

Formulario de renovación de Medi-Cal

Usted puede obtener este formulario en otro idioma o en formato accesible de su preferencia. Para pedir ayuda en su idioma, llame al:

Usted puede perder su Medi-Cal si no responde antes del

Fecha de aviso: _____
Número de caso: _____
Nombre del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____

Es hora de renovar beneficios para:

Nombre	Fecha de nacimiento
--------	---------------------

Los miembros del hogar que no estén en este formulario recibirán una carta por separado sobre su Medi-Cal.

- **Paso 1.** Lea el formulario y responda a las preguntas
- **Paso 2.** Firme y escriba la fecha en la página de Declaración y firma
- **Paso 3.** Envíe el formulario con las prueba(s) antes de la fecha límite de

Maneras fáciles de darnos su formulario y prueba(s):

 **Por internet**
en coveredca.com.

 **Por correo**
en el sobre que llegó con esta carta.

 **Por teléfono**
al

 **En persona**
a
en
Abren de lunes a viernes,
a.m. to p.m.

 **¿Alguna pregunta? Llame a la oficina local de su condado antes de la fecha de límite.**

Su información de contacto

↓ Revise su información

↓ Actualice o agregue información nueva abajo

Esta información es correcta.
Si es correcta, vaya a la página 3.

Actualicé mi información abajo.
Sólo anote la información nueva o cambiada.

Nombre	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)
Dirección de casa	Dirección de casa Nº de apartamento
	Ciudad Estado Código postal
Dirección postal	Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa o usted no tiene una dirección de casa)
	Ciudad Estado Código postal
Teléfono	Teléfono Hogar _____ – _____ – _____ Celular _____ – _____ – _____ Trabajo _____ – _____ – _____ Otros _____ – _____ – _____
Correo electrónico	Correo electrónico (opcional):
En qué idioma debemos escribirle a usted:	En qué idioma debemos escribirle a usted:
En qué idioma debemos hablar con usted:	En qué idioma debemos hablar con usted:
	Mejor forma para comunicarnos con usted: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo

¿Usted necesita un representante autorizado?

Llame a la oficina local de su condado al
si usted tiene que:

- Nombrar un representante autorizado, como un miembro de su familia, amigo, cuidador, abogado o defensor para que le acompañe, ayude o represente con sus asuntos de elegibilidad e inscripción en Medi-Cal
- Cambiar su representante autorizado



Si tiene que agregar más personas o información en cualquiera de las secciones, por favor escriba en una hoja de papel por separado (o haga primero una copia de la página) y envíela con su formulario de renovación.

Miembros del hogar

Necesitamos información sobre usted y todos los miembros de su hogar. Esto incluye a:

- Su cónyuge o pareja doméstica registrada
- Sus hijos que vivan con usted
- Todos los padres que viven en su hogar con sus hijos
- Cualquier persona anotada en su declaración de impuestos federales, si usted presenta una. Usted no necesita declarar impuestos para solicitar seguro de salud
- Si usted está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, usted debe incluir a todos los miembros del hogar fiscal que lo declaro y a cualquier miembro de la familia que viva con usted.
- Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que presentar su propia solicitud si quiere seguro de salud. (Por ejemplo: su novio, novia o compañero de casa)

Revise la información del miembro de su hogar.

Nombre	Relación con	Dirección	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre los miembros del hogar.

Avísenos de cambios en su hogar en los últimos 12 meses.

Por ejemplo, un miembro del hogar se casó, tuvo un bebé, se mudó dentro o fuera de su casa, fue encarcelado o hubo un fallecimiento en el hogar.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Relación con	¿Qué cambió?
1.		
2.		
3.		

Información de impuestos

El contribuyente principal es la persona anotada primero en la declaración de impuestos y en este cuadro.

Revise la información de sus impuestos.

Nombre	¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales?	¿Esta persona espera tener que declarar impuestos?	¿Cuál es el estado de declaración de impuestos de esta persona?	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
Contribuyente principal				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue nueva información de impuestos.

¿Cambió su declarante de impuestos principal? (Ésta es la persona anotada primero en la declaración de impuestos).

Sí No Si es **sí**, nombre del declarante principal de impuestos: _____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales?	¿Esta persona espera tener que presentar una declaración de impuestos?	¿Cuál es el estado de declaración de impuestos de esta persona?
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado declarando conjuntamente con: _____ <input type="checkbox"/> Casado declarando por separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Dependiente reclamado por: _____ <input type="checkbox"/> No declara impuestos
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado declarando conjuntamente con: _____ <input type="checkbox"/> Casado declarando por separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Dependiente reclamado por: _____ <input type="checkbox"/> No declara impuestos

Ingresos

Los ingresos son el dinero que usted recibe de un trabajo, trabajo por su cuenta u otras fuentes, como Social Security o una pensión. Usted debe adjuntar pruebas actuales de todos los ingresos. Por ejemplo:

- Talones de pago recientes
- Cartas de beneficios o aprobación
- La declaración de impuestos del año pasado

Revise la información de sus ingresos.

Nombre	Fuente de ingresos	Ingresos antes de impuestos o deducciones (ingresos imponibles federales)	¿Con qué frecuencia? (anual, mensual, cada 2 semanas, dos veces al mes, semanal, diario o por hora)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , dé la fecha de la última vez que usted recibió este ingreso. Luego actualice o agregue abajo.
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre ingresos.

Ejemplos de los tipos de ingresos más comunes:

- Ingresos de su empleo
- Ingresos de trabajo por su cuenta
- Beneficios por jubilación, sobrevivientes y discapacidad de Social Security
- Beneficios de desempleo
- Manutención del cónyuge recibido: Ingrese la fecha más reciente o fecha de modificación de su acuerdo de divorcio o separación (mes/día/año) aquí:
_____ / _____ / _____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Cuál es la fuente de estos ingresos?	Ingresos antes de impuestos o deducciones (ingresos imponibles federales)	Fecha de inicio (mes, día, año)	¿Con qué frecuencia? (anual, mensual, cada 2 semanas, dos veces al mes, semanal, diario o por hora)	¿Espera que estos ingresos continúen? Si es no , dé la última fecha en que usted espera recibir este ingreso.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

¿Los ingresos de alguna persona cambian de un mes a otro?

- Sí No Si es **sí**, díganos cuál será el total de ingresos en los próximos 12 meses.
Esto es para ayudar a obtener la cantidad correcta de ingresos anuales.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Cuál es el total de su ingreso esperado para los próximos 12 meses?
1.	\$
2.	\$

Gastos y deducciones

Reportar los gastos y deducciones que usted paga puede reducir los ingresos que Medi-Cal usa para determinar su elegibilidad. Usted debe adjuntar pruebas actuales de gastos y deducciones.

Por ejemplo:

- Declaración de ganancias y pérdidas
- Declaración de impuestos

Revise la información de su gastos y deducciones.

Nombre	Tipo de gasto o deducción	Cantidad	¿Con qué frecuencia? (mensual, trimestral, anual)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre gastos y deducciones.

Ejemplos de los gastos y deducciones más comunes:

- Gastos de trabajo por su cuenta
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Contribuciones a una cuenta IRA
- Pensión alimenticia pagada: Ingrese la fecha más reciente o fecha de modificación de su acuerdo de divorcio o separación (mes/día/año) aquí: _____ / _____ / _____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Tipo de gasto o deducción	Cantidad	¿Con qué frecuencia? (mensual, trimestral, anual)
1.		\$	
2.		\$	

Cobertura de Medicare

Si no está seguro en cuáles partes de Medicare usted está inscrito, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Revise la información de su Medicare.

Nombre	Prima mensual de Part A (Servicios de paciente interno en el hospital)	Prima mensual de Part B (Servicios médicos de paciente externo)	Prima mensual de Part C (Medicare Advantage)	Prima mensual de Part D (Farmacia)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva de Medicare.

Si usted o alguna persona de su hogar es recientemente elegible para Medicare o si usted paga primas por usted mismo o alguna persona de su hogar, llene la información abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Medicare	Prima mensual de Part A (Servicios de paciente interno en el hospital)	Prima mensual de Part B (Servicios médicos de paciente externo)	Prima mensual de Part C (Medicare Advantage)	Prima mensual de Part D (Farmacia)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

Cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo es un servicio diseñado para cubrir las necesidades de salud o de cuidado personal de una persona, cuando no puede cuidarse a sí misma por un largo período de tiempo. Por ejemplo:

- Hogar de enfermería especializada
- Hogar de vida con asistencia
- Hospicio

Revise la información de sus cuidado a largo plazo.

Nombre de la persona en cuidado a largo plazo	Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre cuidado a largo plazo.

Persona 1		
Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Fecha de alta (mes/día/año) ____ / ____ / ____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	

Persona 2		
Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Fecha de alta (mes/día/año) ____ / ____ / ____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	

Otro seguro de salud

Díganos sobre cualquier cobertura de salud que usted tenga que no sea Medi-Cal o Medicare. Por ejemplo, usted también puede tener un seguro de salud de Covered California o del trabajo de un miembro de su familia.

Si usted **no** tiene otro seguro de salud, salte esta sección y vaya a la siguiente.

Revise la información de su seguro de salud.

Nombre	Compañía de seguros	Tipo de seguro (como de salud, dental, cuidado de la vista, farmacia)	La cantidad de prima que usted paga	Con qué frecuencia (mensual, trimestral, anual)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
			\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre seguro de salud.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Compañía de seguros	Tipo de seguro (como de salud, dental, cuidado de la vista, farmacia)	La cantidad de prima que usted paga	Con qué frecuencia (mensual, trimestral, anual)
1.			\$	
2.			\$	

Cambios en el hogar

Llene la información de abajo si usted responde sí a cualquiera de las preguntas.

Medi-Cal

¿Alguna persona de su hogar que no está en Medi-Cal quiere solicitar? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Social Security, si lo tiene, de la persona que quiere Medi-Cal ____ - ____ - ____
---	-----------------------------------	---

Embarazos

¿Alguna persona de su hogar está embarazada? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha esperada del parto (mes/día/año) ____ / ____ / ____	¿Cuántos bebés espera?
---	--	------------------------

Jóvenes que estuvieron en hogares de crianza temporal (Foster Care)

Si alguna persona de su hogar tiene entre 18 y 26 años de edad ¿estuvo en hogares de crianza temporal (Foster Care) en cualquier estado en su cumpleaños 18 o después? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Estado (ejemplo: California)
---	------------------------------

Inmigración o ciudadanía (Esta información se usa sólo para determinar la cobertura de salud.)

¿Alguna persona de su hogar que ahora tiene Medi-Cal tuvo algún cambio en su estado de inmigración o de ciudadanía en los últimos 12 meses? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Nuevo número de situación
---	---------------------------

Discapacidad

¿Alguna persona de su hogar tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿La discapacidad es el resultado de una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Estudiante

¿Alguna persona de su hogar tiene 19 ó 20 años de edad y es estudiante de tiempo completo?
Si es **sí**, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)

Medicare

¿Alguna persona de su hogar tiene Medicare? Si es **sí**, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Medicare	Prima mensual que usted paga \$
---	--------------------	------------------------------------

Cuidado a largo plazo

¿Alguna persona de su hogar está en cuidado a largo plazo? Si es **sí**, anote abajo.

Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____/____/____	Fecha de alta (mes/día/año) ____/____/____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	

Información reportada al condado

Nuestros reportes indican que esta persona está actualmente encarcelada (cárcel o prisión).

Nombre	¿Esta persona está en la cárcel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es no , ingrese la fecha de liberación ____/____/____
--------	---

Nuestros reportes indican que esta persona falleció (murió).

Nombre	¿Falleció esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------	--

Información de programas de salud y recomendaciones

Esta sección es opcional. Usted puede elegir no responder pero sus respuestas nos ayudan a recomendarlo a servicios disponibles.

1. ¿Quiere usted información sobre el programa de salud sin costo para niños menores de 21 años de edad (Child Health and Disability Prevention Program, también conocido como CHDP)?

Sí No

2. ¿Quiere usted información sobre el programa de alimentación suplementaria sin costo para personas embarazadas, en período de lactancia y niños menores de 5 años de edad (Women, Infants, and Children Program, llamado WIC)?

Sí No

3. ¿Algún miembro del hogar que vive en la casa recibe servicios relacionados con diálisis del renal?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

4. ¿Alguno de los miembros del hogar que vive en la casa recibió un trasplante de órganos en los últimos 2 años?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

5. ¿Quiere usted información sobre Personal Care Services Program, un programa de cuidado en el hogar para personas mayores, ciegas o discapacitadas (también llamado In-Home Supportive Services)?

Sí No

6. ¿Alguien en su hogar necesita ayuda con cuidado a largo plazo o con los servicios basados en el hogar y la comunidad?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

Declaración y firma

- Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo que digo a continuación es verdadero y correcto.
- Entendí todas las preguntas de este formulario de renovación y di respuestas verdaderas y correctas según mi entendimiento. Cuando no supe la respuesta, hice todos los esfuerzos razonable para confirmar la respuesta con alguien que la supiera. He leído o me han leído la declaración de privacidad, derechos y responsabilidades en las siguientes páginas.
- Sé que, si no digo la verdad en este formulario de renovación, puede haber una sanción civil o penal por perjurio que puede incluir hasta cuatro años de cárcel (consulte la sección 126 de California Penal Code). Sé que la información de este formulario de renovación se usará para decidir si las personas que solicitan califican para seguro de salud. El programa de Medi-Cal y Covered California mantendrán la información en privado, como lo exigen las leyes federales y de California.
- Si hay algún cambio en este formulario de renovación para cualquier persona que solicite seguro de salud, acepto avisar al programa de Medi-Cal o contactar a la oficina local de mi condado dentro de 10 días de cualquier cambio. Si tengo seguro a través de Covered California, acepto reportar cualquier cambio dentro de 30 días.

Firme y escriba la fecha abajo.

Firma del solicitante / beneficiario o su representante autorizado 	Fecha (mes/día/año)
---	---------------------

Recuerde de adjuntar todas las pruebas actuales si son requeridas y todas las copias o páginas adicionales.

Guarde para su registro

Estas páginas contienen información importante sobre la declaración de privacidad, derechos y responsabilidades, derecho de apelación y la política contra la discriminación y cómo presentar una queja por discriminación.

Declaración de privacidad

Este formulario de renovación es para renovar los beneficios de Medi-Cal a través de Department of Health Care Services (DHCS) y determinar elegibilidad para el seguro de salud a través de Covered California. La información personal y médica que usted proporcione en la solicitud es privada y confidencial. DHCS o Covered California la necesita para identificarlo a usted y a las otras personas en este formulario de renovación y para administrar nuestros programas.

Compartiremos su información con otras agencias estatales, federales y locales, contratistas, planes de salud y programas sólo para inscribirlo en un plan o programa o para administrar programas, y con otras agencias estatales y federales según lo requiera la ley.

Usted debe responder a todas las preguntas de este formulario de renovación, a menos que este marcado como “opcional” o que se le indique lo contrario. Si a su formulario de renovación le falta algo de lo que requerimos, nos pondremos en contacto con usted para obtenerlo. Si no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre su renovación. Es posible que tenga que presentar una nueva solicitud. O es posible que no pueda obtener seguro de salud a través de Covered California o que su solicitud de renovación de beneficios sea negada.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver la información personal sobre usted que se encuentra en los registros federales y estatales. Puede verlo en un formato alternativo como la letra grande si lo necesita. Para más información o para ver los registros de Covered California, comuníquese con el Oficial de Privacidad en:

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Teléfono: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS cumplirá con los requisitos de 45 C.F.R. Parts 160 y 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 y el Article 3, Chapters 5 y 7, Parts 2 y 3, Division 9 y otras leyes aplicables en el almacenamiento, uso y revelación de la información proporcionada en este formulario.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

Usted puede encontrar los avisos de la Prácticas de Privacidad del programa de Medi-Cal en www.dhcs.ca.gov y para Covered California en www.CoveredCA.com.

Derechos y responsabilidades

- La información que di en este formulario de renovación es verdadera, según mi entendimiento. Sé que puedo ser sujeto a una sanción si no digo la verdad.
- Entiendo que la información que doy será usada sólo para ver si aquellos en mi familia que están solicitando renovar el seguro de salud calificarán.
- Entiendo que el programa de Medi-Cal y Covered California mantendrán privada mi información, como lo requiere la ley. Para obtener más información o acceso a información personal en los registros del programa de Medi-Cal y Covered California, puedo comunicarme con la oficina local de mi condado. O, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Entiendo que para ser elegible para Medi-Cal tengo que solicitar otros ingresos o beneficios a los que yo o cualquier miembro de mi hogar tenga derecho, a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. Ejemplos de tales ingresos o beneficios son pensiones, beneficios del gobierno, ingresos de jubilación, beneficios de veterano, anualidades, beneficios por discapacidad, beneficios de Social Security (también llamado OASDI u Old Age, Survivors, and Disability Insurance) y beneficios de desempleo. Pero tales ingresos o beneficios no incluyen beneficios de asistencia pública, como CalWORKS o CalFresh. Si tengo alguna pregunta sobre alguna posible fuente de ingresos, puedo llamar a la oficina local de mi condado o a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) si necesito ayuda.
- Si me encuentran elegible para Medi-Cal, tengo que avisar al trabajador de elegibilidad de mi condado de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad para el seguro de salud dentro de 10 días del cambio a la oficina local de mi condado. Estos cambios incluyen, pero no se limitan a:
 - » Cambios de casa
 - » Cambios en mis ingresos
 - » Cambios en mi hogar (por ejemplo, matrimonio / divorcio, embarazo o tener hijo(s))
 - » Califico para otro seguro de salud
- Si estoy inscrito en Covered California, entiendo que debo reportar cambios dentro de 30 días. Yo puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o visitar CoveredCA.com.
- Entiendo que debo reportar cambios de ingresos a la oficina local de mi condado porque puede afectar la elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal o de Covered California, en la cantidad de ayuda financiera del estado y federal por la que puedo ser elegible a recibir. También entiendo que si recibo demasiada ayuda financiera durante el año de beneficios, tendré que devolver la ayuda de la prima extra o el subsidio estatal al IRS o a California Franchise Tax Board cuando presente mis impuestos federales y estatales para el año de beneficios.
- Doy mi permiso a Covered California y el programa de Medi-Cal para que revisen los registros informáticos de otras agencias para verificar la ciudadanía o si estoy legalmente presente en los Estados Unidos, información de impuestos y otra información relacionada sólo con la elegibilidad, para ver si yo y otras personas en esta renovación calificamos para el seguro de salud.

- Entiendo que, como lo exige la ley, la información que yo proporcione sobre mí mismo y otras personas en esta renovación de Medi-Cal se verificará por computadora con los datos proporcionados por empleadores, bancos, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, servicios sociales y otras agencias, para ver si yo u otras personas en esta renovación califican para el seguro de salud.
- Sé que si Medi-Cal paga un gasto médico, todo el dinero que yo o cualquier persona en esta renovación obtenga de otro seguro de salud o acuerdos legales relacionado con este gasto irá a Medi-Cal como pago por el gasto, hasta que el gasto sea pagado en total.
- Para los padres cuyo hijo o hijos califican para Medi-Cal: Sé que me pedirán que ayude a la agencia que cobra la manutención médica de cualquier padre en este formulario de renovación que no viva con el niño y que no le envíe ayuda. Si creo que ayudar me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo avisar al programa de Medi-Cal y no tendré que ayudar.

Derecho a apelar

Si me parece que el programa de Medi-Cal o Covered California cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien del programa de Medi-Cal o de Covered California que creo que su decisión está equivocada y pedir una revisión justa de la acción.

Sé que debo presentar una apelación dentro de los 90 días de la decisión. Sé que puedo representarme yo mismo o pedir que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.

Sé que si necesito ayuda, alguna persona del programa de Medi-Cal, Covered California o la oficina local del condado puede explicarme mi caso.

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

Fax: 1-833-281-0905

Número gratuito: 1-855-795-0634 o

Teléfono gratuito de Investigación y Respuesta Pública: 1-800-952-5253 o

Número de TDD: 1-800-952-8349

Política de no discriminación

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California cumplen con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discriminan ilegalmente por motivos de raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual.

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California no excluyen ilegalmente a las personas ni las tratan de manera diferente por su raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual.

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California proporcionan ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados de idioma de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California también proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles de DHCS al **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) envíe un mensaje electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov, o comuníquese con Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Cómo presentar una queja por discriminación

Si cree que el programa de Medi-Cal (DHCS) o Covered California no le ha proporcionado estos servicios o que usted ha sido discriminado de otra manera por su raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual, usted puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del programa de Medi-Cal (DHCS) o en la Oficina de Coordinador de Derechos Civiles de Covered California:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov
Los formularios de quejas de Medi-Cal están a su disposición en:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Teléfono: 1-916-228-8764
Fax: 1-916-228-8909
Correo electrónico:
CivilRights@covered.ca.gov

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles por separado en la oficina federal Office for Civil Rights at the U.S. Department of Health and Human Services. Usted puede hacerlo si cree que ha sido discriminado en contra por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo:

U.S. Department of Health and Human Services

Correo: 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Asistente del portal de quejas en internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas en internet: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf