Sólo para uso del condado

Fecha de aviso: _____
Número de caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número de ID del trabajador: _____
Teléfono del trabajador: _____
Horario de la oficina: _____
Dirección de la oficina: _____

Solicitud de información adicional de ingresos para Medi-Cal

Para revisar su elegibilidad de Medi-Cal, debemos obtener esta información antes de:

No pudimos verificar los ingresos que fueron reportados a Medi-Cal de

---

Esto se debe a que nuestras fuentes electrónicas, como los registros de impuestos, muestran cantidades de ingresos diferentes. Necesitamos más información de sus ingresos para entender por qué los ingresos no coinciden. Si sus ingresos cambiaron recientemente o varían de mes a mes, usted puede elegir una razón a continuación para explicarlo.

Razones

Si alguna de las razones a continuación se aplica a usted, elija uno o más para explicar por qué sus ingresos son diferentes a los de nuestras fuentes de datos. Si ninguno de las razones se aplica, marque la casilla al final de la lista. Luego, lea **pasos siguientes** a continuación.

Cambio de empleo o ingresos

- Pérdida de trabajo
- Reducción de horas
- Trabaja por su cuenta
- Ingresos de temporada (Ingresos recibidos solo parte del año)
- Ingresos variables (Varía de mes a mes)
- Trabaja a comisión (Pagado en base a las ventas)

Cambio en el hogar

- Matrimonio
- Divorcio

Eventos de la vida

- Víctima de robo de identidad
- Víctima de un desastre natural
- Violencia doméstica
- Sin hogar

Otros

No declara impuestos Aún no declara impuestos

Otros: Por favor explique a continuación (Podríamos necesitar más información):

No se aplica ninguno de esos motivos

Pasos siguientes

Después de que usted llene este formulario, envíelo de una de las siguientes maneras.

Si usted marcó “No se aplica ninguna de estas razones” o no marcó ninguna de las casillas de arriba, proporcione pruebas de sus ingresos. El otro formulario que usted recibió con el aviso indica qué pruebas de ingresos se necesitan. Después de que usted proporcione las pruebas, la oficina local de su condado volverá a revisar su elegibilidad para Medi-Cal. Ellos se comunicarán de nuevo con usted si necesitan más información.

Maneras fáciles de entregar este formulario o los comprobantes de ingresos solicitado:

Por correo:	**En línea:**	**En persona:**	**Por teléfono:**
In the envelope that came with this letter.	En www.coveredca.com o www.benefitscal.com		

¿Preguntas?

Si tiene preguntas, necesita más información o no puede proporcionar las pruebas solicitadas, por favor llámenos al número de teléfono anotado en el aviso.

Aviso de privacidad

La información personal y médica recopilada con este formulario es privada y confidencial. Department of Health Care Services (DHCS, por sus siglas en inglés) necesita la información para verificar sus ingresos para Medi-Cal. DHCS no usará ni compartirá la información con otros fines excepto con su permiso o como la ley lo permita. Usted no tiene que devolvernos este formulario. Si usted no proporciona toda la información solicitada no podremos verificar sus ingresos para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, las personas a quienes concierne esta información tienen derecho de acceder a ella.

DHCS está autorizado para recopilar esta información de acuerdo con 42 CFR § 435.952. Este aviso de privacidad proporcionado aquí es obligatorio bajo 1798.17 del código civil de California.