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
(916) 657-2941

October 28, 1993

Letter No.: 93-76

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

MEDICAL SUPPORT NOTICES OF ACTION AND SPEED LETTERS

REF.: ARTICLE 4R, MEM MANUAL LETTER NO. 104

Medi-Cal Eligibility Manual Letter No. 104 implements the Medical Support Enforcement Program. The purpose of this letter is to transmit reproducible copies of two Notices of Action and two Speed Letters to be used in the Medical Support Enforcement Program. They are as follows:

- Medi-Cal Notice of Action (MS-2, 10/93) - Denial of Medi-Cal Benefits for Noncooperation within Medical Support Enforcement
- Medi-Cal Notice of Action (MS-1, 10/93) - Discontinuance of Medi-Cal Benefits Due to Denial of Good Cause Claim For Noncooperation in Medical Support Enforcement
- Speed Letters (MS-3, 10/93; MS-4, 10/93) - Approval of Good Cause Claim For Noncooperation in Medical Support Enforcement - One approves Claim and FSD/DA will not proceed with support enforcement; One approves Claim, but FSD/DA will proceed with support enforcement

These forms were finalized in coordination with the Medi-Cal Forms Committee, SAWS, and AFDC personnel to closely parallel the forms and notices used in the AFDC Child Support Program.

A supply of these forms will be available in the DHS warehouse approximately by November 15, 1993. They can be obtained by contacting:

DHS WAREHOUSE
1037 North Market Boulevard, Suite 9
Sacramento, CA 95834
ATTN: Norma Cline
(916) 928-9217

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

If you have any questions regarding the revised forms, please contact Seymour Reed at (916) 654-0840, or you may contact Elena Lara at (916) 657-0712 if you have any questions about the Medical Support Enforcement Program.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Frank S. Martucci, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
DISCONTINUANCE OF MEDI-CAL BENEFITS DUE TO DENIAL OF GOOD CAUSE CLAIM FOR NONCOOPERATION IN MEDICAL SUPPORT ENFORCEMENT

(COUNTY STAMP)

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

DISCONTINUANCE: _____

_____
(names)

Your Medi-Cal benefits will be discontinued effective the last day of _____.

You do not have good cause for refusing to cooperate in medical support enforcement. Good cause can only be granted when it is decided that cooperating with the District Attorney will result in harm or risk to you or your child(ren).

You may reapply at any time, but you will not receive Medi-Cal benefits until the District Attorney's Office has confirmed that you have cooperated with their office. This action does not affect the Medi-Cal benefits of your child(ren). However, your child(ren)'s case will be referred for medical support enforcement without your cooperation. If you have any questions about this action, please contact your Eligibility Worker.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Sections 50167, 50175, and 50771.5.

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

PLEASE READ THE BACK FOR YOUR HEARING RIGHTS AND OTHER IMPORTANT INFORMATION

NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL DESCONTINUACION DE LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL DEBIDO A LA NEGACION DE RECLAMO DE MOTIVO JUSTIFICADO PARA NO COOPERAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO MEDICO

(SELLO DEL CONDADO)

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

DESCONTINUACION: _____

_____
(nombres)

Se le descontinuarán sus beneficios de Medi-Cal a partir del último día de_____.

Usted no tiene un motivo justificado para negarse a cooperar en el cumplimiento del mantenimiento médico. Sólo se puede otorgar motivo justificado cuando se decide que el cooperar con el Fiscal del Distrito resultaría dañino o arriesgado para usted o sus hijos.

Usted puede volver a solicitar beneficios en cualquier momento, pero no recibirá beneficios de Medi-Cal hasta que la Oficina del Fiscal del Distrito haya confirmado que usted ha cooperado con ellos. Esta acción no afecta los beneficios de Medi-Cal de sus hijos. Sin embargo, se despachará el caso de sus hijos para el cumplimiento de mantenimiento médico sin su cooperación. Si tiene alguna pregunta acerca de esta acción, por favor comuníquese con su Trabajador(a) de Elegibilidad.

El ordenamiento que requiere esta acción incluye las secciones 50167, 50175, y 50771.5, del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

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

POR FAVOR LEA EL REVERSO PARA AVERIGUAR SUS DERECHOS PARA UNA AUDIENCIA Y OTRA INFORMACION IMPORTANTE

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
DENIAL OF MEDI-CAL BENEFITS FOR NONCOOPERATION IN MEDICAL SUPPORT ENFORCEMENT

(COUNTY STAMP)

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

DENIAL: _____

_____
(names)

You have been denied Medi-Cal benefits because you refused to cooperate in medical support enforcement.

You may reapply at any time, but you will not receive Medi-Cal benefits until the District Attorney's Office has confirmed that you have cooperated with their office. This action does not affect the Medi-Cal benefits of your child(ren). However, your child(ren)'s case will be referred for medical support enforcement without your cooperation. If you have any questions about this action, please contact your Eligibility Worker.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Sections 50167, 50175, and 50771.5.

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

PLEASE READ THE BACK FOR YOUR HEARING RIGHTS AND OTHER IMPORTANT INFORMATION

NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL
NEGACION DE LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL POR NO COOPERAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO MEDICO

(SELLO DEL CONDADO)

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

NEGACION: _____

_____
(nombres)

Se le han negado a usted los beneficios de Medi-Cal debido a que se negó a cooperar en el cumplimiento del mantenimiento médico.

Usted pueda volver a solicitar beneficios en cualquier momento, pero no recibirá beneficios de Medi-Cal hasta que la Oficina del Fiscal del Distrito haya confirmado que usted ha cooperado con ellos. Esta acción no afecta los beneficios de Medi-Cal de sus hijos. Sin embargo, se despachará el caso de sus hijos para el cumplimiento del mantenimiento médico sin su cooperación. Si tiene alguna pregunta acerca de esta acción, por favor comuníquese con su Trabajador(a) de Elegibilidad.

El ordenamiento que requiere esta acción incluye las secciones 50167, 50175, y 50771.5 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

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

POR FAVOR LEA EL REVERSO PARA AVERIGUAR SUS DERECHOS PARA UNA AUDIENCIA Y OTRA INFORMACION IMPORTANTE

MEDI-CAL
SPEED LETTER
APPROVAL OF GOOD CAUSE CLAIM FOR NONCOOPERATION IN MEDICAL SUPPORT ENFORCEMENT

(COUNTY STAMP)

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

APPROVAL: _____

_____
(names)

The County has decided that you have good cause for not cooperating with the District Attorney Family Support Division in obtaining medical support services from your child(ren)'s absent parent. However, it has been decided that the District Attorney can proceed with your case without harm or risk to you or your child(ren). Your child(ren) will be referred for medical support enforcement without your cooperation.

If you have any questions about this action, please contact your Eligibility Worker.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Sections 50167, 50175, and 50771.5.

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

CARTA EXPEDITIVA DE MEDI-CAL APROBACION DEL RECLAMO DE MOTIVO JUSTIFICADO PARA NO COOPERAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO MEDICO

(SELLO DEL CONDADO)

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO:: _____

APROBACION: _____

_____
(nombres)

El Condado ha decidido que usted tiene un motivo justificado para no cooperar con la División del Fiscal del Distrito de Mantenimiento de Familias, para obtener servicios de mantenimiento médico del padre ausente de sus hijos. Sin embargo, se ha decidido que el Fiscal del Distrito puede proceder con el caso sin causar un daño o riesgo a usted o sus hijos. Se despachará el caso de sus hijos para el cumplimiento del mantenimiento médico sin su cooperación.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta acción, por favor comuníquese con su Trabajador(a) de Elegibilidad.

El ordenamiento que requiere esta acción incluye las secciones 50167, 50175, y 50771.5 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

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

MEDI-CAL
SPEED LETTER
APPROVAL OF GOOD CAUSE CLAIM FOR NONCOOPERATION IN MEDICAL SUPPORT ENFORCEMENT

(COUNTY STAMP)

CASE NO.: _____

DISTRICT: _____

APPROVAL:

_____
(names)

The County has decided that you have good cause for not cooperating with the District Attorney Family Support Division in obtaining medical support services from your child(ren)'s absent parent. Therefore, the District Attorney will not proceed with your case.

If you have any questions about this action, please contact your Eligibility Worker.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Sections 50167, 50175, and 50771.5.

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

CARTA EXPEDITIVA DE MEDI-CAL APROBACION DEL RECLAMO DE MOTIVO JUSTIFICADO PARA NO COOPERAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO MEDICO

(SELLO DEL CONDADO)

NO. DEL CASO: _____

DISTRITO: _____

APROBACION: _____

_____
(nombres)

El Condado ha decidido que usted tiene un motivo justificado para no cooperar con la División del Fiscal del Distrito de Mantenimiento de Familias, para obtener servicios de mantenimiento médico del padre ausente de sus hijos. Por lo tanto, el Fiscal del Distrito no procederá con su caso.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta acción, por favor comuníquese con su Trabajador(a) de Elegibilidad.

El ordenamiento que requiere esta acción incluye las secciones 50167, 50175, y 50771.5 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

_____ (Trabajador(a) de Elegibilidad)

_____ (Fecha)

(____) _____ (Teléfono)