

FORMULARIO ANUAL PARA VOLVER A DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD PARA MEDI-CAL

¡Usted tiene que llenar este formulario, y devolvérselo al condado para conservar su Medi-Cal!

Número de caso <i>(opcional)</i>		Número de seguro social <i>(opcional)</i>	
Escriba su nombre en letra de molde <i>(Si no se ha mudado, coloque aquí la etiqueta con su dirección, en caso de habersele proporcionado una.)</i>		Fecha de nacimiento <i>(opcional)</i> (mm/dd/aaaa)	
Dirección residencial actual, número de apartamento <input type="checkbox"/> Marque aquí si la dirección es nueva		Ciudad	Código postal
Dirección postal, si es diferente a la de arriba		Ciudad	Código postal

Use pluma de tinta, y escriba sus respuestas en **LETRA DE MOLDE**. Si tiene alguna pregunta, o si necesita ayuda, para llenar este formulario, llame a su trabajador(a), al número de teléfono indicado en la Notificación Anual para Volver a Determinar su Elegibilidad. Asegúrese de firmar y fechar el formulario.

Use el sobre con franqueo pagado, para devolverlo. Si necesita más espacio, adjúntele a este formulario una hoja aparte.

Sección 1. Ingresos

(a) ¿Recibe usted o algún miembro de la familia, que vive en el hogar, dinero de un trabajo, del mantenimiento de los hijos o de una pensión de divorcio, del seguro social, de los beneficios para los veteranos militares, de los beneficios por desempleo o por incapacidad, de una jubilación, de regalos o de intereses o de dividendos? Sí No
 Si la respuesta es sí, complete lo siguiente, y enumere cada fuente de ingresos en una línea separada.

Adjunte los talones de cheque más recientes, que muestren los ingresos antes de los impuestos o deducciones, las cartas de beneficios o de adjudicaciones, los cheques que se recibieron o una declaración firmada del empleador, o la declaración de impuestos federales sobre los ingresos del año pasado. Si los ingresos provienen de un empleo por cuenta propia, envíe una copia de su más reciente declaración de impuestos sobre los ingresos o de la declaración de ganancias y pérdidas.

Nombre de la Persona con Ingresos	Fuente de los Ingresos	Cantidad de los Ingresos (antes de cualesquier deducciones)	Frecuencia con la que se recibió pago (semanalmente, mensualmente, dos veces al mes)	Horas que Trabajó (por semana o por mes)

(b) ¿Recibe usted o algún miembro de la familia, que vive en el hogar, alquiler, servicios públicos, alimentos o ropa, de forma completamente gratuita? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Qué fue gratuito? _____

(c) ¿Se recibió alquiler, servicios públicos, alimentos o ropa, a cambio de trabajo que se realizó? Sí No

Sección 2. Gastos y Deducciones

¿Paga usted o algún miembro de la familia, que vive en el hogar, por servicios de cuidado infantil o de cuidado de adultos, por seguro de salud o por primas de Medicare, por mantenimiento de los hijos o por pensiones de divorcio, ordenados por los tribunales, o por gastos educativos? Sí No

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente, y enumere cada gasto/deducción en una línea separada.

Adjunte pruebas de los gastos/deducciones.

Nombre de la Persona con el Gasto/Deducción	Tipo de Gasto o Deducción	Cantidad del Pago	A quién se le pagó	Frecuencia con la que se recibió pago (semanalmente, mensualmente, dos veces al mes)

Sección 3. Otro Seguro Médico

- (a) ¿Tuvo usted o cualquier miembro de la familia un cambio en la cobertura o seguro médico, dental, de la vista o de Medicare o recibió nueva cobertura o seguro de estos tipos, en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién tiene la cobertura/seguro? _____

¿Qué tipo de cobertura/seguro? _____

- (b) ¿Está recibiendo algún miembro de la familia, que vive en el hogar, servicios relacionados a la diálisis renal? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

Sección 4. Situación de Vivienda

- (a) ¿Se mudó alguien a, o de, su hogar, se mudó para vivir con otra persona, se casó, o tuvo un bebé, en los últimos 12 meses? (Ejemplos: un recién nacido, niño(a) o adulto que se mudó a, o de, el hogar, padres ausentes que volvieron al hogar.) Sí No

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente

Nombre	Relación con usted	¿Quiere Medi-Cal?	¿Qué cambió?	Fecha del Cambio
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

- (b) Si hay un nuevo bebé en el hogar, ¿cuál fue el lugar de nacimiento del bebé? _____ / _____
Ciudad País

- (c) ¿Recibió alguien en el hogar atención de hospitalización en un establecimiento de atención para las personas de la tercera edad o en una institución médica? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

- (d) ¿Hay alguna persona embarazada en el hogar? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Fecha que se anticipa para el parto: _____

Sección 5. Bienes Raíces o Personales

- (a) Indique el total de efectivo y de cheques sin cambiar, que tiene cualquier miembro de la familia en el hogar: \$ _____

- (b) ¿Tiene alguien una cuenta de cheques o de ahorros, seguro de vida, seguro de atención a largo plazo, vehículo motorizado, convenio de arreglo o fallo ordenado por los tribunales, acciones, bonos, fondos de jubilación, fideicomisos, donde se mantiene el dinero o los bienes de cualquier miembro de la familia, que vive en el hogar, bienes raíces, vehículos motorizados para fines comerciales cuentas o propiedades comerciales, pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, vehículos para recreación, escrituras o fondos para entierro, anualidades, joyas (que no sean reliquias familiares ni de matrimonio), o derechos petroleros o minerales? Sí No

- (c) ¿Vendió o regaló usted o algún miembro de la familia, que vive en el hogar, algún dinero o bienes, en los últimos 12 meses, o se ha gastado o utilizado algún artículo enumerado en esta Sección, como garantía, para cubrir gastos médicos? Sí No

Si usted contestó "sí" a las preguntas (b) o (c), también tendrá que llenar un formulario suplementario de bienes.

Sección 6. Cambio en la Situación de Inmigración o de Ciudadanía

- ¿Ha habido algún cambio en la situación de inmigración o de ciudadanía para alguien en el hogar, que tiene Medi-Cal o que quiere Medi-Cal, en los últimos 12 meses? (Si su situación de inmigración ha cambiado, es posible que tenga derecho a recibir los beneficios completos de Medi-Cal.) Sí No

Si la respuesta es sí, enumere el/los nombre(s) a continuación y envíe pruebas de la nueva situación.

Nombre(s): _____

Sección 7. Ceguera/Impedimento/Incapacidad

(a) ¿Tiene usted o algún miembro de la familia, que vive en el hogar, una condición física o emocional, que le haga difícil trabajar, atender a sus necesidades personales, o cuidar a sus niños? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

(b) ¿Fue la condición física, mental o de salud el resultado de una lesión o accidente? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

Sección 8. Otra Información sobre Programas de Salud y Envíos a Servicios

(a) Si su hijo recibe Medi-Cal con parte del costo y **no** desea que la información de su hijo se comparta con el programa *Healthy Families* de bajo costo, ponga una **X** en esta casilla.

(b) ¿Quiere información acerca del programa de salud sin costo alguno, para niños menores de 21 años [*el Programa de Salud para los Niños y Prevención de Incapacidad, también conocido por las siglas CHDP (Child Health and Disability Prevention Program)*]? Sí No

(c) ¿Quiere información acerca del programa de alimentos suplementarios, sin costo alguno, para mujeres embarazadas o que están amamantando y para niños menores de 5 años [*el Programa para Mujeres, Bebés y Niños, también conocido por las siglas WIC (Women, Infants, and Children Program)*]? Sí No

(d) ¿Quiere información acerca del Programa de Servicios de Atención Personal (*Personal Care Services Program*), un programa de atención a domicilio, para personas ancianas, ciegas o incapacitadas [también conocido como Servicios Auxiliares a Domicilio (*In-Home Supportive Services*)]? Sí No

CERTIFICACIÓN—La persona que completa este formulario tiene que leer y firmar lo siguiente.

- 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 estoy de acuerdo en cumplir con todas mis responsabilidades, según se describen en el formulario MC 219.
- Certifico que reportaré todos los ingresos, bienes u otros cambios, que podrían afectar mi elegibilidad para recibir Medi-Cal, en un plazo de diez días, a partir del cambio.
- Entiendo que todas las declaraciones, incluyendo la información acerca de los beneficios y de los ingresos, que he hecho en este formulario, podrían estar sujetas a investigación y verificación.
- Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes del Estado de California, que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

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

Número de Teléfono durante el Día o para Dejar Mensajes	Número de Teléfono en el Hogar <input type="checkbox"/> <i>Marque aquí si es un número nuevo</i>
--	---

Firma del/de la Testigo (si se firma con una marca), del/de la Intérprete o de la Persona Auxiliar

—Solamente para Uso del Condado—

Worker Signature	Worker Number	Date Annual Completed
-------------------------	----------------------	------------------------------

Referrals	Follow-up Forms
<input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CHDP <input type="checkbox"/> PCSP	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 <input type="checkbox"/> MC 210 PS <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> MC 13 <input type="checkbox"/> DAPD Packet