

# ENVÍO A PROGRAMAS ESPECIALES DEL DEPARTAMENTO QUE PROPORCIONA SERVICIOS A PERSONAS CON INCAPACIDADES ADQUIRIDAS AL NACER O DURANTE EL DESARROLLO

COUNTY USE ONLY	
Case name	Case number
Worker name	Worker number

**CENTRO REGIONAL DE CALIFORNIA—Por favor, llene esta parte y envíela a la persona encargada de programas especiales del condado.**

Nombre del/de la solicitante

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Teléfono (      )	
Padre/Madre/Tutor(a) legal (si es pertinente)			
Dirección del padre/madre/tutor(a) legal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal

**SITUACIÓN**

- Nuevo(a) solicitante de Medi-Cal.
- Actualmente recibe Medi-Cal con una parte del costo. Volver a evaluar conforme a reglas institucionales especiales consideradas.

**ARREGLOS DE VIVIENDA**

- El/la solicitante vive actualmente en una instalación. Por favor determine la elegibilidad de Medi-Cal basándose en su regreso previsto al hogar. Fecha prevista para que se le dé de alta \_\_\_\_\_.
- El/la solicitante vive actualmente en el hogar.
- Otro: \_\_\_\_\_

*Esto es para certificar que el individuo mencionado anteriormente ha cumplido con los requisitos de ingreso a un centro de convalecencia para personas con incapacidades adquiridas al nacer o durante el desarrollo, según se define en la sección 1250, capítulo 2, del Código de Seguridad y Salud de California.*

Firma de la persona encargada del Centro Regional

➤

Nombre en letra de molde de la persona encargada del Centro Regional	Título	Teléfono (      )	
Dirección del Centro Regional (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

**NOTA AL CONDADO:** La determinación de elegibilidad posterga el ingreso y los recursos paternos/maternos y conyugales, aun si el/la solicitante vive en el hogar. Vea la sección 19D del Manual de Procedimientos de Elegibilidad de Medi-Cal. Si el/la solicitante/beneficiario(a) tiene derecho a Medi-Cal sin parte del costo conforme a las reglas regulares de elegibilidad, no se requiere ninguna postergación.

**Por favor, envíe una copia de la Notificación de Acción al Centro Regional cuando se complete la determinación.**

*White: County copy*

*Yellow: Regional Center Copy*