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

February 25, 1993

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

Letter No.: 93-12

SUBJECT: Ruiz v. Kizer - Presumptive Eligibility/Alien Status

All County Welfare Directors Letter #92-48

The purpose of this letter is to notify you that the revisions to forms MC 239P, MC 239Q, and MC 13, as required by the permanent injunction in the Ruiz v. Kizer lawsuit, are complete.

Camera-ready copies of the above forms (English and Spanish) are included with this letter for use by the counties. Please reproduce your own supply of the enclosed corrected versions and start to use them as soon as possible. Both English and Spanish versions are now available in the Department of Health Services Forms Warehouse.

If you need further information about the above forms, call Marlene King of my staff at (916) 657-0134.

Sincerely,
ORIGINAL SIGNED BY

FRANK S. MARTUCCI, CHIEF
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

STATEMENT OF CITIZENSHIP, ALIENAGE, AND IMMIGRATION STATUS

Print Name of Applicant: _____ Date: _____

Print Name of Person Acting for Applicant: _____ Relationship to Applicant: _____

Section A: Medi-Cal Benefits to Citizens and Aliens

U.S. Citizens may receive full Medi-Cal benefits if they meet all other program requirements.

Aliens may receive either full program benefits or benefits restricted to emergency and pregnancy-related services depending on their immigration status.

Federal and state law require that *full* benefits may be received only by aliens who are one of the following: lawful permanent residents; conditional resident aliens; aliens permanently residing in the U.S. under color of law (PRUCOL); aliens who have been granted amnesty who are also aged (65 or older), children under 18, blind, or disabled.

The following aliens may receive only *restricted* benefits (emergency and pregnancy-related services): undocumented aliens; aliens who have been granted amnesty who are *not* aged, blind, disabled, or children under 18; nonimmigrants with unexpired visas (students, visitors, etc.) or unexpired parole status.

Section B: Scope of Benefits Requested

The applicant is applying for:

☐ Full Medi-Cal benefits ☐ Restricted Medi-Cal benefits (emergency and pregnancy-related services only).

☐ Other (explain): _____

_____

IF THE ABOVE NAMED APPLICANT IS REQUESTING ONLY RESTRICTED BENEFITS, SKIP SECTIONS C, D, AND E.

Section C: Citizenship and Alien Status

1. I, _____, state that the above-named applicant is:

   ☐ A citizen or national of the United States* ☐ An alien.

   If the applicant is a citizen, where was he/she born? _____

   *Nationals are persons who, though not citizens, owe permanent allegiance to the United States. Permanent residents of American Samoa and Swain's Island are nationals of the United States.

   IF YOU ARE A CITIZEN OR NATIONAL OF THE UNITED STATES, GO DIRECTLY TO SECTION E.

2. Is the applicant a lawful permanent resident? ☐ Yes ☐ No

3. Is the applicant a conditional resident alien? ☐ Yes ☐ No

4. Has the applicant been granted amnesty? ☐ Yes ☐ No

5. If yes, under which Section (210, 210A, or 245A) of the Immigration and Nationality Act? (The number is on the front of the I-688 Temporary Resident Card.)

   ☐ The applicant is now a lawful temporary resident whose card was issued on this date: _____

   ☐ The applicant is now a lawful permanent resident.

6. If the applicant is an amnesty alien who is *not* aged, blind, disabled, or under 18 years of age, does he/she have another immigration status which would entitle him/her to full benefits? (Is the applicant, for example, a lawful permanent resident, conditional resident alien, or PRUCOL alien under one of the categories listed in question 7?) ☐ Yes ☐ No

   If yes, what is the other status? _____

   _____

   _____

CLASSIFICATION:

- ☐ A conditional entrant admitted to the United States before April 1, 1980
- ☐ An alien paroled into the United States, including Cuban/Haitian entrants
- ☐ An alien subject to an Order of Supervision
- ☐ An alien granted an indefinite stay of deportation
- ☐ An alien granted an indefinite voluntary departure
- ☐ An alien on whose behalf an immediate relative petition (INS Form I-130) has been approved who is entitled to voluntary departure
- ☐ An alien who has properly filed an application for lawful permanent resident status
- ☐ An alien granted a stay of deportation for a specified period
- ☐ An alien granted asylum
- ☐ A refugee admitted to the U.S. since April 1, 1980
- ☐ An alien granted voluntary departure who is awaiting issuance of a visa
- ☐ An alien in deferred action status
- ☐ An alien who entered and has continuously resided in the U.S. since before January 1, 1972 who would be eligible for an adjustment of status to lawful permanent resident pursuant to INA Section 249 (eligible as a Registry alien)
- ☐ An alien granted a suspension of deportation whose departure INS does not contemplate enforcing
- ☐ An alien granted withholding of deportation pursuant to INA Section 243(h)
- ☐ An alien, not in one of the above categories, who can show that: (1) INS knows he/she is in the United States; and (2) INS does not intend to deport him /her, either because of the person's status category or individual circumstances.

Section D: Verification of Immigration Status

All alien applicants who request full program benefits must have their immigration status verified by the Immigration and Naturalization Service (INS). To assist us with this process, please provide the following information:

1. Social Security number: _____
2. Alien Registration number and/or Alien Admission (INS Form 1-94) number: _____
3. Date the applicant first entered the U.S.: _____
4. Applicant's name when he/she first entered the U.S.: _____
5. Of what country is the applicant a citizen? _____
6. Where was the applicant born? _____

In addition, all aliens must present documents which indicate a satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. If you do not have these documents with you or if they are unreadable, bring us receipts which show you have applied for replacements. You will have 30 days to do this, or until your application is ruled on, whichever is longer. If none of the documents contains the applicant's photograph, you must show us an identity document which establishes that the applicant is the person named in the documents.

Section E:

I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE ANSWERS I HAVE GIVEN ARE CORRECT AND TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Applicant Signature: _____ Date: _____

Person Acting for Applicant (Signature): _____ Date: _____

FOR COUNTY USE ONLY

EW Number: _____ County: _____ Date: _____

Action taken:

- ☐ None necessary.
- ☐ SAVE primary verification performed. Date: _____
- ☐ Document Verification Request (INS Form G-845) and copies of documentation of satisfactory immigration status sent to INS. Date: _____
- ☐ List documents, including INS form numbers (if any), copied and placed in the case file:

_____

_____

- ☐ Person referred to INS to obtain replacements of documents. Date: _____

DECLARACION SOBRE CIUDADANIA, SITUACION DE EXTRANJERO, E INMIGRACION

Nombre del Solicitante en Letra de Imprenta:

_____ Fecha: _____

Nombre de la Persona que Actúa a Nombre del Solicitante en Letra de Imprenta: Parentesco con el Solicitante:

_____ _____

Sección A: Beneficios de Medi-Cal para Ciudadanos y Extranjeros

Los ciudadanos de los Estados Unidos posiblemente puedan recibir beneficios de Medi-Cal si reúnen todos los otros requisitos del programa.

Los extranjeros posiblemente puedan recibir, ya sea beneficios completos o limitados a servicios de emergencia o relativos al embarazo, dependiendo de su situación migratoria.

Las leyes federales y estatales requieren que solamente los extrajeros que están bajo alguna de las siguientes situaciones puedan recibir beneficios *completos:* residentes con permanencia legal; extranjeros con residencia condicional; extranjeros que residen permanentemente en los Estados Unidos a discreción de las autoridades (PRUCOL); extranjeros a quienes se les ha otorgado amnistía que además son de edad avanzada (65 años de edad o más), niños menores de 18 años, ciegos o incapacitados.

Los siguientes extranjeros posiblemente puedan recibir solamente beneficios *limitados* (servicios de emergencia y relativos al embarazo): extranjeros indocumentados; extranjeros a quienes se les ha otorgado amnistía que *no* son de edad avanzada, ciegos, incapacitados, o niños menores de 18 años; no inmigrantes con visas no vencidas (estudiantes, visitantes, etc.) o extranjeros admitidos a discreción del gobierno *(parole)* cuyas visas no han expirado.

Sección B: Clase de Servicios que Pide el Solicitante

El solicitante esta solicitando:

☐ Beneficios completos de Medi-Cal ☐ Beneficios limitados de Medi-Cal (sólo de emergencia y relacionados al embarazo).

☐ Otro (explique): _____

_____

SI EL SOLICITANTE MENCIONADO ARRIBA SOLO PIDE BENEFICIOS LIMITADOS, NO CONTESTE LAS SECCIONES C, D, Y E.

Sección C: Ciudadanía y Situación como Extranjero

1. Yo, _____, declaro que el solicitante antes mencionado es:

   ☐ Ciudadano o nacional de los Estados Unidos* ☐ Extranjero.

   Si el solicitante es ciudadano de los EUA, ¿dónde nació? _____

   *Las personas que no son ciudadanos de los Estados Unidos , pero que prometen lealtad a los Estados Unidos, son nacionales de los mismos. Los residentes permanentes de Samoa Americana y de la isla Swain son nacionales de los Estados Unidos.

   SI ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCION E.

2. ¿Es el solicitante residente con permanencia legal? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Es el solicitante un extranjero con residencia condicional? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Se le ha otorgado amnistía al solicitante? ☐ Sí ☐ No

5. Si la respuesta es sí, ¿en conformidad con cuál sección del Decreto de Inmigración y Nacionalidad (210, 210A, o 245A)? (El número se encuentra en el frente de la Tarjeta Temporal de Residente I-688)

   ☐ El solicitante es ahora un residente legal temporal cuya tarjeta fue expedida en esta fecha: _____

   ☐ El solicitante es ahora un residente con permanencia legal.

6. Si el solicitante es un extranjero bajo amnistía, que *no* es de edad avanzada, no está ciego, incapacitado, o es menor de 18 años de edad, ¿tiene otra situación migratoria que le daría el derecho a recibir beneficios completos? (Por ejemplo, ¿es el solicitante un extranjero permanente con residencia condicional, o un extranjero PRUCOL bajo alguna de las categorías enumeradas en la pregunta 7?) ☐ Sí ☐ No

   Si es así, ¿cuál es la otra situación? _____

   _____

   _____

CLASIFICACION:

- ☐ Entrante condicional admitido a los Estados Unidos antes del 1 de abril de 1980
- ☐ Extranjero admitido a los Estados Unidos a discreción de las autoridades *(paroled)*, incluyendo entrantes cubanos/haitianos
- ☐ Extranjero sujeto a una Orden de Supervisión
- ☐ Extranjero a quien se le otorgó una suspensión indefinida de deportación
- ☐ Extranjero a quien se le otorgó salida voluntaria indefinida
- ☐ Extranjero con respecto al cual se ha aprobado una petición de pariente cercano *(INS Form I-130)*, y tiene derecho a salida voluntaria
- ☐ Extranjero que de una manera apropiada ha presentado una solicitud para residente con permanencia legal
- ☐ Extranjero a quien se le otorgó una suspensión de deportación por un período especificado
- ☐ Extranjero a quien se le ha otorgado asilo
- ☐ Refugiado admitido a los Estados Unidos desde el 1 de abril de 1980
- ☐ Extranjero a quien se le otorgó salida voluntaria y espera la expedición de una visa
- ☐ Extranjero en situación de acción postergada (diferida)
- ☐ Extranjero que entró a los Estados Unidos y ha residido continuamente en el país desde antes del 1 de enero de 1972, que reúne los requisitos para que se modifique su situación a la de residente legal permanente en conformidad con la sección 249 de INA (reúne los requisitos como extranjero Registrado *"Registry"*)
- ☐ Extranjero a quien se le otorgó una suspensión de deportación, y cuya salida el INS no planea llevar a cabo
- ☐ Extranjero cuya deportación ha sido detenida en conformidad con la sección 243(h) de INA
- ☐ Extranjero que no cabe en ninguna de las categorías anteriores, que puede mostrar que: (1) el INS sabe que está en los Estados Unidos; y (2) el INS no planea deportarlo(a), ya sea por la situación de la categoría de la persona o circunstancias individuales

Sección D: Verificación de la Situación Migratoria

El Servicio de Inmigración y Naturalizacion (INS) tiene que verificar la situación migratoria de todos los solicitantes extranjeros que soliciten beneficios completos del programa. Para ayudarnos con este trámite, por favor proporcione la siguiente información:

1. Número del Seguro Social: _____
2. Número de Registro de Extranjero y/o número de Admisión de Extranjero *(INS Form 1-94)*: _____
3. Fecha en que originalmente entró el solicitante a los Estados Unidos: _____
4. Nombre del solicitante cuando entró originalmente a los Estados Unidos: _____
5. ¿De qué país es ciudadano el solicitante? _____
6. ¿Dónde nació el solicitante? _____

Además, todos los extranjeros tienen que presentar documentos que indiquen una situación migratoria satisfactoria para propósitos de Medi-Cal. Si usted no tiene estos documentos consigo, o si no son legibles, tráiganos recibos que muestren que usted ha solicitado reemplazos. Tendrá 30 días para hacer esto, o hasta que se tome una decisión con respecto a su solicitud, lo que dure más. Si ninguno de los documentos contiene la fotografía del solicitante, usted tiene que mostrarnos un documento de identidad que establezca que el solicitante es la persona mencionada en los documentos.

Sección E:

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON CORRECTAS Y VERDADERAS SEGUN MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

Firma del (la) Solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que Representa al Solicitante (Firma): _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL CONDADO

EW Number: _____ County: _____ Date: _____

Action taken:

- ☐ None necessary.
- ☐ SAVE primary verification performed. Date: _____
- ☐ Document Verification Request (INS Form G-845) and copies of documentation of satisfactory immigration status sent to INS. Date: _____
- ☐ List documents, including INS form numbers (if any), copied and placed in the case file: _____
- ☐ Person referred to INS to obtain replacements of documents. Date: _____

MEDI-CAL NOTICE OF ACTION
BENEFITS RESTRICTED TO EMERGENCY MEDICAL AND PREGNANCY-RELATED SERVICES

Attachment 3
(COUNTY STAMP)

CASE NAME: _____

CASE NUMBER: _____

DISTRICT: _____

RESTRICTION OF BENEFITS FOR: ___

_____

_____
(names)

Effective _____ (month) you will begin receiving a Medi-Cal card which will allow you to receive emergency medical and pregnancy-related services. Always present this card to your doctor or other Medi-Cal provider when you request such services.

An emergency medical condition is a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity, including severe pain, which in the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in any of the following: placing the patient's health in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction to any bodily organ or part. The emergency must be certified by a physician or other appropriate medical provider (in accordance with Section 51056 of Title 22 of the California Code of Regulations). The Department of Health Services may review the provider's decision that an emergency existed and that certain follow-up treatment services were medically justified.

Pregnancy-related care means services required to assure the health of the pregnant woman or the unborn child. Pregnancy care may be provided prenatally and up to 60 days postpartum.

☐ Your application for restricted benefits has been approved.

☐ Your application for full benefits is denied. You are granted, instead, eligibility for emergency medical treatment and pregnancy-related services.

We are taking this action because you are an alien who:

☐ Does not have satisfactory immigration status according to information received from the Immigration and Naturalization Service.

☐ Lacks documentary proof of satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.

☐ Has been admitted to the United States as a nonimmigrant for a limited period of time.

☐ Has been legalized in accordance with Section 210, 210A, or 245A of the Immigration and Nationality Act for less than five years and you are not blind or disabled, not aged (65 or over), not under 18 years of age, or not a Cuban/Haitian Entrant.

☐ Since your income was more than the amount allowed for living expenses, you must pay or obligate a share of the cost of your medical care. Your share of cost is $_____ beginning_____. Your share of cost was computed
(month)

as follows:

	MONTH 1	MONTH 2	MONTH 3
Gross Income	$_____	$_____	$_____
Net Nonexempt Income	$_____	$_____	$_____
Maintenance Need	$_____	$_____	$_____
Excess Income	$_____	$_____	$_____
Share of Cost	$_____	$_____	$_____

Please follow the instructions on the reverse side of the RECORD OF HEALTH CARE COSTS. After that form has been completed and approved, you will receive your restricted services Medi-Cal Card.

This action is required by Section 14007.5 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, Section(s) _____

_____.

If you have questions about this action, please write or telephone. We will answer you over the telephone, in writing, or we will make an appointment to see you in person.

You must report all changes in your immigration status to us. A change in status may qualify you to receive full Medi-Cal benefits rather than just restricted services.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE

NOTIFICACION DE ACCION DE MEDICAL
BENEFICIOS LIMITADOS A LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA Y RELACIONADOS AL EMBARAZO

ANEXO 3
(SELLO DEL CONDADO)

NOMBRE DEL CASO: _____

_____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

LIMITACIONES DE BENEFICIOS PARA:

_____

_____
(nombres)

A partir de _____ usted comenzará a recibir una tarjeta de Medi-Cal
(mes)

la cual le permitirá recibir servicos médicos de emergencia y relacionados al embarazo. Siempre presente esta tarjeta a su doctor o a otro proveedor de Medi-Cal al solicitar dichos servicios.

Una condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas agudos de seriedad suficiente, incluyendo dolor grave, al cual si no se le presta atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que resulte en cualquiera de lo siguiente: poner en serio peligro la salud del paciente, impedimento serio de las funciones del cuerpo, o la seria disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. La emergencia tiene que ser certificada por un médico u otro proveedor adecuado (en conformidad con la sección 51056 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California). El Departamento de Servicios de Salud puede revisar la decisión del proveedor sobre la existencia de una emergencia, y que sobre los servicios de tratamiento siguientes estuvieron justificados médicamente.

El cuidado relacionado al embarazo significa los servicios necesarios para asegurar la salud de la mujer embarazada y su bebé por nacer. El cuidado del embarazo puede ser proporcionado prenatalmente y hasta 60 días después del nacimiento.

☐ Se aprueba su solicitud para beneficios limitados.

☐ Se niega su solicitud para beneficios completos. En su lugar, se le ha otorgado eligibilidad para servicios de tratamiento médico de emergencia y relacionados al embarazo.

Hemos tomado esta acción porque usted es una extranjera que:

☐ No tiene una situación satisfactoria de inmigración, conforme a la información recibida del Servicio de Inmigración y Naturalización.

☐ No tiene pruebas documentadas de una situación satisfactoria de inmigración para los propósitos de Medi-Cal.

☐ Ha sido admitida a los Estados Unidos como no inmigrante por un período limitado de tiempo.

☐ Ha sido legalizada en conformidad con la sección 210, 210A, o 245A del Acta de Inmigración y Nacionalidad por menos de cinco años y usted no está ciega o incapacitada, no es persona de edad avanzada (65 años o más), no es menor de 18 años, o no es una Entrante Cubana/Haitiana.

☐ Puesto que sus ingresos eran más de la cantidad permitida para gastos de mantenimiento, usted tiene que pagar o comprometerse a pagar una parte del costo de su cuidado médico. Su parte del costo es $_____ a partir de _____. Su parte del costo se calculó de la siguiente manera:
(mes)

	MES 1	MES 2	MES 3
Ingresos Brutos	$_____	$_____	$_____
Ingresos Netos no Exentos	$_____	$_____	$_____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$_____	$_____	$_____
Ingresos en Exceso	$_____	$_____	$_____
Parte del Costo	$_____	$_____	$_____

Por favor, siga las instrucciones en el reverso del REGISTRO DE LOS GASTOS DE CUIDADO DE LA SALUD. Una vez que complete y apruebe la forma, usted recibirá una Tarjeta de Medi-Cal de servicios limitados.

Esta acción es requerida por la sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones y las secciones siguientes del Título 22, del Código de Ordenamientos de California._____

_____.

Si usted tiene preguntas sobre esta acción, por favor escriba o llame. Le contestaremos por teléfono, por escrito, o haremos una cita para verle en persona.

Usted tiene que reportar todos los cambios en su situación migratoria. Un cambio en su situación, puede hacer que usted reúna los requisitos para recibir beneficios completos de Medi-Cal en lugar de servicios limitados.

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

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION

Attachment 3
(COUNTY STAMP)

MEDI-CAL NOTICE OF ACTION
CHANGE FROM RESTRICTED SERVICES TO FULL BENEFITS

CASE NAME: _____

CASE NUMBER: _____

DISTRICT: _____

APPROVAL FOR: _____

_____

_____
(names)

You are eligible effective _____ (month) to receive all the services covered by the Medi-Cal Program rather than just services restricted to treatment of an emergency medical condition or pregnancy-related care. This change in scope of benefits results from the fact that:

- ☐ You are an alien otherwise eligible for Medi-Cal who has declared satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.
- ☐ You are an alien otherwise eligible for Medi-Cal who has provided reasonable evidence of satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.
- ☐ You are an alien legalized in accordance with Section 210, 210A, or 245A of the Immigration and Nationality Act who has passed your five-year disqualification period after applying for amnesty or you are aged (65 or over), blind, disabled, under age 18, or a Cuban/Haitian Entrant.

You will receive a full coverage Medi-Cal card soon. Always present this card to the doctor or any other Medi-Cal provider when requesting medical services.

☐ Since your income exceeds the amount allowed for living expenses, you have a share of cost to pay or obligate toward your medical care. Your share of cost is $_____ beginning _____ (date).

Your share of cost was computed as follows:

	MONTH 1	MONTH 2	MONTH 3
Gross Income	$_____	$_____	$_____
Net Nonexempt Income	$_____	$_____	$_____
Maintenance Need	$_____	$_____	$_____
Excess Income	$_____	$_____	$_____
Share of Cost	$_____	$_____	$_____

Enclosed is a RECORD OF HEALTH CARE COSTS. Please follow the instructions on the reverse side of that form. A full coverage Medi-Cal card will be issued to you after the form has been completed and approved.

☐ A full coverage Medi-Cal card showing the share of cost will be mailed to you at your long-term care facility each month.

This action is required by California Welfare and Institutions Code, Section 14007.5 and by the California Code of Regulations, Title 22, Section(s) _____

_____.

_____ (Eligibility Worker) _____ (Phone) _____ (Date)

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE.

NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
CAMBIO DE SERVICIOS LIMITADOS A BENEFICIOS COMPLETOS

Anexo 3
(SELLO DEL CONDADO)

NOMBRE DEL CASO: _____

_____

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

APROBACION PARA: _____

_____

_____
(nombres)

A partir de _____ usted tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos por el programa
(mes)
de Medi-Cal en lugar de solamente los servicios limitados al tratamiento de una condición médica urgente o al cuidado relacionado al embarazo. Este cambio de beneficios es el resultado de que:

☐ Usted es un extranjero que de otra forma tendría derecho a recibir beneficios de Medi-Cal, quien ha declarado una situación satisfactoria de inmigración para los propósitos de Medi-Cal.

☐ Usted es un extranjero que de otra forma tendría derecho a recibir beneficios de Medi-Cal, quien ha proporcionado prueba razonable de una situación satisfactoria de inmigración para los propósitos de Medi-Cal.

☐ Usted es un extranjero legalizado en conformidad con la sección 210, 210A, o 245A del Decreto de Inmigración y Nacionalidad quien ha pasado su período de descalificación de cinco años después de haber solicitado amnistía o usted es una persona de edad avanzada (65 años o más), está ciego, incapacitado, o es menor de 18 años, o es un Entrante Cubano/Haitiano.

Pronto, usted recibirá una tarjeta de Medi-Cal de cobertura completa. Siempre presente esta tarjeta al doctor o a cualquier proveedor de Medi-Cal cuando solicite servicios médicos.

☐ Puesto que sus ingresos exceden la cantidad permitida para gastos de mantenimiento, usted tiene que pagar una parte del costo por su cuidado médico. Su parte del costo es $_____ a partir de _____
(fecha)

Su parte del costo se calculó de la siguiente manera:

	MES 1	MES 2	MES 3
Ingresos Brutos	$ _____	$ _____	$ _____
Ingresos Netos No Exentos	$ _____	$ _____	$ _____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$ _____	$ _____	$ _____
Ingresos en Exceso	$	$	

Se adjunta un REGISTRO DE LOS COSTOS DE CUIDADO DE LA SALUD. Por favor, siga las instrucciones en el reverso de esta forma. Se le expedirá una tarjeta de Medi-Cal de cobertura completa una vez que la forma haya sido completada y aprobada.

☐ Se le enviará a usted, cada mes, al establecimiento de cuidado a largo plazo, una tarjeta de Medi-Cal de cobertura completa que muestre la parte del costo .

Esta acción es requerida por la sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones de California y por las secciones siguientes del Título 22, del Código de Ordenamientos de California. _____

_____

_____ (Trabajador(a) de Elegibilidad)

_____ (Teléfono)

_____ (Fecha)

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION.

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

The right side of this sheet tells how.

- You only have 90 days to ask for a hearing.
- The 90 days started the day after we mailed this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free:	1-800-952-5253
If you are deaf and use TDD call:	1-800-952-8349

If you don't want to come to the hearing alone, you can bring a friend, an attorney or anyone else. You must get the other person yourself.

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child Support: The District Attorney's office will help you collect child support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect child support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W & I Code Section 10950)

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page and send or take it to:

You may also call 1-800-952-5253.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

I will bring this person to the hearing to help me (name and address, if known):

_____

_____

_____

I need an interpreter at no cost to me. My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My signature: _____

Date: _____

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado.

El lado derecho de esta página le indica cómo hacerlo.

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia.
- Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le enviamos esta notificación.
- Tiene menos tiempo para pedir una audiencia si desea seguir recibiendo los mismos beneficios.

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Debe solicitar una audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve acabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualesquier dinero o estampillas para comida que haya recibido.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúen su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque uno de los casilleros.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida

Para que le asistan

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Si no desea venir a la audiencia solo, puede traer un amigo, un abogado o cualquier otra persona, pero usted debe hacer los arreglos para traer a esa otra persona.

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o de su grupo de derechos de recipientes de asistencia pública.

Otra Información

Mantenimiento de hijos: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Esta asistencia es gratuita. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenar esta página y enviarla a:

Tambien puede llamar al 1-800-952-5253.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción ejercitada por el Departamento de Bienestar del Condado de _____ acerca de mi:

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal

☐ Otro (anote)_____

La razón es la siguiente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

La siguiente persona vendrá conmigo a la audiencia a ayudarme (nombre y dirección si los sabe):

_____

_____

_____

Necesito un intérprete sin costo para mí.

Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi Firma: _____

Fecha: _____