



JENNIFER KENT
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services
Empobrecimiento Conyugal



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

1915(c) Home and Community-Based Services (HCBS) Waiver Programs

Muchas gracias por su interés en uno de nuestros programas de HCBS. Lea este volante para saber más.

Qué hacer a continuación

Si usted está en una lista de espera para un programa de excepción de HCBS u otro programa, es posible que se apliquen a usted unas reglas especiales de elegibilidad de Medi-Cal llamadas de “empobrecimiento conyugal.” Las reglas podrían aplicarse si usted:

- Está casado o en una sociedad doméstica registrada
- Cumple con los requisitos médicos **y**
- Pidió HCBS.

Para obtener los servicios de excepción que pidió, usted debe **solicitar y que le aprueben** Medi-Cal una vez que se abra un espacio para usted. Usted puede solicitar en la oficina local de Medi-Cal de su condado o puede solicitar por internet, por correo o por teléfono.

Para saber más sobre cómo solicitar y para ver la lista de oficinas de Medi-Cal, visite el sitio web del [Departamento de servicios de cuidados de salud \(DHCS\) en http://www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov).

Cuando usted solicite Medi-Cal

- Muestre este volante en la oficina local de Medi-Cal de su condado o dígalos a ellos que usted lo tiene.
- El condado se comunicará con usted si ellos necesitan más información.
- El condado podría pedirle a usted que firme un formulario de verificación de médico. Esto es para que ellos puedan obtener información de su médico. La información de su médico podría mostrar que usted cumple con los requisitos médicos para las reglas especiales de elegibilidad. Si así es, el condado revisará si usted es elegible para Medi-Cal sin costo o con un share of cost más bajo. Esto **no** garantiza que usted sea elegible para Medi-Cal o que cumpla con las reglas especiales de elegibilidad.

Integrated Systems of Care Division
1501 Capitol Avenue, MS 4502, PO Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

- Usted debe ser elegible para Medi-Cal y que le hagan una evaluación física por separado antes de que usted pueda estar en los programas de excepción de HCBS u otros programas de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta o quiere saber más sobre cómo usted puede ser elegible para Medi-Cal, por favor comuníquese con su oficina local de Medi-Cal de su condado.

Para ser llenado por el administrador del programa de excepción :

Nombre de la persona que solicita HCBS: _____

Fecha en que la persona solicitó HCBS: _____

Nombre del administrador del programa de excepción: _____

Información de contacto del administrador del programa de excepción (nombre y teléfono): _____

DHCS cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y del estado. DHCS no discrimina ilícitamente con motivo de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, padecimiento médico, información genética, estado civil, sexo, identidad sexual u orientación sexual. DHCS no excluye ilícitamente a las personas ni les trata de manera diferente con motivo de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, padecimiento médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

DHCS:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas que tengan discapacidades para comunicarse de manera eficaz con DHCS, como:
 - Intérpretes calificados en idioma de señas
 - Información por escrito en otros formatos, como letras grandes, audio, formatos accesibles electrónicamente y otros formatos
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyo idioma materno no sea el inglés como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, llame a Office of Civil Rights, al 1-916-440-7370, 711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones de California) o envíe un mensaje electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si a usted le parece que DHCS no ha proporcionado estos servicios o que ha sido objeto de discriminación de alguna otra manera con motivo de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, padecimiento médico, información genética, estado civil, sexo, identidad sexual u orientación sexual, usted puede presentar una queja ante Office of Civil Rights.

PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (California State Relay)
Dirección electrónica: CivilRights@dhcs.ca.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja, Office of Civil Rights puede ayudarle. Los formularios de quejas se encuentran disponibles en [Office of Civil Rights \(http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx\)](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

Si le parece que usted ha sido objeto de discriminación con motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights. Puede presentar la queja electrónicamente a través del portal de quejas de:

Office of Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o puede presentarla por correo o por teléfono ante:

U.S. Department of Health and
Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697)

Usted puede obtener un formulario de quejas en el sitio web del [U.S Department of Health and Human Services \(http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html\)](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).