

SOLICITUD DE INFORMACIÓN (REQUEST FOR INFORMATION) DE MEDI-CAL

Fecha de la notificación:

Número del caso:

Nombre del trabajador:

Número del trabajador:

Número de fax de los trabajadores:

Número de teléfono del trabajador:

Horas hábiles:

Notificación para:

ATENCIÓN: LEA PRIMERO ESTA PÁGINA

Necesitamos más información de usted para poder terminar de revisar su elegibilidad para beneficios de Medi-Cal. Antes de pedirle información, revisamos nuestros registros y otra información que tenemos disponible. Nuestra búsqueda no proporcionó toda la información necesaria. Todavía necesitamos la información donde aparece una casilla marcada en las páginas siguientes.

¡ Tenemos que recibir esta información a más tardar el o usted puede perder sus beneficios de Medi-Cal!

- Use este formulario para ayudar a juntar los papeles o información necesaria.
- No necesita enviarnos este formulario de vuelta.
- Puede proporcionarnos información por correo, por fax, por teléfono, en persona o en línea. Llame a su condado para averiguar cómo presentar su información en línea.
- Un sobre rotulado de prepago es proporcionado para devolver los documentos o información solicitada. Por favor, escriba el número de caso que aparece en la parte superior de esta página en cualquier papel que usted nos envíe.
- Si tiene preguntas, necesita más información o no puede proporcionar la información solicitada, llámenos al número de teléfono que aparece en la parte superior de esta página.

¡IMPORTANTE! LEA POR FAVOR TODA LAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO

¡Ayúdenos a mantenernos en contacto con usted!

**Llame a su trabajador de elegibilidad si tiene un cambio de dirección o número de teléfono.
(La información de contacto del trabajador está en la parte superior de esta página)**

SOLICITUD DE MEDI-CAL PARA OBTENER INFORMACIÓN

NOTA: **SOLO NECESITAMOS LA INFORMACIÓN DONDE LA CASILLA ESTA MARCADA.**

Ingresos

La información de sus ingresos nos ayuda a decidir si usted califica para beneficios gratuitos o de bajo costo de Medi-Cal o para asistencia de Covered California, el mercado de cobertura de salud del Estado.

- Una copia del talón de pago más reciente o una declaración de su empleador sobre su empleo (cuánto se le paga antes del pago de impuestos, con qué frecuencia se le paga, cuántas horas trabaja) para cada uno de sus empleos (si tiene más de uno) para:
Si usted no recibe talones de pago y no puede obtener una declaración de su(s) empleador(es), puede hacer lo siguiente:
 - Darnos una copia de su declaración de impuestos correspondiente a:
 - Contacte a su trabajador para completar una declaración jurada firmada bajo pena de perjurio y fechada por usted en la que indica cuánto se le paga antes del pago de impuestos, con qué frecuencia se le paga y cuántas horas trabaja.
- Si trabaja por cuenta propia, una copia del Formulario C de su declaración de impuestos más reciente o un estado de pérdidas y ganancias para los últimos tres meses para:
- Comprobante de beneficios de desempleo o incapacidad, una copia de los talones de beneficios pagados o una carta que demuestre lo que ganó antes de las deducciones para:
- Comprobante de beneficios de Veteranos (ayuda y apoyo, discapacidad o jubilación), una copia de los talones de beneficios pagados o carta de notificación de beneficios para:
- Comprobante de beneficios del seguro social recibidos; una copia del talón de beneficios pagados o carta de notificación de beneficios para:
- Comprobante de ingresos recibidos de jubilación o pensión; una copia del talón del cheque o beneficios para:
- Información acerca de su estado de declaraciones de impuestos y/o la presentación de impuestos de otros miembros de su hogar para:
- Llene el formulario adjunto titulado "Request for Tax Household Information" (RFTHI) para:
- Otros:

Deducciones

- Una copia de cheques o recibos de cuidado de niños, manutención de hijos, pensión alimenticia para el/la cónyuge o seguro de salud pagados para:
- Otros:

Información de la(s) persona(s) que solicita(n) Medi-Cal

- Una copia de su licencia de conducir de California o una identificación con fotografía para:
- Número de seguro social para:
- Una copia del documento o tarjeta de inmigración (haga copias de ambos lados de la tarjeta o documentos) para:

Si usted es inmigrante y no tiene un número de seguro social o documentación de inmigración para darnos, todavía puede calificar para servicios de emergencia o relacionados con el embarazo. Por favor, llame a su trabajador para informarnos de cualquier cambio en su estado de inmigración/ciudadanía o si usted no tiene un número de seguro social o documentación de inmigración para que podamos terminar nuestra revisión.

Jóvenes que anteriormente estuvieron bajo crianza temporal

- Una copia de cualquier documento para: _____ que demuestre que estuvo en un hogar de crianza temporal en su 18 cumpleaños. Estamos pidiendo esta información porque no hemos recibido un comprobante de que usted estuvo en un hogar de crianza temporal a la edad de 18 años o más.

La información que revisamos muestra:

Residencia

- Comprobante de su dirección actual (recibo de la renta, factura de servicios públicos, etc.)

Bienes personales o bienes y raíces

- Una copia de todos los títulos o registros de vehículos (si tiene más de un vehículo) para a:
- Una copia de su estado de cuenta bancaria (cheques, ahorros, etc.) más reciente para a:
- Una copia de la póliza de seguro de vida, acciones, bonos, estado de cuenta de jubilación para:
- Documentación de cualquier otra propiedad dentro o fuera de los Estados Unidos (casas diferentes a aquella en la que vive, terreno, etc.) para:
- Comprobante de que ha vendido, negociado o regalado propiedades o cerrado una cuenta para:

Discapacidad/incapacidad

- Carta de notificación de beneficios de incapacidad del seguro social para:
- Otra prueba de que usted tiene una discapacidad física, mental o emocional que tendrá una duración de 12 meses o más para:

Si usted piensa que usted o un miembro de su familia que está recibiendo Medi-Cal es incapacitado, contacte a su trabajador.

- Otra información que necesitamos:**