

# ADDITIONAL CHILDREN (SUPPLEMENT TO THE MEDI-CAL STATEMENT OF FACTS—MC 210)

COUNTY USE ONLY				
Case name: _____				
Case number: _____				
Worker number: _____				
Date: _____				

**IF YOU HAVE MORE THAN THREE CHILDREN, LIST HERE AND GIVE THIS FORM TO YOUR WORKER.**

<b>A</b> Child's name (first, middle, last) or "unborn"	Relationship to applicant		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Social Security number	In school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female					
Birthdate or date unborn is due	Is the person blind or disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Father's name	Is either parent (✓) <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>B</b> Child's name (first, middle, last) or "unborn"	Relationship to applicant		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Social Security number	In school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female					
Birthdate or date unborn is due	Is the person blind or disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Father's name	Is either parent (✓) <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>C</b> Child's name (first, middle, last) or "unborn"	Relationship to applicant		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Social Security number	In school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female					
Birthdate or date unborn is due	Is the person blind or disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Father's name	Is either parent (✓) <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>D</b> Child's name (first, middle, last) or "unborn"	Relationship to applicant		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Social Security number	In school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female					
Birthdate or date unborn is due	Is the person blind or disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Father's name	Is either parent (✓) <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>E</b> Child's name (first, middle, last) or "unborn"	Relationship to applicant		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Social Security number	In school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female					
Birthdate or date unborn is due	Is the person blind or disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Father's name	Is either parent (✓) <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>F</b> Child's name (first, middle, last) or "unborn"	Relationship to applicant		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Social Security number	In school <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female					
Birthdate or date unborn is due	Is the person blind or disabled <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pregnant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Father's name	Is either parent (✓) <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Incapacitated <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Unemployed		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Mother's name	Child living in home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

# NIÑOS ADICIONALES

## (SUPLEMENTO A LA DECLARACION DE DATOS DE MEDI-CAL—MC 210)

PARA USO DEL CONDADO				
Case name: _____				
Case number: _____				
Worker number: _____				
Date: _____				

### SI TIENE MAS DE TRES NIÑOS, ANOTELOS AQUI Y DELE ESTA FORMA A SU TRABAJADOR(A)

<b>A</b> Nombre del niño (nombre, inicial, apellido) o "por nacer"	Parentesco con el solicitante		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Número del Seguro Social	¿Asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					
Fecha de nacimiento o fecha en que se espera nacerá el bebé	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del padre	¿Está cualquiera de los padres (✓) <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempleado		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Nombre de la madre	¿Vive el niño en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>B</b> Nombre del niño (nombre, inicial, apellido) o "por nacer"	Parentesco con el solicitante		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Número del Seguro Social	¿Asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					
Fecha de nacimiento o fecha en que se espera nacerá el bebé	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del padre	¿Está cualquiera de los padres (✓) <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempleado		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Nombre de la madre	¿Vive el niño en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>C</b> Nombre del niño (nombre, inicial, apellido) o "por nacer"	Parentesco con el solicitante		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Número del Seguro Social	¿Asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					
Fecha de nacimiento o fecha en que se espera nacerá el bebé	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del padre	¿Está cualquiera de los padres (✓) <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempleado		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Nombre de la madre	¿Vive el niño en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>D</b> Nombre del niño (nombre, inicial, apellido) o "por nacer"	Parentesco con el solicitante		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Número del Seguro Social	¿Asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					
Fecha de nacimiento o fecha en que se espera nacerá el bebé	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del padre	¿Está cualquiera de los padres (✓) <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempleado		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Nombre de la madre	¿Vive el niño en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>E</b> Nombre del niño (nombre, inicial, apellido) o "por nacer"	Parentesco con el solicitante		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Número del Seguro Social	¿Asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					
Fecha de nacimiento o fecha en que se espera nacerá el bebé	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del padre	¿Está cualquiera de los padres (✓) <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempleado		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Nombre de la madre	¿Vive el niño en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				

<b>F</b> Nombre del niño (nombre, inicial, apellido) o "por nacer"	Parentesco con el solicitante		Linkage	Citizen/ Immig. MC 13	SSN	Preg	ID
Número del Seguro Social	¿Asiste a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.					
Fecha de nacimiento o fecha en que se espera nacerá el bebé	¿Está la persona ciega o incapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del padre	¿Está cualquiera de los padres (✓) <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempleado		Medical Support <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA 2.1				
Nombre de la madre	¿Vive el niño en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Solicitó Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Not in home, 18–21 and tax dep.?				