

FORMULARIO DE REDETERMINACIÓN ANUAL DE MEDI-CAL

Tiene que llenar este formulario y devolverlo al condado para mantener su cobertura de Medi-Cal!

Número de Caso <i>(opcional)</i>	Número de Seguro Social <i>(opcional)</i>	
Escriba su Nombre Completo <i>(si no se ha mudado y se le ha provisto una etiqueta de dirección, colóquela aquí)</i>	Fecha de Nacimiento <i>(opcional)</i> (mm/dd/aaaa)	
Dirección Actual, Número de Calle y Apartamento <input type="checkbox"/> <i>(marque aquí si la dirección es nueva)</i>	Ciudad/Estado	Código Postal
Dirección Postal <i>(si es diferente de la anterior)</i>	Ciudad/Estado	Código Postal

Use tinta y escriba sus respuestas en **LETRA IMPRENTA**. Asegúrese de firmar y colocar la fecha en el formulario. Use el sobre con franqueo pagado para devolverlo. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada a este formulario. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, llame a su trabajador al número de teléfono que aparece en el Aviso de Redeterminación Anual (Annual Redetermination Notice).

Sección 1. Ingresos

(a) ¿Usted o algún miembro de la familia en el hogar recibe dinero de su trabajo, manutención de hijos o pensión alimenticia, seguro social, beneficios para veteranos, beneficios por incapacidad o desempleo, jubilación, regalos, intereses o dividendos? Sí No

En caso afirmativo, llene la información siguiente y enumere cada fuente de ingresos en una línea aparte.

Adjunte los talones de pago más recientes que muestren los ingresos antes del pago de impuestos o deducciones, cartas de beneficio o adjudicación, cheques recibidos o una declaración firmada por el empleador, o la devolución del impuesto federal sobre la renta del año pasado. Si el ingreso proviene de trabajo por cuenta propia, envíe una copia de su declaración de impuestos más reciente o del estado de pérdidas y ganancias.

Nombre de la Persona que recibe Ingresos <i>(incluya el nombre y apellido)</i>	Fuente de Ingresos	Monto de Ingresos <i>(antes de las deducciones)</i>	Frecuencia de Pago <i>(semanal, mensual, dos veces al mes)</i>	Horas Trabajadas <i>(por semana o por mes)</i>

(b) ¿Usted o algún miembro de la familia en el hogar recibe alquiler, servicios públicos, alimentos o ropa totalmente gratis? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién los recibe? _____

¿Cuál fue gratuito? _____

(c) ¿Fue el alquiler, servicios públicos, alimentos o ropa gratuitos recibidos a cambio de trabajo? Sí No

Sección 2. Gastos y Deducciones

¿Usted o algún miembro de la familia en la casa paga cuidados infantiles o para adultos, seguro médico o primas de Medicare, manutención de hijos o pensión alimenticia por orden judicial o gastos de educación? Sí No

En caso afirmativo, llene la información siguiente y enumere cada gasto/deducción en una línea aparte.

Adjunte pruebas de los gastos o deducciones.

Nombre de la Persona que tiene Gastos/Deducción <i>(incluya el nombre y apellido)</i>	Tipo de Gasto o Deducción	Cantidad del Pago	Pagado a Favor de	Frecuencia de Pago <i>(semanal, mensual, dos veces al mes)</i>

Sección 3. Otro Seguro de Salud

(a) ¿Usted o algún miembro de la familia ha tenido un cambio o recibe nueva cobertura de salud, dental o de visión de Medicare o de seguro en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién tiene la cobertura/seguro? _____

¿Qué tipo de cobertura/seguro es? _____

(b) ¿Algún familiar que viva en el hogar recibe servicios relacionados con diálisis? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

(c) ¿Algún familiar que viva en el hogar recibió un trasplante de órgano en los últimos 2 años? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Sección 4. Situación de Vivienda

(a) ¿Alguien se ha mudado a la casa o fuera de esta, vive con otra persona, se ha casado o tuvo un bebé en los últimos 12 meses? *(Ejemplos: recién nacido, niño o adulto que se mudó a la casa o fuera de esta, un padre o madre ausente que ha vuelto a casa.)* Sí No

En caso afirmativo, llene lo siguiente:

Nombre <i>(incluya nombre y apellido)</i>	Relación con Usted	¿Qué es lo que ha Cambiado?	Fecha del Cambio

(b) ¿Hay alguna persona en la casa que desee recibir Medi-Cal que no lo esté recibiendo actualmente? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

(c) Si hay un nuevo bebé en casa, ¿dónde nació el bebé? _____ | _____ | _____
Ciudad Estado País

Sección 4. Situación de Vivienda *continuación*

(d) ¿Hay alguna persona en el hogar que reciba atención en un hogar para ancianos o una establecimiento hospitalario? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

(e) ¿Alguna persona en el hogar está embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Número de bebés que se esperan _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección 5. Bienes Muebles o Inmuebles

(a) Indique la cantidad total de efectivo y los cheques no cobrados que estén en posesión de cualquier miembro de la familia en el hogar \$ _____

(b) ¿Alguna de las personas tiene una cuenta corriente o de ahorro, seguro de vida, seguro de atención médica a largo plazo, vehículo de motor, acuerdo impuesto por orden judicial, acciones, bonos, fondos de jubilación, fideicomisos en los cuales el dinero o los bienes se mantienen en beneficio de cualquier miembro de la familia en el hogar, bienes raíces, vehículos para algún negocio, cuentas o bienes comerciales, pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, vehículos recreativos, fideicomisos o fondos de entierro, anualidades, joyas (que no se hayan recibido por herencia o boda) o derechos sobre minerales o petróleo? Sí No

(c) ¿Usted o algún miembro de la familia en el hogar ha vendido o regalado cualquier cantidad de dinero o bienes en los últimos 12 meses, o alguno de los artículos enumerados en esta sección se han gastado o usado como garantía para el pago de gastos médicos? Sí No

Nota: Si usted ha contestado “sí” a las preguntas (b) o (c), también tendrá que llenar un formulario de bienes complementarios; envíe el formulario al condado y proporcione medios para su verificación.

Sección 6. Cambio del Estado de Inmigración o Ciudadanía

¿Alguno de los miembros del hogar que tiene Medi-Cal o quiere recibir Medi-Cal ha tenido algún cambio en el estado de inmigración o ciudadanía en los últimos 12 meses? *(Si su estado de inmigración ha cambiado, usted podría calificar para recibir todos los beneficios de Medi-Cal.)* Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre(s) más abajo y envíe prueba que acredite el nuevo estatus.

Nombre de la Persona <i>(incluya el nombre y apellido)</i>	Cambio de Estado <i>(envíe prueba que acredite el estado)</i>

Sección 7. Ceguera/Discapacidad/Incapacidad

(a) ¿Usted o algún miembro de la familia en el hogar tienen una condición física o emocional que hace que sea difícil trabajar, cuidar de las necesidades personales o cuidar de sus hijos? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

(b) ¿La afección física, mental o de salud ocurrió como consecuencia de una lesión o accidente? Sí No

En caso afirmativo, explique _____

Sección 8. Otra Información del Programa de Salud y Referencias

- (a) Marque esta casilla si **no** desea que la información de su hijo o hija sea compartida con el programa de bajo costo llamado Healthy Families Program, si su hijo cuenta con Medi-Cal y paga parte del costo.
- (b) ¿Desea información sobre el programa de salud sin costo para niños menores de 21 años (*Child Health and Disability Prevention Program, también conocido como CHDP*)? Sí No
- (c) ¿Desea información sobre el programa sin costo para recibir alimentos complementarios para mujeres embarazadas o en período de lactancia y para niños menores de 5 años (*Women, Infants, and Children Program, también conocido como WIC*)? Sí No
- (d) ¿Desea información sobre Personal Care Services Program, un programa de atención domiciliaria para ancianos, personas ciegas o discapacitadas (también conocido como In-Home Supportive Services)? Sí No

Sección 9. Firma y Certificación

La persona que llena este formulario debe leer lo siguiente y firmar más abajo.

- He recibido y leído una copia del formulario de *Información Importante para las Personas que Solicitan Medi-Cal* (MC 219).
- Estoy consciente de, entiendo y acepto cumplir todas mis responsabilidades en la forma que se describen en el formulario MC 219.
- Certifico que informaré todos mis ingresos, bienes y cambios que ocurran a los mismos o cualquier otro cambio que podría afectar la elegibilidad a Medi-Cal dentro de los diez días siguientes al cambio de que se trate.
- Entiendo que todas las declaraciones, incluyendo la información sobre beneficios e ingresos que he realizado en este formulario, podrían ser objeto de investigación y verificación.
- Declaro, bajo pena de perjurio conforme las leyes del Estado de California, que toda la información provista en este formulario es verdadera y correcta.

Firma	Fecha
--------------	--------------

Número Teléfono durante el Día o para Recibir Mensajes	Teléfono de la Casa <input type="checkbox"/> (<i>marque aquí si el número es nuevo</i>)
---	--

Firma del Testigo (*si es firmado a través de una marca*), **Intérprete o Persona que lo ha Auxiliado**

— Para uso del Condado Únicamente —

Referrals		Follow-up Forms		
<input type="checkbox"/> HF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> MC 13	<input type="checkbox"/> MC 210 PS	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> CHDP	<input type="checkbox"/> PCSP		<input type="checkbox"/> DDSD Packet	