante de Medi-Cal. Por favor, siga las indicaciones debajo de cada pregunta.

	SÍ	NO	ARTÍCULO
1.	☐	☐	Participaciones de acciones o de fondos comunes de inversiones. *Si la respuesta es sí, por favor proporcione una copia de los certificados de las acciones o fondos comunes, indicando el número de participaciones.*
2.	☐	☐	Cuentas Individuales de Jubilación (*IRAs*), *Keoghs* o fondos de pensión relacionados con el trabajo. *Si la respuesta es sí, por favor proporcione las declaraciones más recientes de su empleador, institución financiera o agente financiero , indicando la cantidad del capital y de los intereses que usted esté recibiendo, o el valor en efectivo (después de las sanciones por retiro temprano).*
3.	☐	☐	Pensiones, fideicomisos para entierro, contratos de entierro o seguro de entierro, fideicomisos, cuentas congeladas, arreglos financieros, fallos y órdenes de mantenimiento, ordenados por un tribunal, a cuerdos prematrimoniales y después del matrimonio, pagarés, hipotecas, escrituras fiduciarias, etc. *Si la respuesta es sí, por favor proporcione copias de las pólizas, contratos, fideicomisos, acuerdos de compra, órdenes del tribunal, documentos de las cuentas que indiquen las inversiones y las distribuciones.*
4.	☐	☐	Cuentas y bienes comerciales. *Si la respuesta es sí, por favor proporcione declaraciones de impuestos, facturas, recibos, licencias, declaraciones de ganancias y pérdidas, etc.*
5.	☐	☐	Casa, condominio, rancho, terreno, casa móvil o derecho de un inmueble durante la vida del derechohabiente, que es la casa en que usted vive, o que es su casa, anterior, y en la que habita su cónyuge, hijo(a) menor de 21 años, hijo(a) incapacitado(a), pariente dependiente o un(a) hermano(a) que vivió en la propiedad continuamente y proporcionó cuidado durante un año, lo cual le permitió a usted permanecer en la casa, y no en un centro de convalecencia. *Si la respuesta es sí, por favor indique la dirección de la propiedad aquí:* _____ *No se requiere comprobante.*
6.			Si usted es propietario(a) de una casa o una casa, anterior, y usted está ausente por cualquier razón (incluyendo ingreso a un establecimiento de atención a largo plazo), pero tiene la intención de regresar a casa algún día, por favor indíquelo abajo. **NOTA:** La palabra "intención" significa "deseo" de regresar a casa, aunque es posible que usted no esté física ni mentalmente capacitado(a) para hacerlo. ☐ Sí, yo tengo la intención de regresar a casa algún día. ☐ No, yo no tengo la intención de regresar a casa algún día.

Por favor, indique la dirección de la propiedad aquí: _____

No se requiere comprobante, si usted constestó que tiene la intención de regresar a casa algún día. Si usted contestó que ***NO*** *tiene la intención de regresar algún día, por favor presente una copia de la valoración fiscal más reciente. Si usted lo decide, puede proporcionar un aval úo de un(a) evaluador(a) autorizado(a) de bienes raíces, y ese valor se utilizará, si es menor.*

7. ☐ ☐ Otros bienes raíces, condominios, edificios, casas móviles, derechos de inmuebles durante la vida del derechohabiente, departamentos de tiempo compartido, derechos a petróleo y minerales.

Si la respuesta es sí, por favor proporcione copias de los documentos de la hipoteca, las valuaciones fiscales más recientes, los documentos de registro o de propiedad.

8. ☐ ☐ Motocicletas, casas-remolques, barcos o vehículos motorizados que usted no utiliza como casa.

Por favor proporcione una copia de los registros más recientes, copias de los títulos de propiedad, acuerdos de compra, recibos de ventas o presupuestos de su valor de una fuente autorizada. En el comprobante que se presente para cada artículo, indique si el artículo se usa :

- *en el trabajo (como por ejemplo un taxi);*
- *para recorrer largas distancias para trabajar (como una camioneta utilizada por un contratista que trabaja fuera de la ciudad);*
- *para llevar el abastecimiento principal de combustible o agua para su casa;*
- *para transportar a un(a) pariente incapacitado(a) que vive en la casa, o si es propiedad comercial.*

9. ☐ ☐ Joyería (excluyendo anillos de bodas, anillos de compromiso o reliquias heredadas) con un valor de más de $100.00 dólares.

Si la respuesta es sí, por favor proporcione copias de los recibos de ventas, avalúos, presupuestos de valor o documentos de seguro.

10. ☐ ☐ Cualquier otros bienes raíces o personales, bienes (activos) o recursos valorados en $500.00 dólares o más.

Si la respuesta es sí, envíe copias que comprueben los bienes y su valor.

11. ☐ ☐ ¿Ha gastado o utilizado alguien cualquiera de los artículos enumerados anteriormente en pago por, o como garantía para servicios médicos?

Si la respuesta es sí, por favor explique enseguida, y adjunte comprobantes.

1 al 11. ***Si usted debe dinero en cualquiera de los artículos enumerados anteriormente, o si cualquiera de los artículos enumerados anteriormente tienen embargos en su contra, por favor proporcione copias del embargo, préstamo o documentos de garantía.***

Información adicional:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____