

Miembros Adicionales de la Familia que Solicitan Medi-Cal

1 Nombre del Solicitante/Guardián (Primer Nombre, Segundo Nombre y Apellido)		Relación del Solicitante/Guardián con el/Los Niño(s)	County Use Only Case name: _____ Case # _____ Worker # _____ Date: _____ Linkage _____ SSN _____ PREG _____ ID _____ Other _____
Nombre que aparece en la Acta de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha probable de parto: _____ Número de bebés _____	
No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento _____ Mes Día Año	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De haber contestado que sí, proporcione el No. de la Tarjeta de Identificación de Beneficios si lo tiene:	
Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País)		¿Ciudadano o nacional de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que No, indique la fecha en que llegó a los EEUU _____ Mes Día Año	
¿Tiene esta persona alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que la discapacidad comenzó: _____ <input type="checkbox"/> No		Estado Civil (seleccione una): <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	

2 Nombre del Cónyuge/Padre (Primer Nombre, Segundo Nombre y Apellido)		Relación con el Solicitante/Guardián	Linkage _____ SSN _____ PREG _____ ID _____ Other _____
Nombre que aparece en la Acta de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha probable de parto: _____ Número de bebés _____	
No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento _____ Mes Día Año	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De haber contestado que sí, proporcione el No. de la Tarjeta de Identificación de Beneficios si lo tiene:	
Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País)		¿Ciudadano o nacional de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que No, indique la fecha en que llegó a los EEUU _____ Mes Día Año	
¿Tiene esta persona alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que la discapacidad comenzó: _____ <input type="checkbox"/> No		Estado Civil (seleccione una): <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	

3 Nombre del Niño: (Primer Nombre, Segundo Nombre y Apellido) o hijo por nacer		Relación con el Solicitante/Guardián	Linkage _____ SSN _____ PREG _____ ID _____ Medical Support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CW 2.1 Q <input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home, 18-21 tax dependent
Nombre que aparece en la Acta de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha probable de parto: _____ Número de bebés _____	
No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento _____ Mes Día Año	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De haber contestado que sí, proporcione el No. de la Tarjeta de Identificación de Beneficios si lo tiene:	
Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado/País)		¿Ciudadano o nacional de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que No, indique la fecha en que llegó a los EEUU _____ Mes Día Año	
¿El niño vive en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está el niño inscrito en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nombre de la Madre:	Nombre del Padre:
---------------------	-------------------

¿Tiene este niño/a alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí. Fecha en que la discapacidad comenzó: _____ <input type="checkbox"/> No	Indique si alguno de los padres está o ha: <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Incapaz <input type="checkbox"/> Desempleado
--	--

4 ¿Alguna de las personas está cubierta actualmente por un seguro médico/dental o Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si ha respondido que sí, indique cuál de ellos.	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____			
5 ¿Alguna de las personas ha iniciado una demanda a causa de un accidente o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> DHCS 6268			
6 ¿Usted o algún miembro de la familia quiere Medi-Cal para cubrir gastos médicos de los últimos tres meses y desea solicitar Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique los nombres: _____ Meses de cobertura: _____	<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 1</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 2</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 3</td> </tr> </table>	Month 1	Month 2	Month 3
Month 1	Month 2	Month 3		
7 ¿Usted o algún miembro de la familia ha pertenecido al servicio militar de los EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si ha respondido que sí, indique cuál de ellos. Nombre(s): _____ Parentesco: _____	<input type="checkbox"/> CW 5			

8 El programa de Medi-Cal quizás comparta su información, al menos que usted seleccione la casilla siguiente:

- Compartiremos la solicitud de su hijo con Healthy Families si su hijo ya no es elegible para recibir Medi-Cal gratis en el futuro. Si usted no desea que compartamos la solicitud, marque aquí
- Compartiremos la solicitud de su hijo con el programa Healthy Kids u otro programa del condado similar, si su hijo ya no es elegible para recibir Medi-Cal completo. Si usted no desea que compartamos la solicitud, marque aquí

9 **Ingresos de la Familia:** Indique los ingresos de **cada** persona que aparece en esta solicitud. Incluya mantenimiento de hijos y pensión conyugal que ha recibido. (Anote cada fuente de ingreso en un reglón por separado)

Nombre de la persona con ingreso (Los niños que están en la escuela no tienen que poner sus ingresos de trabajo.)	Fuente de Ingresos (Trabajo, seguro social, pensión, etc.)	¿Cada cuánto recibe el ingreso? (Cada semana, cada quincena, cada mes)	¿Cuánto es el ingreso? (Ingreso total bruto)	No. de Seguro Social (Opcional)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

10 Gastos: Indique los gastos mensuales de todas las personas que se han mencionado arriba.

Cuidado de niños o Dependientes con Discapacidad

Para (nombre del niño o dependiente): _____ Edad: _____ Cantidad Pagada: _____
 ¿Cada Cuánto? _____

Para (nombre del niño o dependiente): _____ Edad: _____ Cantidad Pagada: _____
 ¿Cada Cuánto? _____

Mantenimiento de hijos establecido por la corte

Pagada a: _____ Pagada por: _____ Cantidad pagada: _____

Pensión conyugal establecida por la corte

Pagada a: _____ Pagada por: _____ Cantidad pagada: _____

Por favor tenga en cuenta que es probable que se solicite más información acerca de sus bienes, ingresos o recursos.

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Además, certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha: _____