STATE OF CALIFORNIA--HEALTH AND WELFARE AGENCY

PETE WILSON, Governor

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
714/744 P STREET
P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320

May 13, 1991
Letter No.: 91-49

TO: All County Welfare Directors
All County Medi-Cal Liaisons

SUBJECT: MC 009 AND MC 210 UPDATE

This is to inform you that certain changes must be made in the use of the new MC 210 (5/90) and the MC 009 (1/91).

In a recent court filing in the Crespin v. Kizer litigation, plaintiffs have identified several ways in which they believe the MC 210 and MC 009 do not comply with the preliminary injunction previously issued by the Superior Court in Alameda County. In order for the Department to avoid a possible citation for contempt, the Department and the plaintiffs have agreed (1) to modify the forms, and (2) that the Department will direct the counties to take the actions described below until the revised forms are available.

MC 009

The MC 009 must always be given to Medi-Cal applicants with the new MC 210 (5/90). A camera ready copy of the revised MC 009 is enclosed for immediate reproduction. If you use the old MC 009 in the interim period, please line out the following sentence on both the English and Spanish versions under the section entitled "Verification of Immigration Status": "If you are an amnesty alien and are not under age 18, not age 65 or over, and not blind or disabled, your status will be verified regardless of the level of benefits for which you apply". We have enclosed a sample copy of how this lining out will look on both the English and Spanish versions of the MC 009. Once you have reproduced the MC 009 from the enclosed camera ready copy, please destroy your current supply of form MC 009.

We will inform you when the revised MC 009 is available in the warehouse. It should be approximately two to three weeks from the date of this letter.

MC 210

As of May 1, 1991, the 5/90 version of the MC 210 is to be used for all Medi-Cal applicants.

You must line out, by using a small tipped felt pen of any color, all eleven boxes entitled "Citizen/Alien Status", "Birthplace (City/State)" and "Alien

Number" on pages 1 and 2 of the MC 210. We have enclosed a sample copy of how this lining out will look on the English and Spanish versions of the MC 210.

As an alternative to making manual corrections, you may wish to reproduce the entire form MC 210 (5/90) using a camera ready copy of pages 1 and 2 which we have also enclosed with this letter. The above-mentioned information will have to be obtained for applicants for full Medi-Cal benefits on form MC 13, Statement of Citizenship, Alienage and Immigration Status.

Retain your current supply of MC 210 (5/90) forms until we provide instructions for their disposition.

REGULATIONS

ACWDL No. 91-11, which transmitted the final IRCA/OBRA regulations, states that the regulations are not in conflict with the Ruiz v. Kizer and Crespin v. Kizer court injunctions. In their motion regarding contempt, plaintiffs have also questioned whether the regulations do, in fact, comply with the court's order.

Until this matter is resolved, counties must continue to apply the provisions in All County Welfare Directors Letter No. 88-87 and the various other ACWDLs implementing IRCA/OBRA requirements relating to Medi-Cal rather than the provisions of California Code of Regulations, title 22, sections 50169(e), 50169(f)(3) and (f)(4), 50187(a), 50302(d) and (e), and 50304(a).

Specifically, your implementation of the below-listed regulations is to be guided by the following instructions:

* Under section 50304(a), county departments shall not require any applicant for or recipient of restricted benefits to declare under penalty of perjury whether they are citizens or nationals of the United States or aliens.

* Under section 50169(f)(3), county departments shall not verify a change in immigration status for restricted benefit applicants/beneficiaries when such information comes from form MC 210, MC 13, or MC 009, or is otherwise obtained by asking for such information as part of the applicant's/beneficiary's Medi-Cal case.

* Under section 50169(e), county departments shall not verify the immigration status of restricted benefit applicants/beneficiaries when such information comes from form MC 210, MC 13, or MC 009, or

is otherwise obtained by asking for such information as part of the applicant's/beneficiary's Medi-Cal case.

* Under sections 50169(f)(4), 50187(a), 50302(d) or 50302(e), county departments shall not require restricted benefit applicants/beneficiaries to provide social security numbers (SSN).

We will keep you informed of our progress in resolving this issue.

REMINDER

Please remind your staff that under no circumstances are they to ask for information about citizenship/alienage status, place of birth, social security number or alien registration number from applicants for restricted Medi-Cal benefits.

If you have any questions or difficulty in implementing these instructions, please contact Linda Hayes at (916) 323-5861, (ATSS) 473-5861.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

cc: Medi-Cal Liaisons
Medi-Cal Program Consultants

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION FOR APPLICANTS AND BENEFICIARIES OF MEDI-CAL

READ this information BEFORE you give the county welfare department information on any form that requests your Social Security number, birthplace, citizenship or immigration status.

MEDI-CAL BENEFITS FOR CITIZENS

U.S. citizens are eligible for full Medi-Cal benefits if they meet all other Medi-Cal requirements. U.S. citizen applicants are not eligible for restricted Medi-Cal benefits.

MEDI-CAL BENEFITS FOR ALIENS

Aliens who meet all other program requirements are eligible for full Medi-Cal benefits or restricted Medi-Cal benefits (limited to emergency and pregnancy-related services) depending on their immigration status. Alien applicants eligible for full Medi-Cal benefits are not eligible for restricted Medi-Cal benefits.

IF YOU ARE APPLYING FOR OR RECEIVING FULL MEDI-CAL BENEFITS

You must give the county welfare department information about your citizenship, place of birth, Social Security number and, if you are an alien, immigration status.

Aliens may receive full Medi-Cal benefits if they are otherwise eligible and one of the following:

- Lawfully admitted for permanent residence.
- Granted amnesty and are under age 18, age 65 or over, blind or disabled.
- Permanently Residing (in the U.S.) Under Color Of Law (PRUCOL).

IF YOU ARE AN ALIEN APPLYING FOR OR RECEIVING RESTRICTED MEDI-CAL BENEFITS ONLY

You are not required to give the county welfare department information about the immigration status, place of birth or Social Security number of yourself or any member of your family requesting or receiving restricted benefits.

Restricted Medi-Cal benefits are available to aliens who meet all other Medi-Cal requirements and are:

- Undocumented.
- Granted amnesty and not under age 18, not age 65 or over, not blind or disabled.
- Persons with temporary visas (students, visitors, etc.)

IF YOU CURRENTLY RECEIVE OR NEED LONG-TERM-CARE BENEFITS

You must give the county welfare department information regarding your Social Security number, place of birth, citizenship, and, if you are an alien, immigration status.

VERIFICATION OF IMMIGRATION STATUS

If you are an alien, your immigration status will be verified through the Immigration and Naturalization Service (INS) if you provide your immigration documents to the county welfare department. ~~If you are an amnesty alien and are not under age 18, not age 65 or over, and not blind or disabled, your status will be verified regardless of the level of benefits for which you apply.~~ The INS is prohibited by law from using any information obtained through the verification system to detain or deport any alien who is not legally present in the U.S. If you have questions, please contact your local legal aid office or center for immigrant rights.

USE THIS CHART TO SEE IF YOU MUST GIVE THE FOLLOWING INFORMATION WHEN APPLYING FOR MEDI-CAL

INFORMATION REQUESTED ON FORM	ALIEN APPLYING FOR RESTRICTED BENEFITS	ANYONE APPLYING FOR FULL BENEFITS
Citizenship	NO	YES
Immigration Status	NO	YES
Place of Birth	NO	YES
Social Security Number	NO	YES

INFORMACION SOBRE ESTADO MIGRATORIO/CIUDADANIA PARA SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS DE MEDI-CAL

LEA esta información ANTES de completar cualquier forma del departamento de bienestar del condado donde se le pida que proporcione su número del Seguro Social, lugar de nacimiento, o información respecto a su ciudadanía o estado legal.

BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA CIUDADANOS

Las personas con ciudadanía estadounidense son elegibles para recibir beneficios completos de Medi-Cal si llenan todos los otros requisitos de Medi-Cal. Los solicitantes que tengan ciudadanía estadounidense no son elegibles para recibir beneficios limitados de Medi-Cal.

BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA EXTRANJEROS

Las personas extranjeras que reúnan todos los otros requisitos de Medi-Cal son elegibles para recibir beneficios de Medi-Cal completos o limitados (los servicios se limitan a casos de emergencia y los relacionados con el embarazo) dependiendo del estado o condición legal de la persona. Los extranjeros que sean elegibles para recibir beneficios completos de Medi-Cal no son elegibles para recibir beneficios limitados de Medi-Cal.

SI USTED ESTA SOLICITANDO O RECIBIENDO BENEFICIOS COMPLETOS DE MEDI-CAL

Tiene que proporcionarle al departamento de bienestar del condado información respecto a su ciudadanía, lugar de nacimiento, número del Seguro Social, y si usted es extranjero, su estado migratorio.

Es posible que las personas extranjeras puedan recibir beneficios completos de Medi-Cal si reúnen todos los requisitos y:

- Si se le ha admitido legalmente en calidad de extranjero con residencia permanente.
- Si se le ha otorgado amnistía y si es menor de 18 años, o usted tiene, o es mayor de 65 años de edad, o está ciego o incapacitado.
- Si está residiendo permanentemente (en los E.E.U.U) bajo amparo de la ley (PRUCOL).

SI USTED ES UN EXTRANJERO QUE ESTA SOLICITANDO O RECIBIENDO UNICAMENTE BENEFICIOS LIMITADOS DE MEDI-CAL

No se le requiere que proporcione al departamento de bienestar del condado información respecto a su estado migratorio, lugar de nacimiento o número del Seguro Social de usted ni de cualquier miembro de su familia que esté solicitando o recibiendo beneficios limitados.

Los beneficios limitados de Medi-Cal están a la disposición a personas extranjeras quienes reúnen todos los otros requisitos de Medi-Cal y los cuales:

- Estén indocumentados.
- Se les haya otorgado amnistía y no son menores de 18 años, o no tienen o no son mayores de 65 años de edad, y no están ciegos o incapacitados.
- Tengan visa provisional (estudiantes, visitantes, etc.)

SI USTED ACTUALMENTE ESTA RECIBIENDO O NECESITA RECIBIR BENEFICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO

Tiene que proporcionarle al departamento de bienestar del condado información respecto a su número del Seguro Social, lugar de nacimiento, ciudadanía, y si usted es extranjero, su estado migratorio.

VERIFICACION DE SU ESTADO MIGRATORIO

Si usted es extranjero, se verificará su estado migratorio por medio del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) si le proporciona al departamento de bienestar del condado sus documentos de inmigración. ~~Si usted es un extranjero bajo amnistía y no es menor de 18 años, no tiene, o no es mayor de 65 años de edad, y no está ciego o incapacitado, su estado legal será verificado sin importar el nivel de beneficios que usted solicite.~~ El INS tiene prohibido por ley, usar cualquier información que obtenga por medio del sistema de verificación para aprender o deportar cualquier extranjero que no esté legalmente en los E.E.U.U. (U.S.). Si tiene preguntas, por favor comuníquese con su oficina local de asesoramiento legal (Legal Aid) o centro que trate con asuntos respecto a los derechos de inmigrantes.

USE ESTA TABLA PARA VER SI USTED TIENE QUE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACION AL SOLICITAR BENEFICIOS DE MEDI-CAL

INFORMACION QUE SE SOLICITA EN LA FORMA	EXTRANJERO SOLICITANDO BENEFICIOS LIMITADOS	CUALQUIERA SOLICITANDO BENEFICIOS COMPLETOS
Ciudadanía	NO	SI
Estado legal	NO	SI
Lugar de nacimiento	NO	SI
Número del Seguro Social	NO	SI

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION FOR APPLICANTS AND BENEFICIARIES OF MEDI-CAL

READ this information BEFORE you give the county welfare department information on any form that requests your Social Security number, birthplace, citizenship or immigration status.

MEDI-CAL BENEFITS FOR CITIZENS

U.S. citizens are eligible for full Medi-Cal benefits if they meet all other Medi-Cal requirements. U.S. citizen applicants are not eligible for restricted Medi-Cal benefits.

MEDI-CAL BENEFITS FOR ALIENS

Aliens who meet all other program requirements are eligible for full Medi-Cal benefits or restricted Medi-Cal benefits (limited to emergency and pregnancy-related services) depending on their immigration status. Alien applicants eligible for full Medi-Cal benefits are not eligible for restricted Medi-Cal benefits.

IF YOU ARE APPLYING FOR OR RECEIVING FULL MEDI-CAL BENEFITS

You must give the county welfare department information about your citizenship, place of birth, Social Security number and, if you are an alien, immigration status.

Aliens may receive full Medi-Cal benefits if they are otherwise eligible and one of the following:

- Lawfully admitted for permanent residence.
- Granted amnesty and are under age 18, age 65 or over, blind or disabled.
- Permanently Residing (in the U.S.) Under Color Of Law (PRUCOL).

IF YOU ARE AN ALIEN APPLYING FOR OR RECEIVING RESTRICTED MEDI-CAL BENEFITS ONLY

You are not required to give the county welfare department information about the immigration status, place of birth or Social Security number of yourself or any member of your family requesting or receiving restricted benefits.

Restricted Medi-Cal benefits are available to aliens who meet all other Medi-Cal requirements and are:

- Undocumented.
- Granted amnesty and not under age 18, not age 65 or over, not blind or disabled.
- Persons with temporary visas (students, visitors, etc.)

IF YOU CURRENTLY RECEIVE OR NEED LONG-TERM-CARE BENEFITS

You must give the county welfare department information regarding your Social Security number, place of birth, citizenship, and, if you are an alien, immigration status.

VERIFICATION OF IMMIGRATION STATUS FOR FULL BENEFITS

If you are an alien applying for full benefits, your immigration status will be verified through the Immigration and Naturalization Service (INS) once you provide your immigration documents to the county welfare department. The INS is prohibited by law from using any information obtained through the verification system to detain or deport any alien who is not legally present in the U.S. If you have questions, please contact your local legal aid office or center for immigrant rights.

USE THIS CHART TO SEE IF YOU MUST GIVE THE FOLLOWING INFORMATION WHEN APPLYING FOR MEDI-CAL

INFORMATION REQUESTED ON FORM	ALIEN APPLYING FOR RESTRICTED BENEFITS	ANYONE APPLYING FOR FULL BENEFITS
Citizenship	NO	YES
Immigration Status	NO	YES
Place of Birth	NO	YES
Social Security Number	NO	YES

INFORMACION SOBRE ESTADO MIGRATORIO/CIUDANANIA PARA SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS DE MEDI-CAL

LEA esta información ANTES de completar cualquier forma del departamento de bienestar del condado donde se le pida que proporcione su número del Seguro Social, lugar de nacimiento, o información respecto a su ciudananía o estado legal.

BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA CIUDADANOS

Las personas con ciudananía estadounidense son elegibles para recibir beneficios completos de Medi-Cal si llenan todos los otros requisitos de Medi-Cal. Los solicitantes que tengan ciudananía estadounidense no son elegibles para recibir beneficios limitados de Medi-Cal.

BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA EXTRANJEROS

Las personas extranjeras que reúnan todos los otros requisitos de Medi-Cal son elegibles para recibir beneficios de Medi-Cal completos o limitados (los servicios se limitan a casos de emergencia y los relacionados con el embarazo) dependiendo del estado o condición legal de la persona. Los extranjeros que sean elegibles para recibir beneficios completos de Medi-Cal no son elegibles para recibir beneficios limitados de Medi-Cal.

SI USTED ESTA SOLICITANDO O RECIBIENDO BENEFICIOS COMPLETOS DE MEDI-CAL

Tiene que proporcionarle al departamento de bienestar del condado información respecto a su ciudananía, lugar de nacimiento, número del Seguro Social, y si usted es extranjero, su estado migratorio.

Es posible que las personas extranjeras puedan recibir beneficios completos de Medi-Cal si reúnen todos los requisitos y:

- Si se le ha admitido legalmente en calidad de extranjero con residencia permanente.
- Si se le ha otorgado amnistía y si es menor de 18 años, o usted tiene, o es mayor de 65 años de edad, o está ciego o incapacitado.
- Si está residiendo permanentemente (en los E.E.U.U) bajo amparo de la ley (PRUCOL).

SI USTED ES UN EXTRANJERO QUE ESTA SOLICITANDO O RECIBIENDO UNICAMENTE BENEFICIOS LIMITADOS DE MEDI-CAL

No se le requiere que proporcione al departamento de bienestar del condado información respecto a su estado migratorio, lugar de nacimiento o número del Seguro Social de usted ni de cualquier miembro de su familia que esté solicitando o recibiendo beneficios limitados.

Los beneficios limitados de Medi-Cal están a la disposición a personas extranjeras quienes reúnen todos los otros requisitos de Medi-Cal y los cuales:

- Estén indocumentados.
- Se les haya otorgado amnistía y no son menores de 18 años, o no tienen o no son mayores de 65 años de edad, y no están ciegos o incapacitados.
- Tengan visa provisional (estudiantes, turistas, etc.)

SI USTED ACTUALMENTE ESTA RECIBIENDO O NECESITA RECIBIR BENEFICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO

Tiene que proporcionarle al departamento de bienestar del condado información respecto a su número del Seguro Social, lugar de nacimiento, ciudananía, y si usted es extranjero, su estado migratorio.

VERIFICACION DE SU ESTADO MIGRATORIO PARA BENEFICIOS COMPLETOS

Si usted es extranjero que está solicitando beneficios completos, se verificará su estado migratorio por medio del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) una vez que le proporcione al departamento de bienestar del condado sus documentos de inmigración. El INS tiene prohibido por ley, usar cualquier información que obtenga por medio del sistema de verificación para aprender o deportar cualquier extranjero que no esté legalmente en los E.E.U.U. (U.S.). Si tiene preguntas, por favor comuníquese con su oficina local de asesoramiento legal (Legal Aid) o centro que trate con asuntos respecto a los derechos de inmigrantes.

USE ESTA TABLA PARA VER SI USTED TIENE QUE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACION AL SOLICITAR BENEFICIOS DE MEDI-CAL

INFORMACION QUE SE SOLICITA EN LA FORMA	EXTRANJERO SOLICITANDO BENEFICIOS LIMITADOS	CUALQUIERA SOLICITANDO BENEFICIOS COMPLETOS
Ciudadanía	NO	SI
Estado legal	NO	SI
Lugar de nacimiento	NO	SI
Número del Seguro Social	NO	SI

STATEMENT OF FACTS (MEDI-CAL)

If you are completing this form for someone else, the term "applicant" and "you" means the person you are applying for. "Family Member means applicant, spouse, or applicant's or spouse's children under 21. If you need more space, use (40).

INSTRUCTIONS: Print all answers in ink (black ink is best). If you have problems with any questions, your worker will help you. Use receip and records to help you answer questions. Bring the receipts and records with you to the interview to support your answers.

(1) Name of Applicant or Caretaker/Relative of Child(ren) for whom Medi-Cal is being requested

Telephone Number(s)

Home Address (Number, Street, City, State, and ZIP Code)

Home: _____

Mailing Address (If Different From Above)

Work: _____

(2) List adult family members living in the home. Also, complete for a related caretaker of the child(ren) if he/she wants Medi-Cal.

			COUNTY USE ONLY			
A. Applicant or Caretaker's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal ☐ No Medi-Cal	ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]				
[redacted]	Marital Status (check one) ☐ Married ☐ Never Married ☐ Common Law ☐ Widowed ☐ Separated ☐ Divorced (Date)		☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Birthdate	Relationship to Child(ren) in (3) Below (parent, aunt, etc.)				
B. Other Adult's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal ☐ No Medi-Cal	ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]				
[redacted]	Marital Status (check one) ☐ Married ☐ Never Married ☐ Common Law ☐ Widowed ☐ Separated ☐ Divorced (Date)		☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Birthdate	Relationship to Child(ren) in (1) Below (parent, aunt, etc.)				

(3) List each child for whom you want Medi-Cal. List all other children living in the home or being claimed by you as a tax dependent. List unborn children

			Is Either Parent (✓):							
A. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased	Incapacitated	Absent	Unemployed	ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Birthdate	Mother's Name					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name								
B. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased	Incapacitated	Absent	Unemployed	ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Birthdate	Mother's Name					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name								
C. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased	Incapacitated	Absent	Unemployed	ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Birthdate	Mother's Name					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name								

IF YOU ARE REQUESTING MEDICAL SERVICES FOR MORE THAN THREE (3) CHILDREN, CONTINUE ON REVERSE.

* Please read the "Citizenship/Immigration Status Information for Applicants and Beneficiaries of Medi-Cal" before completing this section.

Continued—List additional children for whom you want Medi-Cal. List all other children living in the home or being claimed by you as a tax dependent. List unborn children.

			Is Either Parent (✓):	COUNTY USE ONLY			
D. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Depriv. Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	Birthdate	Mother's Name		MC 13			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name		☐ MC 845			
E. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Depriv. Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	Birthdate	Mother's Name		☐ MC 13			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name		☐ MC 845			
F. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Depriv. Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	Birthdate	Mother's Name		☐ MC 13			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name		☐ MC 845			
G. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Depriv. Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	Birthdate	Mother's Name		☐ MC 13			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name		☐ MC 845			
H. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Depriv. Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	Birthdate	Mother's Name		☐ MC 13			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name		☐ MC 845			
I. Child's Name (First, Middle, Last)		For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal	Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Depriv. Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*	[redacted]	[redacted]					
[redacted]	Birthdate	Mother's Name		☐ MC 13			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name		☐ MC 845			

Please read the "Citizenship/Immigration Information for Applicants and Beneficiaries of Medi-Cal before completing this section

DECLARACION DE DATOS (MEDI-CAL)

Si usted está llenando esta forma para otra persona, la expresión "solicitante" y "usted" significa la persona para quien está usted solicitando; "miembro de la familia" significa el solicitante, esposo(a), y los hijos del solicitante o su esposo(a) que sean menores de 21 años. Si necesita más espacio use la sección marcada con el número (40).

INSTRUCCIONES: Escriba con tinta en letra de imprenta (tinta negra es mejor). Su trabajador(a) le ayudará si tiene problemas con alguna pregunta. Use recibos y registros para ayudarse a contestar las preguntas. Traiga estos recibos y registros a la entrevista para apoyar sus respuestas.

(1) Nombre del solicitante o persona encargada/pariente del menor(es) de edad para quien se solicitan beneficios de Medi-Cal.

Número(s) de teléfono

Hogar: _____

Direccion (número, calle, ciudad, zona postal)

Trabajo: _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior)

(2) Indique los miembros adultos de la familia que viven en el hogar. Igualmente indique el nombre del pariente que se encarga del cuidado del menor si él/ella desea beneficios de Medi-Cal.

UNICAMENTE PARA USO DEL CONDADO

A. Nombre y apellido del solicitante o persona encargada

Para esta persona ¿desea Ud. cobertura de Medi-Cal? (Marque uno) ❑ completa ❑ limitada ❑ ninguna

No. del Seguro Social *

[redacted]

Ciudadanía/estado legal (Marque uno)*

[redacted]

Lugar de nacimiento (ciudad, estado)

Estado civil (Marque uno)
❑ casado ❑ viviendo juntos ❑ separado (Fecha) _____
❑ nunca casado ❑ viudo ❑ divorciado _____

Sexo ❑ masculino ❑ femenino

Fecha de nacimiento

Parentesco con el menor(es) (3) enseguida (Padre, tía, etc.)

ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.

❑ MC 13

❑ MC 845

B. Nombre y apellido de otro adulto(s)

Para esta persona ¿desea Ud. cobertura de Medi-Cal? (Marque uno) ❑ completa ❑ limitada ❑ ninguna

No. del Seguro Social *

[redacted]

Ciudadanía/estado legal (Marque uno)*

[redacted]

Lugar de nacimiento (ciudad, estado)

Estado civil (Marque uno)
❑ casado ❑ viviendo juntos ❑ separado (Fecha) _____
❑ nunca casado ❑ viudo ❑ divorciado _____

Sexo ❑ masculino ❑ femenino

Fecha de nacimiento

Parentesco con el menor(es) (3) enseguida (Padre, tía, etc.)

ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.

❑ MC 13

❑ MC 845

(3) Indique cada niño para quien se está solicitando Medi-Cal. Anote los nombres de otros niños que vivan en el hogar o que Ud reclame como dependientes. Indique niños que aún no han nacido.

A. Nombre del niño (nombre completo y apellido)

¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ❑ completa ❑ limitada ❑ ninguna

No. del Seguro Social*

[redacted]

Ciudadanía/estado legal (Marque uno)*

[redacted]

Lugar de nacimiento (ciudad, estado)

Fecha de nacimiento

Nombre de la madre

Sexo ❑ masculino ❑ femenino

¿Estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No

Nombre del padre

Uno de los dos padres está: (Indíquelo (✓))

Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo

ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.

❑ MC 13

❑ MC 845

B. Nombre del niño (nombre completo y apellido)

¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ❑ completa ❑ limitada ❑ ninguna

No. del Seguro Social*

[redacted]

Ciudadanía/estado legal (Marque uno)*

[redacted]

Lugar de nacimiento (ciudad, estado)

Fecha de nacimiento

Nombre de la madre

Sexo ❑ masculino ❑ femenino

¿Estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No

Nombre del padre

Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo

ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.

❑ MC 13

❑ MC 845

C. Nombre del niño (nombre completo y apellido)

¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ❑ completa ❑ limitada ❑ ninguna

No. del Seguro Social*

[redacted]

Ciudadanía/estado legal (Marque uno)*

[redacted]

Lugar de nacimiento (ciudad, estado)

Fecha de nacimiento

Nombre de la madre

Sexo ❑ masculino ❑ femenino

¿Estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No

Nombre del padre

Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo

ID	Depriv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.

❑ MC 13

❑ MC 845

SI ESTA SOLICITANDO BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA MAS DE TRES (3) NIÑOS, CONTINUE AL REVERSO DE ESTA FORMA.

* Antes de completar esta sección, por favor lea "Información sobre Estado de Inmigración/Ciudadanía para Solicitantes y Beneficiarios de Medi-Cal.

Continuación—Indique otros niños para quien se está solicitando beneficios de Medi-Cal. Anote los nombre de otros niños que vivan en el hogar o que Ud. reclame como dependientes para los impuestos. Indique niños que aún no han nacido.

			Uno de los dos padres está: (Indíquelo (✓))				UNICAMENTE PARA USO DEL CONDADO			
D. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.
No. del Seguro Social*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
E. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
No. del Seguro Social*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
F. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
No. del Seguro Social*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
G. Nombre del niño (nombre, inicial, apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
No. del Seguro Social*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
H. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
No. del Seguro Social*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
I. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen Alien Verif.
No. del Seguro Social*	[redacted]	[redacted]								
[redacted]	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								

Antes de completar esta sección, por favor lea "Información sobre Estado de Inmigración/Ciudadanía para Solicitantes y Beneficiarios de Medi-Cal.

STATEMENT OF FACTS (MEDI-CAL)

If you are completing this form for someone else, the term "applicant" and "you" means the person you are applying for. "Family Member" means applicant, spouse, or applicant's or spouse's children under 21. If you need more space, use (40).

INSTRUCTIONS: Print all answers in ink (black ink is best). If you have problems with any questions, your worker will help you. Use receipts and records to help you answer questions. Bring the receipts and records with you to the interview to support your answers.

(1) Name of Applicant or Caretaker/Relative of Child(ren) for whom Medi-Cal is being requested

Home Address (Number, Street, City, State, and ZIP Code)

Mailing Address (If Different From Above)

Telephone Number(s)

Home: _____

Work: _____

(2) List adult family members living in the home. Also, complete for a related caretaker of the child(ren) if he/she wants Medi-Cal.

COUNTY USE ONLY

A. Applicant or Caretaker's Name (First, Middle, Last)

For This Person, Do You Want (check one) ❑ Full Medi-Cal ❑ Restricted Medi-Cal ❑ No Medi-Cal

Social Security Number*

Marital Status (check one) ❑ Married ❑ Never Married ❑ Common Law ❑ Widowed ❑ Divorced ❑ Separated (Date) _____

Sex ❑ Male ❑ Female

Birthdate

Relationship to Child(ren) in (3) Below (parent, aunt, etc.)

ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.

❑ MC 13
❑ MC 845

B. Other Adult's Name (First, Middle, Last)

For This Person, Do You Want (check one.) ❑ Full Medi-Cal ❑ Restricted Medi-Cal ❑ No Medi-Cal

Social Security Number*

Marital Status (check one) ❑ Married ❑ Never Married ❑ Common Law ❑ Widowed ❑ Divorced ❑ Separated (Date) _____

Sex ❑ Male ❑ Female

Birthdate

Relationship to Child(ren) in (3) Below (parent, aunt, etc.)

ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.

❑ MC 13
❑ MC 845

(3) List each child for whom you want Medi-Cal. List all other children living in the home or being claimed by you as a tax dependent. List unborn children.

A. Child's Name (First, Middle, Last)

For This Person, Do You Want (check one) ❑ Full Medi-Cal ❑ Restricted Medi-Cal ❑ No Medi-Cal

Social Security Number*

Birthdate

Mother's Name

Sex ❑ Male ❑ Female

Full-time Student? ❑ Yes ❑ No

Father's Name

Is Either Parent (✓): Deceased	Incapacitated	Absent	Unemployed	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.

❑ MC 13
❑ MC 845

B. Child's Name (First, Middle, Last)

For This Person, Do You Want (check one) ❑ Full Medi-Cal ❑ Restricted Medi-Cal ❑ No Medi-Cal

Social Security Number*

Birthdate

Mother's Name

Sex ❑ Male ❑ Female

Full-time Student? ❑ Yes ❑ No

Father's Name

Deceased	Incapacitated	Absent	Unemployed	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.

❑ MC 13
❑ MC 845

C. Child's Name (First, Middle, Last)

For This Person, Do You Want (check one) ❑ Full Medi-Cal ❑ Restricted Medi-Cal ❑ No Medi-Cal

Social Security Number*

Birthdate

Mother's Name

Sex ❑ Male ❑ Female

Full-time Student? ❑ Yes ❑ No

Father's Name

Deceased	Incapacitated	Absent	Unemployed	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.

❑ MC 13
❑ MC 845

IF YOU ARE REQUESTING MEDICAL SERVICES FOR MORE THAN THREE (3) CHILDREN, CONTINUE ON REVERSE.

* Please read the "Citizenship/Immigration Status Information for Applicants and Beneficiaries of Medi-Cal" before completing this section. **DO NOT ANSWER THIS SECTION IF YOU ARE APPLYING FOR RESTRICTED BENEFITS ONLY.**

			Is Either Parent (✓):	COUNTY USE ONLY			
D. Child's Name (First, Middle, Last)	For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal		Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Deprivv Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*							
Birthdate	Mother's Name			☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name					
E. Child's Name (First, Middle, Last)	For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal		Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Deprivv Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*							
Birthdate	Mother's Name			☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name					
F. Child's Name (First, Middle, Last)	For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal		Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Deprivv Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*							
Birthdate	Mother's Name			☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name					
G. Child's Name (First, Middle, Last)	For This Person Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal		Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Deprivv Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*							
Birthdate	Mother's Name			☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name					
H. Child's Name (First, Middle, Last)	For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal		Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Deprivv Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*							
Birthdate	Mother's Name			☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name					
I. Child's Name (First, Middle, Last)	For This Person, Do You Want (check one) ☐ Full Medi-Cal ☐ No Medi-Cal ☐ Restricted Medi-Cal		Deceased / Incapacitated / Absent / Unemployed	ID	Deprivv Verif	SSN	Citizen/ Alien Verif
Social Security Number*							
Birthdate	Mother's Name			☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sex ☐ Male ☐ Female	Full-time Student? ☐ Yes ☐ No	Father's Name					

* Please read the "Citizenship/Immigration Information for Applicants and Beneficiaries of Medi-Cal" before completing this section. **DO NOT ANSWER THIS SECTION IF YOU ARE APPLYING FOR RESTRICTED BENEFITS ONLY.**

DECLARACION DE DATOS (MEDI-CAL)

Si usted está llenando esta forma para otra persona, la expresión "solicitante" y "usted" significa la persona para quien está usted solicitando; "miembro de la familia" significa el solicitante, esposo(a), y los hijos del solicitante o su esposo(a) que sean menores de 21 años. Si necesita más espacio use la sección marcada con el número (40).

INSTRUCCIONES: **Escriba con tinta en letra de imprenta** (tinta negra es mejor). Su trabajador(a) le ayudará si tiene problemas con alguna pregunta. Use recibos y registros para ayudarse a contestar las preguntas. Traiga estos recibos y registros a la entrevista para apoyar sus respuestas.

(1) Nombre del solicitante o persona encargada/pariente del menor(es) de edad para quien se solicitan beneficios de Medi-Cal.

Número(s) de teléfono

Hogar: _____

Trabajo: _____

Direccion (número, calle, ciudad, zona postal)

Direccion postal (si es diferente de la anterior)

(2) Indique los miembros adultos de la familia que viven en el hogar. Igualmente indique el nombre del pariente que se encarga del cuidado del menor si él/ella desea beneficios de Medi-Cal.

UNICAMENTE PARA USO DEL CONDADO

A. Nombre y apellido del solicitante o persona encargada | Para esta persona ¿desea Ud. cobertura de Medi-Cal? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna | ID | Depriv. Verif. | SSN | Citizen/ Alien Verif.

No. del Seguro Social *

Estado civil (Marque uno) ☐ casado ☐ viviendo juntos ☐ separado ☐ nunca casado ☐ viudo ☐ divorciado (Fecha) _____

☐ MC 13
☐ MC 845

Sexo ☐ masculino ☐ femenino | Fecha de nacimiento | Parentesco con el menor(es) (3) enseguida (Padre, tia, etc.)

B. Nombre y apellido de otro adulto(s) | Para esta persona ¿desea Ud. cobertura de Medi-Cal? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna | ID | Depriv. Verif. | SSN | Citizen/ Alien Verif.

No. del Seguro Social *

Estado civil (Marque uno) ☐ casado ☐ viviendo juntos ☐ separado ☐ nunca casado ☐ viudo ☐ divorciado (Fecha) _____

☐ MC 13
☐ MC 845

Sexo ☐ masculino ☐ femenino | Fecha de nacimiento | Parentesco con el menor(es) (3) enseguida (Padre, tia, etc.)

(3) Indique cada niño para quien se está solicitando Medi-Cal. Anote los nombres de otros niños que vivan en el hogar o que Ud reclame como dependientes. Indique niños que aún no han nacido.

A. Nombre del niño (nombre completo y apellido) | ¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna | Uno de los dos padres está: (Indíquelo (✓)): Muerto, Incapacitado, Ausente, Sin empleo | ID | Depriv. Verif. | SSN | Citizen/ Alien Verif.

No. del Seguro Social*

Fecha de nacimiento | Nombre de la madre

☐ MC 13
☐ MC 845

Sexo ☐ masculino ☐ femenino | ¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No | Nombre del padre

B. Nombre del niño (nombre completo y apellido) | ¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna | Muerto, Incapacitado, Ausente, Sin empleo | ID | Depriv. Verif. | SSN | Citizen/ Alien Verif.

No. del Seguro Social*

Fecha de nacimiento | Nombre de la madre

☐ MC 13
☐ MC 845

Sexo ☐ masculino ☐ femenino | ¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No | Nombre del padre

C. Nombre del niño (nombre completo y apellido) | ¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna | Muerto, Incapacitado, Ausente, Sin empleo | ID | Depriv. Verif. | SSN | Citizen/ Alien Verif.

No. del Seguro Social*

Fecha de nacimiento | Nombre de la madre

☐ MC 13
☐ MC 845

Sexo ☐ masculino ☐ femenino | ¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No | Nombre del padre

SI ESTA SOLICITANDO BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA MAS DE TRES (3) NIÑOS, CONTINUE AL REVERSO DE ESTA FORMA.

* Antes de completar esta sección, por favor lea "Información sobre Estado de Inmigración/Ciudananía para Solicitantes y Beneficiarios de Medi-Cal". **NO CONTESTE ESTA SECCION SI ESTA SOLICITANDO SOLAMENTE BENEFICIOS RESTRINGIDOS.**

③ **Continuación**—Indique otros niños para quien se está solicitando beneficios de Medi-Cal. Anote los nombre de otros niños que vivan en el hogar o que Ud. reclame como dependientes para los impuestos. Indique niños que aún no han nacido.

			Uno de los dos padres está: (Indíquelo (✓))				UNICAMENTE PARA USO DEL CONDADO			
D. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.
No. del Seguro Social*										
	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
E. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.
No. del Seguro Social*										
	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
F. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.
No. del Seguro Social*										
	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
G. Nombre del niño (nombre, inicial, apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.
No. del Seguro Social*										
	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
H. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.
No. del Seguro Social*										
	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								
I. Nombre del niño (nombre completo y apellido)		¿Desea cobertura de Medi-Cal para esta persona? (Marque uno) ☐ completa ☐ limitada ☐ ninguna	Muerto	Incapacitado	Ausente	Sin empleo	ID	Deprv. Verif.	SSN	Citizen/ Alien Verif.
No. del Seguro Social*										
	Fecha de nacimiento	Nombre de la madre					☐ MC 13 ☐ MC 845			
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	¿Estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No	Nombre del padre								

* Antes de completar esta sección, por favor lea "Información sobre Estado de Inmigración/Ciudananía para Solicitantes y Beneficiarios de Medi-Cal". **NO CONTESTE ESTA SECCION SI ESTA SOLICITANDO SOLAMENTE BENEFICIOS RESTRINGIDOS.**