

SOLICITUD DE MEDI-CAL PARA OBTENER INFORMACIÓN**ATENCIÓN: LEA ESTE LADO PRIMERO**

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre del trabajador: _____

Número del trabajador: _____

Número de teléfono del trabajador: _____

Horas hábiles: _____

Notificación para: _____

La información solicitada en el reverso de este formulario se necesita para completar nuestra evaluación de su elegibilidad continua para beneficios de Medi-Cal.

¡RECUERDE!

Es posible que reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal aunque usted esté empleado.

El recibir Medi-Cal no cuenta contra cualesquier límites de tiempo de *CaWORKs*.

Usted no tiene que recibir *CaWORKs* para recibir beneficios de Medi-Cal.

¡IMPORTANTE!

Es posible que usted siga reuniendo los requisitos si usted:

- | es menor de 21 años
- | tiene por lo menos 65 años de edad o más
- | está incapacitado
- | está ciego
- | está embarazada
- | es el padre/la madre o pariente a cargo del cuidado de un niño (menor de 21 años), que por lo menos tiene uno de los padres ausente, muerto, incapacitado o desempleado/con un empleo de bajo sueldo
- | tiene tuberculosis o recibe diálisis
- | vive en un establecimiento de atención a largo plazo
- | es un refugiado que ha estado en el condado ocho meses o menos
- | recibe beneficios del *SSI*
- | recibe beneficios de *CaWORKs*; o
- | reúne los requisitos para programas especiales (como, *TMC*, *QMB*, programas de porcentaje, etc.).

Si usted tiene alguna pregunta o necesita más información sobre este formulario, llame a su trabajador de elegibilidad, cuyo nombre y número de teléfono se indican en la parte superior de este formulario.

¡IMPORTANTE!**POR FAVOR, LEA EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.**

SOLICITUD DE MEDI-CAL PARA OBTENER INFORMACIÓN
NECESITAMOS **SOLAMENTE** LA INFORMACIÓN QUE SE PIDE A CONTINUACIÓN.

Ingresos

- Una copia del talón de cheque más reciente, o una declaración de su empleador sobre su empleo (cuánto se le paga, con qué frecuencia se le paga, cuántas horas trabaja) para cada uno de sus empleos (si tiene más de uno), o una copia de su declaración de impuestos más reciente. Esto nos ayudará a decidir si usted reúne los requisitos para recibir Medi-Cal gratis, o si tendrá que pagar una “parte del costo”.
- Su declaración firmada sobre su(s) empleo(s), si no recibe talones de cheque, y no puede obtener una declaración de su empleador(es).
- Formulario C, si trabaja por cuenta propia.
- Comprobante de beneficios de desempleo o incapacidad—una copia del talón o carta de notificación de beneficios.
- Comprobante de beneficios del seguro social que recibió—una copia del talón o carta de notificación de beneficios que se le pagaron.

Deducciones sobre los ingresos

- Una copia de cheques o recibos del cuidado de niños, mantenimiento de hijos, pensión alimenticia para el/la cónyuge (*alimony*) o seguro médico pagado.

Bienes personales o bienes raíces

- Una copia del registro de vehículos (si tiene más de un vehículo).
- Una copia de su estado de cuentas del banco más reciente (cuentas corrientes, de ahorros, etc.)
- Una copia de la póliza de seguro de vida, acciones, bonos, estado de cuenta de jubilación.

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

(Si usted es inmigrante, y no tiene una tarjeta del seguro social, ni documentos de inmigración para mostrarnos, es posible que aún así reúna los requisitos para recibir servicios de emergencia y relacionados con el embarazo.)

- Número de seguro social para:_____.
- Una copia de su licencia de conducir o una identificación con fotografía de California para:_____.
- Una copia de documentos o tarjeta de inmigración (si es una tarjeta, una copia de ambos lados) para:_____.

Residencia

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

Incapacidad

- Carta de notificación de beneficios del seguro social por incapacidad.
- Otro comprobante de que tiene una incapacidad física, mental o emocional, que durará 12 meses o más.
- Comprobante de incapacidad—como una declaración de un médico de que usted no puede trabajar por lo menos 30 días.

Otro

- _____
- Marque esta casilla, si cree que usted o algún familiar que recibe Medi-Cal está incapacitado.*

Tenemos que recibir esta información a más tardar el _____. ***De lo contrario, es posible que comencemos el trámite para parar sus beneficios de Medi-Cal.*** (Un sobre rotulado con franqueo pagado se le proporciona para su conveniencia.)

¡AYÚDENOS A MANTERNOS EN CONTACTO CON USTED!

Llame a su trabajador de elegibilidad, si cambia de dirección o número de teléfono.
(El nombre y el número de teléfono se indican en el reverso de esta página, en la parte superior.)