

<b>SNIPPET TABLE</b>	
v5.0	
<b>Notice(s) Covered</b>	NOD02 - MAGI Medi-Cal Eligibility Notice
<b>Document Purpose</b>	This document lists the various notice snippets (aka notice building blocks) used to create the NOD02 MAGI Medi-Cal Eligibility notice.
<b>Spreadsheet Tab</b>	<b>How to Use</b>
<i>Static_Snippets</i>	Contains global, static snippet IDs for those snippets that appear in NOD02 notices. The static snippet IDs will be different for each SAWS consortium.
<i>Dynamic_Snippets</i>	Contains dynamic snippet IDs for those snippets that appear depending on the particular eligibility determination situation. The snippet IDs are organized by which eligibility determinations they would appear under.
<i>Variables_Definitions</i>	Contains the definitions of all the variables used in the snippets.
<i>Revision History</i>	Tracks revision history of Snippet Table, including relevant CRs and Defect #s
<i>History_Static_Snippets</i>	Captures the history of changes on the static snippets.
<i>History_Dynamic_Snippets</i>	Captures the history of changes on the dynamic snippets.
	A snippet in a yellow-colored cell represents a snippet that is used in multiple scenarios
	A snippet in a grey-colored cell represents a snippet that is not currently used

Snippet ID	Current English Description	Current Spanish Description	Comments	Begin Date	End Date
29	Return Address: <LDR County Return Address> Current Date: <current date> CalHEERS Case Number: <case number> SAWS Case Number: <saws case number> Recipient Address: <recipient address>	Return Address: <LDR County Return Address> Current Date: <current date> CalHEERS Case Number: <case number> SAWS Case Number: <saws case number> Recipient Address: <recipient address>	* Spanish notice doesn't have headings in Spanish		
30	Logo Tag Line: Your destination for affordable healthcare, including Medi-Cal Recipient Address: <recipient address> Notice Date: <notice date> CalHEERS Case Number: <calheers case number> SAWS Case Number: <saws case number>	Logo Tag Line: Your destination for affordable healthcare, including Medi-Cal Recipient Address: <recipient address> Notice Date: <notice date> CalHEERS Case Number: <calheers case number> SAWS Case Number: <saws case number>	* Spanish notice doesn't have headings in Spanish		
31	Return Address: <CAV County Return Address> Logo Tag Line: Your destination for affordable healthcare, including Medi-Cal Recipient Address: <recipient address> Notice Date: <notice date> CalHEERS Case Number: <calheers case number> SAWS Case Number: <saws case number>	Return Address: <CAV County Return Address> Logo Tag Line: Your destination for affordable healthcare, including Medi-Cal Recipient Address: <recipient address> Notice Date: <notice date> CalHEERS Case Number: <calheers case number> SAWS Case Number: <saws case number>	* Spanish notice doesn't have headings in Spanish		
9	- Return Address: PO BOX 989725 West Sacramento, CA 95798-9725 - Logo Tag Line: Decision on your health care application - Header: Decision on your health care application - Current Date - Covered CA Case Number: - County Case Number:	Logo Tag Line: Su destino para bajo costo de seguros de salud, incluye Medi-Cal. Header: Decisión en su solicitud de cuidado médico Número de Caso de Covered CA: Número de Caso de Condado:	* Previous snippet before it changed for each consortium		
101	Dear First_Name Last_Name,	Estimado First_Name Last_Name,			
*249	We have reviewed your eligibility for health coverage. We used the information you gave us and state and federal data to make this decision.	Hemos revisado su elegibilidad para la cobertura de salud. Utilizamos la información que nos dio y datos estatales y federales para tomar esta decisión.	Updated as part of Renewals functionality	10/6/2014	
250	{MEMBER_FIRST_NAME} {MEMBER_LAST_NAME}	{MEMBER_FIRST_NAME} {MEMBER_LAST_NAME}			
253	<b>Do you have any changes?</b> Over the next year, you are obligated to report any changes that would affect your health insurance within 10 days of such a change. You are obligated to contact us if: • You move. • Your income changes; or • Your household changes, for example, you marry/divorce, become pregnant, or have a child(ren) • You become qualified for other health insurance  To report changes, please contact your county office using one of the following ways: • Telephone: {COUNTY_PHONE_NUMBER} • In person: {COUNTY_ADDRESS} • Fax: {COUNTY_FAX_NUMBER} • Office Hours: {COUNTY_OFFICE_HOURS}  To report changes, please contact your county office using one of the following ways: • County Worker: {COUNTY_WORKER_NAME} • County Worker ID: {COUNTY_WORKER_ID}	<b>Si tiene cambios</b> Durante el próximo año, Usted está obligado a informar a Covered California dentro de los 10 días de los cambios que puedan afectar su cobertura. Está obligado a contactar con nosotros si: • Se muda • Sus ingresos cambian • Hay cambios en su hogar, Por ejemplo, usted casarse o divorciarse, se queda embarazada, o tener un hijo(s) • Usted es elegible para otro seguro médico  Para informar los cambios, por favor contacto con su condado en una de las siguientes maneras: • Por teléfono al: {COUNTY_CASE_NUMBER} • En persona: {COUNTY_ADDRESS} • Por fax a: {COUNTY_FAX_NUMBER} • Horario de Oficina: {COUNTY_OFFICE_HOURS}  Para informar los cambios, por favor contacto con su oficina del condado en una de las siguientes maneras: • El trabajador social de su condado: {COUNTY_WORKER_NAME} {COUNTY_WORKER_ID} • ID del trabajador social de su condado: {COUNTY_WORKER_ID}			
254	If you already have a Benefits Identification Card (BIC), do not throw it away. You should keep using that card. If you have never received a BIC, one will be mailed to you soon. If you previously received a BIC but no longer have that BIC, contact your worker for a replacement. The BIC has the information your provider needs to check your Medi-Cal eligibility. You should bring the BIC to your medical provider whenever you need care.	Si usted ya tiene una Tarjeta de identificación de beneficios (BIC), no tirarlo a la basura. Usted debe seguir usando esa tarjeta. Si usted nunca ha recibido una BIC, recibirá una muy pronto por correo. Si tuvo una BIC pero ahora no la tiene, llame a su trabajador social para pedir una. El BIC tiene la información de que su proveedor necesita que verifique su elegibilidad de Medi-Cal. Usted debe traer su BIC con usted a su proveedor médico cuando reciba cuidado médico.			
255	<b>Questions?</b> If you have questions or need assistance please contact {COUNTY_PHONE_NUMBER}	<b>¿Tiene preguntas?</b> Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor contacta {COUNTY_PHONE_NUMBER}			
8	This notice is required by the Affordable Care Act per regulation 42 C.F.R. § 431.206 and Cal. Code Regs., tit. 22, § 50179	Este aviso es enviado en cumplimiento de la Ley de cuidado de salud (Affordable Care Act) 42 C.F.R. § 431.206 and Cal. Code Regs., tit. 22, § 50179			



Restricted Scope	Body 5	CR 3297	207	We evaluated your request for Medi-Cal for the month of eligibility month years. You qualify for restricted scope Medi-Cal in eligibility month years because you did not provide written proof of your U.S. Citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. This notice is only related to your request for eligibility for this month. This notice does not affect your application for current and continuing Medi-Cal.  If you have written proof of your immigration status that you can give us now or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county worker at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted-scope to full-scope when you send us your documents.  If you have written proof of your immigration status that you can give us now or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county worker at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted-scope to full-scope when you send us your documents.	Evaluamos su solicitud de Medi-Cal para el mes de elegibilidad. Usted califica para beneficios limitados de Medi-Cal en el mes de elegibilidad porque usted no proporcionó pruebas por escrito de ciudadanía o estatus migratorio satisfactorio para los propósitos de Medi-Cal. Este aviso sólo está relacionado con su solicitud de elegibilidad para este mes. Este aviso no afecta su solicitud de Medi-Cal actual y continuo.  Si usted tiene pruebas por escrito de su estatus migratorio que pueda darnos ahora, o quiere hacernos saber que está teniendo problemas para obtener su documento, por favor llame a su trabajador del condado al número que aparece en esta notificación. Su estado puede cambiar de beneficios limitados a beneficios completos cuando nos proporcione sus documentos.  Si usted tiene pruebas por escrito de su estatus migratorio que pueda darnos ahora, o quiere hacernos saber que está teniendo problemas para obtener su documento, por favor llame a su trabajador del condado al número que aparece en esta notificación. Su estado puede cambiar de beneficios limitados a beneficios completos cuando nos proporcione sus documentos.	Child - 1.6 years old determined eligible for restricted scope MAGI Medi-Cal.  This widget should be generated for Retro Months prior to the Application Date.	Children - 1.6 years old, 0-200% FPL, unemployable	Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537	
Restricted Scope	Body 5	CR 3297	423	Your application dated month 06, yyyy has been approved. You qualify for restricted scope Medi-Cal because you do not provide written proof of your U.S. Citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.  Your eligibility for restricted scope Medi-Cal begins effective date: Month Day, Year. Your Medi-Cal coverage will continue unless you are found to be ineligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes.  If you have written proof of your immigration status that you can give us now or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county worker at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted-scope to full-scope when you send us your documents.	Se ha aprobado su solicitud con la fecha de inicio día, año. Usted califica para beneficios limitados de Medi-Cal porque no proporcionó pruebas por escrito de su ciudadanía o estatus migratorio satisfactorio para los propósitos de Medi-Cal.  Su elegibilidad para beneficios limitados de Medi-Cal comienza en fecha efectiva: Mes Día Año. Su cobertura de Medi-Cal continuará a menos que no se le encuentre elegible. Esto podría ocurrir en cualquier momento que su elegibilidad sea renovada o cuando cambie su situación.  Si usted tiene pruebas por escrito de su estatus migratorio que pueda darnos ahora, o quiere hacernos saber que está teniendo problemas para obtener su documento, por favor llame a su trabajador del condado al número que aparece en esta notificación. Su estado puede cambiar de beneficios limitados a beneficios completos cuando nos proporcione sus documentos.	Child - 1.6 years old determined eligible for restricted scope MAGI Medi-Cal.  This widget should be generated for post Application Date.	Children - 1.6 years old, 0-200% FPL, unemployable	Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502	
Restricted Scope	Body 6	CR 3297	206	We evaluated your request for Medi-Cal for the month of eligibility month years. You qualify for restricted scope Medi-Cal in eligibility month years because you did not provide written proof of your U.S. Citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes. This notice is only related to your request for eligibility for this month. This notice does not affect your application for current and continuing Medi-Cal.  If you have written proof of your immigration status that you can give us now or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county worker at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted-scope to full-scope when you send us your documents.	Evaluamos su solicitud de Medi-Cal para el mes de elegibilidad. Usted califica para beneficios limitados de Medi-Cal en el mes de elegibilidad porque usted no proporcionó pruebas por escrito de su ciudadanía o estatus migratorio satisfactorio para los propósitos de Medi-Cal. Este aviso sólo está relacionado con su solicitud de elegibilidad para este mes. Este aviso no afecta su solicitud de Medi-Cal actual y continuo.  Si usted tiene pruebas por escrito de su estatus migratorio que pueda darnos ahora, o quiere hacernos saber que está teniendo problemas para obtener su documento, por favor llame a su trabajador del condado al número que aparece en esta notificación. Su estado puede cambiar de beneficios limitados a beneficios completos cuando nos proporcione sus documentos.	Child - up to 1 year old determined eligible for restricted scope MAGI Medi-Cal.  This widget should be generated for Retro Months prior to the Application Date.	Children - up to 1 year old, 0-200% FPL, unemployable	Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537	
Restricted Scope	Body 6	CR 3297	426	Your application dated month 06, yyyy has been approved. You qualify for restricted scope Medi-Cal because you do not provide written proof of your U.S. Citizenship or satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.  Your eligibility for restricted scope Medi-Cal begins effective date: Month Day, Year. Your Medi-Cal coverage will continue unless you are found to be ineligible. This could happen at the time your eligibility is renewed or when your situation changes.  If you have written proof of your immigration status that you can give us now or want to let us know you are having problems getting your document, please call your county worker at the number listed on this notice. Your benefits may change from restricted-scope to full-scope when you send us your documents.	Se ha aprobado su solicitud con la fecha de inicio día, año. Usted califica para beneficios limitados de Medi-Cal porque no proporcionó pruebas por escrito de su ciudadanía o estatus migratorio satisfactorio para los propósitos de Medi-Cal.  Su elegibilidad para beneficios limitados de Medi-Cal comienza en fecha efectiva: Mes Día Año. Su cobertura de Medi-Cal continuará a menos que no se le encuentre elegible. Esto podría ocurrir en cualquier momento que su elegibilidad sea renovada o cuando cambie su situación.  Si usted tiene pruebas por escrito de su estatus migratorio que pueda darnos ahora, o quiere hacernos saber que está teniendo problemas para obtener su documento, por favor llame a su trabajador del condado al número que aparece en esta notificación. Su estado puede cambiar de beneficios limitados a beneficios completos cuando nos proporcione sus documentos.	Child - up to 1 year old determined eligible for restricted scope MAGI Medi-Cal.  This widget should be generated for post Application Date.	Children - up to 1 year old, 0-200% FPL, unemployable	Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502	
Restricted Scope	Footer 1		278	Restricted-scope Medi-Cal only covers emergency, pregnancy related, and long-term care services. If you are not sure if a service is covered, call your medical provider.  We counted your household size and income to make our decision.  For Medi-Cal, your household size is household size and your monthly household income is modified adjusted gross income. The monthly Medi-Cal income limit for your household size is MAGI limit. See our website for more information, so you qualify for health coverage.  Regulation authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the event sent you this notice.	Medi-Cal de alcance restringido sólo cubre servicios de emergencia, relacionados con el embarazo y de atención a largo plazo. Si no está seguro de que un servicio está cubierto, póngase a su proveedor médico.  Tomamos en cuenta el tamaño y los ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión.  Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es el tamaño de su hogar y sus ingresos de su hogar mensual son el ingreso ajustado modificado de su hogar. El límite de ingreso de Medi-Cal para su hogar es el límite de ingreso MAGI. Consulte "Sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan el día después de que el condado le envió esta notificación.	Individual going from full-scope to restricted scope MAGI Medi-Cal for citizenship reasons and / or level of income.	Going from Full-Comprehensively Approved to Restricted Final Eligibility	42 C.F.R. § 435.403	
Assessment/Enrollment	Body 7		205	Good news! You qualify for Medi-Cal for now. If you don't have a California Benefits Identification Card (BIC), we will send one in the mail. You can use your BIC to get medical services as soon as you get it. You qualify for Medi-Cal until we make our final decision.  We need more information to make our final decision. Fill out and sign the form that came with this letter.  Regulation authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the event sent you this notice.	¡Buena noticia! Usted es elegible para Medi-Cal por ahora. Si usted no tiene una Tarjeta de Identificación para beneficios (BIC) de California, le enviaremos una por correo. Puede usar su BIC para recibir servicios médicos tan pronto como los reciba. Usted es elegible para Medi-Cal hasta que tomemos nuestra decisión final.  Necesitamos más información para tomar nuestra decisión final. Llame y firme el formulario que llegó con esta carta.  Regulación autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "Sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan el día después de que el condado le envió esta notificación.	Child given temporary full-scope Medi-Cal.	Assessment/enrollment children	Cal. Welf. & Inst. Code § 14015.03	
Change in Benefits	Citizenship	Header & Reason 1	205	Your Medi-Cal changed to restricted-scope on status.  Restricted-scope Medi-Cal only covers emergency, pregnancy-related and long-term care services. If you are not sure if a service is covered, call your medical provider.  Your Medi-Cal is changing from full to restricted because you did not give us acceptable proof of citizenship/immigration status on identity. And you stopped making a good faith effort to give us your proof. If you give us acceptable proof within one year, your Medi-Cal will change from restricted back to full Medi-Cal starting the month your restricted benefits began.  If your Medi-Cal changes to full-scope in the future, you can't get medical care that we're covered while you were getting restricted Medi-Cal; you're able to ask for a reimbursement. This means you can get back the money we paid for the services. If you have questions about reimbursement, call 1-800-465-2007.  Regulation authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the event sent you this notice.	su Medi-Cal cambió a alcance restringido al día.  Medi-Cal de alcance restringido sólo cubre servicios de emergencia, relacionados con el embarazo y de atención a largo plazo. Si no está seguro de que un servicio está cubierto, llame a su proveedor médico o al número de ayuda al cliente.  Su Medi-Cal cambió de completo a restringido porque no nos dio pruebas aceptables de ciudadanía, estatus migratorio o identidad. Y usted dejó de hacer un esfuerzo de buena fe por darnos su prueba. Si usted nos da una prueba aceptable a más tardar en un año, su Medi-Cal volverá a cambiar de restringido a Medi-Cal completo, comenzando el mes en que comenzaron sus beneficios restringidos.  Si su Medi-Cal cambia a alcance completo en el futuro y usted pagó por cuidados médicos que no estaban cubiertos mientras usted estaba recibiendo Medi-Cal restringido, usted podría pedir un reembolso. Esto significa que usted puede recuperar el dinero que pagó por el servicio. Si tiene preguntas sobre el reembolso, llame al 1-800-465-2007.  Regulación autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "Sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan el día después de que el condado le envió esta notificación.	Individual going from full-scope to restricted scope MAGI Medi-Cal for citizenship reasons and / or level of income.	Going from Full-Comprehensively Approved to Restricted Final Eligibility	42 C.F.R. § 435.4	
Denial	Body 1		427 (NDC)	Your application for eligibility Month Year has been denied. This notice is only related to your request for eligibility for this month. This notice does not affect your application for current and continuing Medi-Cal. You do not qualify for Medi-Cal because:  Reason 1: You are not a resident of California.  Reason 2: You are incarcerated.  You did not give us the information needed to complete your eligibility determination.  Written Withdrawal  Child Applied for Self  Duplicate Application  On Aid Another Case  Overpaid  Whereabouts Unknown  Income CG  N/A  Discontinuance  N/A	su solicitud para elegibilidad Month Year ha sido negada. Este aviso sólo está relacionado con su pedido de elegibilidad para este mes. Este aviso no afecta su solicitud actual y continuo de Medi-Cal. Usted no califica para Medi-Cal porque:  Razón 1: Usted no es residente de California.  Razón 2: Usted está encarcelado.  Usted no nos ha dado la información necesaria para determinar su elegibilidad.  Usted retiró su solicitud de Medi-Cal y pidió que no evaluáramos su elegibilidad.  Usted es un niño y un adulto debe aplicar por usted. Si usted tiene preguntas o cree que hemos cometido un error, si usted tiene más información para darnos, llame o escriba a su trabajador del condado.  Usted ya está recibiendo beneficios de Medi-Cal en otro caso, por tanto, no tiene derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal en este caso.  Tenemos recibidos la notificación de la muerte de (PersonName). Además, para su información, no hay beneficios especiales por fallecimiento a enterrar personas en el programa de Medi-Cal.  No sabemos dónde vive y no tenemos manera de contactarlos con usted. Hemos enviado sus cartas a su última dirección.  Usted es elegible recibir beneficios de Medi-Cal a través del programa de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income) (SSI) (Programa de Seguro Suplementario) (SSP) (Pago Suplementario). Es posible, por lo tanto, usted no tiene derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal en otro caso.  Examina la información que usted nos dio y nuestros registros para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error, llame o escriba a su trabajador del condado. Puede pedir una apelación. Lea la parte de atrás de esta página para ver cómo apelar.  Regulación autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "Sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan el día después de que el condado le envió esta notificación.	This widget should be generated for post Application Date.			
Denial	Body 1		427 (NDC)	Your application for eligibility Month Year has been denied. This notice is only related to your request for eligibility for this month. This notice does not affect your application for current and continuing Medi-Cal. You do not qualify for Medi-Cal because:  Reason 1: You are not a resident of California.  Reason 2: You are incarcerated.  You did not give us the information needed to complete your eligibility determination.  Written Withdrawal  Child Applied for Self  Duplicate Application  On Aid Another Case  Overpaid  Whereabouts Unknown  Income CG  N/A  Discontinuance  N/A	su solicitud para elegibilidad Month Year ha sido negada. Este aviso sólo está relacionado con su pedido de elegibilidad para este mes. Este aviso no afecta su solicitud actual y continuo de Medi-Cal. Usted no califica para Medi-Cal porque:  Razón 1: Usted no es residente de California.  Razón 2: Usted está encarcelado.  Usted no nos ha dado la información necesaria para determinar su elegibilidad.  Usted retiró su solicitud de Medi-Cal y pidió que no evaluáramos su elegibilidad.  Usted es un niño y un adulto debe aplicar por usted. Si usted tiene preguntas o cree que hemos cometido un error, si usted tiene más información para darnos, llame o escriba a su trabajador del condado.  Usted ya está recibiendo beneficios de Medi-Cal en otro caso, por tanto, no tiene derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal en este caso.  Tenemos recibidos la notificación de la muerte de (PersonName). Además, para su información, no hay beneficios especiales por fallecimiento a enterrar personas en el programa de Medi-Cal.  No sabemos dónde vive y no tenemos manera de contactarlos con usted. Hemos enviado sus cartas a su última dirección.  Usted es elegible recibir beneficios de Medi-Cal a través del programa de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income) (SSI) (Programa de Seguro Suplementario) (SSP) (Pago Suplementario). Es posible, por lo tanto, usted no tiene derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal en otro caso.  Examina la información que usted nos dio y nuestros registros para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error, llame o escriba a su trabajador del condado. Puede pedir una apelación. Lea la parte de atrás de esta página para ver cómo apelar.  Regulación autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "Sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan el día después de que el condado le envió esta notificación.	This widget should be generated for Retro Months prior to the Application Date.			
Denial	Reason 1		213	You are not a resident of California.	Usted no es residente de California.				
Denial	Reason 2		205	You are incarcerated.	Usted está encarcelado.				
Denial	Reason 3		708	You did not give us the information needed to complete your eligibility determination.	Usted no nos ha dado la información necesaria para determinar su elegibilidad.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 4		710	You withdrew your application for Medi-Cal and requested that we do not evaluate your eligibility.	Usted retiró su solicitud de Medi-Cal y pidió que no evaluáramos su elegibilidad.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 5		708	You are a child and an adult must apply for you. If you have questions or think we made a mistake, or if you have more information to give us, call or write to your worker right away.	Usted es un niño y un adulto debe aplicar por usted. Si usted tiene preguntas o cree que hemos cometido un error, si usted tiene más información para darnos, llame o escriba a su trabajador del condado.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 6		708	This was a duplicate application. If you have questions or think we made a mistake, or if you have more information to give us, call or write to your worker right away.	Usted ya está recibiendo beneficios de Medi-Cal en otro caso, por tanto, no tiene derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal en este caso.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 7		415	We received notification of the death of (PersonName). Also, for your information, there are no special death or burial benefits provided under the Medi-Cal program.	Tenemos recibidos la notificación de la muerte de (PersonName). Además, para su información, no hay beneficios especiales por fallecimiento a enterrar personas en el programa de Medi-Cal.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 8		613	We do not know where you live and do not have a way to reach you. We sent this notice to your last known address.	No sabemos dónde vive y no tenemos manera de contactarlos con usted. Hemos enviado sus cartas a su última dirección.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 9		708	You are already receiving Medi-Cal benefits through the Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSP/SSP) program, therefore you are not entitled to receive Medi-Cal benefits on another case.	Usted es elegible recibir beneficios de Medi-Cal a través del programa de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income) (SSI) (Programa de Seguro Suplementario) (SSP) (Pago Suplementario). Es posible, por lo tanto, usted no tiene derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal en otro caso.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 10		211	We used the information you gave us and our records to make our decision. If you have questions or think we made a mistake, or if you have more information to give us, call or write to your worker right away.	Examina la información que usted nos dio y nuestros registros para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error, llame o escriba a su trabajador del condado. Puede pedir una apelación. Lea la parte de atrás de esta página para ver cómo apelar.	Regulation is determined by the cause of denial			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Denial	Reason 11		211	Regulation authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the event sent you this notice.	Regulación autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "Sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan el día después de que el condado le envió esta notificación.	Regulation is determined by the cause of denial			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Discontinuance	N/A	Body 1	281	Your Medi-Cal will end on the last day of month because:	su Medi-Cal terminará al último día de mes porque:	Individual discontinued from Medi-Cal for residency reasons.			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Discontinuance	Reason 1		281	You are not a resident of California.	Usted no es residente de California.	Individual discontinued from Medi-Cal for residency reasons.			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Discontinuance	Reason 2		205	You are incarcerated.	Usted está encarcelado.	Individual discontinued from Medi-Cal for incarceration reasons.			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Discontinuance	Reason 3		208	We used the information you gave us and our records to make our decision. If you have questions or think we made a mistake, or if you have more information to give us, call or write to your worker right away.	Examina la información que usted nos dio y nuestros registros para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error, llame o escriba a su trabajador del condado. Puede pedir una apelación. Lea la parte de atrás de esta página para ver cómo apelar.	Regulation is determined by the cause of discontinuance			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Discontinuance	Reason 4		208	Regulation authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See "Your Hearing Rights" on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the event sent you this notice.	Regulación autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "Sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan el día después de que el condado le envió esta notificación.	Regulation is determined by the cause of discontinuance			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537
Discontinuance	Reason 5		708	We did not get the information we asked for. This has 90 days from the date you are discontinued to send the information to the county so we can re-evaluate your case to determine if you are still eligible. If we do not get the information...	Usted no nos dio la información que pedimos. Usted tiene 90 días para enviar la información. Si no recibimos la información para el día de la apelación, usted debe volver a aplicar para Medi-Cal.	Negative Action Snippet			Cal. Code Regs., tit. 22 § 50502, Cal. Code Regs., tit. 22 § 50537

Requested Doc. - Written			311	You told us you wanted your Medi-Cal benefits to end.	Usted nos dijo que quería que sus beneficios de Medi-Cal terminaran.	Negative Action Snippet		04	Cal. Code Regs., tit. 22, § 50255	6/1/2014
On Aid Another Case			408	You are already receiving Medi-Cal benefits on another case therefore you are not entitled to receive Medi-Cal benefits on this case.	Usted ya está recibiendo beneficios de Medi-Cal en otro caso, por tanto, no tiene derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal en este caso.	Negative Action Snippet		0N	Cal. Code Regs., tit. 22, § 50241 & 5.30020	
Stop Aid for Optional Member			312	You told us you wanted your Medi-Cal benefits to end.	Usted nos dijo que quería que sus beneficios de Medi-Cal terminaran.	Negative Action Snippet		09	Cal. Code Regs., tit. 22, § 50255	6/1/2014
TMC Report Incomplete			411	You failed to return a completed TMC status report. The completion of this report is required to continue receiving Medi-Cal benefits.	Usted no devolvió el informe completo de estatus de TMC. Se requiere el completar este informe para continuar recibiendo los beneficios de Medi-Cal.	Negative Action Snippet		0N	Welf. & Inv. Code § 14025.8	
TMC Report Not Rec'd			412	You failed to return a completed TMC status report. The completion of this report is required to continue receiving Medi-Cal benefits.	Usted no devolvió el informe completo de estatus de TMC. Se requiere el completar este informe para continuar recibiendo los beneficios de Medi-Cal.	Negative Action Snippet		0G	Welf. & Inv. Code § 14025.8	
Non-Payment of Premium			414	Premiums have not been paid for two consecutive months. If you wish to pay the premiums and remain eligible for Medi-Cal, please contact the Medi-Cal Premium Payment Section at (916) 880-5455 to arrange for payment and then let your worker know you have paid your premiums. Please note that you may be required to pay past due premiums if your child(ren) become eligible for Medi-Cal with a premium in the next twelve (12) months.	Las cuotas no se han pagado por dos meses consecutivos. Si desea pagar las cuotas y seguir siendo elegible para Medi-Cal, por favor, comuníquese con la Sección de Pagos de Cuotas de Medi-Cal al (916) 880-5455 para arreglar de pagar lo que se debe y no trabaje(s) hasta lo pagado sus cuotas. Por favor, brinje en cuenta que es posible que brinje que pagar las cuotas vencidas si su hijo (s) se convierten en elegibles para Medi-Cal con una cuota para los doce (12) meses siguientes.	Negative Action Snippet		14	Welf. & Inv. Code § 14025.20	

Variables	Definitions
Application Month	Month when an individual is eligible for Medi-Cal
CalHEERS Case Number	Covered California generated Case Number for an Individual
Case Number	Covered California generated Case Number for an Individual
C-IV County Return Address	C-IV County's return mailing address
COUNTY_ADDRESS	County Office's Address
COUNTY_FAX_NUMBER	County Office's Fax Number
COUNTY_OFFICE_HOURS	County Office's Address
COUNTY_PHONE_NUMBER	County Office's Phone Number
COUNTY_WORKER_ID	County Worker's ID
COUNTY_WORKER_NAME	County Worker's Name
Current Date	Notice generation date
HOUSE HOLD SIZE	Number of family members of a household
Date	Date
FIRST_NAME	First name of the Consumer
LAST_NAME	Last Name of the consumer
LDR County Return Address	LEADER County's return mailing address
MAGI_INCOME	The Modified Adjusted Gross Income for the Consumer's household used in determining MAGI Medi-Cal eligibility.
MAGI_INCOME_LIMIT	The Maximum Modified Adjusted Gross Income that a household of MAGI_SIZE can have and still eligible for MAGI Medi-Cal.
MAGI_SIZE	Number of family members used in determining MAGI Medi-Cal eligibility
MEMBER_FIRST_NAME	First name of Consumer's family member
MEMBER_LAST_NAME	Last name of Consumer's family member
Month	Month
Notice Date	Notice generation date
Recipient Address	Recipient address
Regulation	Rules defined by Federal/State
SAWS Case Number	SAWS generated case number provided by E-HIT (SAWS County Interface) disposition

CR #	Defect #	Description	Snippet(s) Affected	Fixed in Release	Ver	Status	Contact
3092	8430	Provide appropriate messaging, notices and options upon eligibility redetermination from reporting a change			1.0	In-Progress	Timothy Yoon
4264	4209	NOD01, NOD02, NOD03 - Form Id number missing	29(EN), 30(EN), 31(EN)	2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	4330	NOD02 - Snippets updates needed	190(EN), 189(EN), 278(EN), 210(EN), 253(EN), 254(EN)	2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	4905	NOD02 - Issues logged by UAT, Wrong regulations	8(EN)	2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	5334	Dynamic Notices of Action NOD01, NOD02, NOD03, re-work for templates and snippets	All Snippets	2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	6747	Dynamic Notices Of Actions NOD01 , NOD02, NOD03 re-work for templates and snippets	All Snippets	2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	7307	CalNOD02 - Update english and spanish content per feedback received from advocates	249(EN & ES), 190(EN & ES), 189(EN & ES), 278(EN & ES), 210(EN & ES), 205(EN & ES), 211(EN & ES), 208(EN & ES)	2.5	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	7819	CalNOD02 - Updates to readability and translations	9(EN & ES), LEADER Back 9(EN)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	8729	NOD02- Change the variable for Snippet Id 253	253 (EN & ES)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	8948	C-IV NA Back 9 does not match version provided by C-IV	C-IV Back 9(EN)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	8967	NA Back 9 does not match version provided by LEADER for content or for positioning of content.	LEADER Back 9(EN)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	8968	NA Back 9 does not match version provided for Cal-WIN ( DHCS version ) for content or for positioning of content.	CalWIN Back 9(EN)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	9900	CalNOD02 - C-IV, NA Back 9 - Updating to Spanish	C-IV Back 9(ES)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	9901	CalNOD02 - Leader, NA Back 9 - Updating to Spanish	LEADER Back 9(ES)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	9902	CalNOD02 - CalWIN, NA Back 9 - Updating to Spanish	CalWIN Back 9(ES)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	10039	Spanish version of the NOD02 notice contains duplicate phrases.	249(ES)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	10040	Spanish translation of NOD02 is depicting the month in English rather than Spanish.			1.0	In-Progress	Timothy Yoon
4264	10085	English NOD02 NOA is missing the variable <application date> in snippet 249	249(EN)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	10124	Remove the date from the first sentence in the NOD02 english and spanish versions	249(EN & ES)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	10227	Minor Back-9 defects for C-IVs NOD02	C-IV Back 9(ES)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	10235	Minor Back - 9 defects for Leader NOD02	LEADER Back 9(ES)	3.2	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	10692	Update NOD02 language for contingent eligible/eligible determinations	190(EN & ES), 189(EN & ES), 209(EN & ES), 213(EN & ES), 207(EN & ES), 206(EN & ES)	3.3	1.0	Complete	Timothy Yoon
4264	11100	CalNOD02: Snippet content ( static text ) does not match Book of NOA exactly/verbatim.			1.0	In-Progress	Timothy Yoon
4264	12455	Some NOD02s missing Snippet 8			1.0	In-Progress	Timothy Yoon
7029	3972	NOD02 - Readability Updates	All Snippets	2	1.0	Complete	Timothy Yoon
7029	8747	CalNOD02 - Adding hearing and legal aid address variables to be brought through as part of snippet 29, 30 and 31	30(EN & ES), 31(EN & ES), 29(EN & ES)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
7029	8748	CalNOD02 - replace snippet 9 with snippet 29, 30, 31 to represent specific notice header for each consortia	30(EN & ES), 31(EN & ES), 29(EN & ES)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
7029	7054	NOD02 Changes requested by DHCS - Regulation update and Snippet title change			1.0	In-Progress	Timothy Yoon
7029	9637	Remove Return Address CC logo for C-IV and Leader	31(EN & ES), 29(EN & ES)	3	1.0	Complete	Timothy Yoon
7900	11187	NOD02 - Additional of additional snippets and logic to support Negative Action			1.0	In-Progress	Timothy Yoon
7900	12461	Negative Action - XDP & Table Update			1.0	In-Progress	Timothy Yoon
8765	10940	NOD02 - Updates to phone number and contact for Back9 Appeals page (all consortiums)	C-IV Back 9 (EN & ES), CalWin Back 9(EN & ES), LEADER Back 9(EN & ES)	3.5	1.0	Complete	Timothy Yoon
7900	n/a	Inclusion of new snippets for negative actions	307 (EN & ES), 308 (EN & ES), 309 (EN & ES), 310 (EN & ES), 311 (EN & ES), 312 (EN & ES), 315 (EN & ES), 316 (EN & ES),	6	2.0	Complete	Pravash Samantary
11118	n/a	Inclusion of 1 new dynamic snippet and update to existing static snippet as part of renewals functionality	350 (EN & ES), 249(EN & ES)	8	3.0	In-Progress	Pravash Samantary
11118	n/a	Submission of Draft Artifact per CR 11118	n/a	n/a	4.0	Complete	Michael Yeack
11118	n/a	Submission of Final Artifact per CR 11118	n/a	n/a	5	Complete	Michael Yeack
11118	17949	Aid codes for Snippet# 350 were corrected	350	9	5.1	Complete	ravash Samantary
11118	n/a	Submission of Revision Draft Artifact per CR 11118	n/a	n/a	6	Complete	Pirran Tukina
11118	n/a	Submission of Revision Final Artifact per CR 11118	n/a	n/a	7	Complete	Pirran Tukina
28702	n/a	Negative Action	n/a	n/a	7.1	In-Progress	Pradeep Kumar
32297	N/A	Modified Snippets for Pre-Application Date and created Post Application Date versions.	190 (EN), 189 (EN), 209 (EN), 213 (EN), 207 (EN), 206 (EN)	N/A	7.1	In-Progress	Pradeep Kumar
32297		Submission of Draft Artifact per CR 32297			8	Complete	Pirran Tukina
28702	n/a	Negative Action	n/a	n/a	8.1	In-Progress	Pradeep Kumar
28702	n/a	Submission of Draft Artifact per CR 28702	n/a	n/a	9	Complete	Pirran Tukina
28702	n/a	Submission of Final Artifact per CR 28702	n/a	n/a	10	Complete	Pirran Tukina

	Inclusion of New snippets and text changes to old snippets per CR 32297	190 (EN & ES), 421 (EN & ES), 189 (EN & ES), 422 (EN & ES), 209 (EN & ES), 423 (EN & ES), 213 (EN & ES), 424 (EN & ES), 207 (EN & ES), 425 (EN & ES), 206 (EN & ES), 426 (EN & ES)				
32297			n/a	10.1	In progress	ravash Samantaray
32297	Submission of Final Artifact per CR 32297			11	Complete	Pirran Tukina
32297	Resubmission of Final Artifact per CR 32297			12	Complete	Pirran Tukina
28702	Incorporated the comments from Revision 1 for CR 28702		n/a	12.1	Complete	Pradeep Kumar
28702	Submission of Final Artifact per CR 28702 Revision 1			13	Complete	Pirran Tukina



Snippet ID	ENGLISH DESCRIPTION	SPANISH DESCRIPTION	Comments	Updated Date
29	- LEADER Return Address: {ADDRESS LINE 1} {ADDRESS LINE 2} {CITY} {STATE_CD} {ZIPCODE} - Logo Tag Line: Decision on your health care application - Header: Decision on your health care application - Current Date - Covered CA Case Number: - County Case Number:	Logo Tag Line: Su destino para bajo costo de seguros de salud, incluye Medi-Cal. *Header: Decisión en su solicitud de cuidado médico Número de Caso de Covered CA: Número de Caso de Condado:	* Spanish notice doesn't have headings in Spanish	
30	- Return Address: <CAlWIN County Return Address> - Logo Tag Line: Decision on your health care application - Header: Decision on your health care application - Current Date - Covered CA Case Number: - County Case Number:	Logo Tag Line: Su destino para bajo costo de seguros de salud, incluye Medi-Cal. *Header: Decisión en su solicitud de cuidado médico Número de Caso de Covered CA: Número de Caso de Condado:	* Spanish notice doesn't have headings in Spanish	
31	- Return Address: <C-IV County Return Address> - Logo Tag Line: Decision on your health care application - Header: Decision on your health care application - Current Date - Covered CA Case Number: - County Case Number:	Logo Tag Line: Su destino para bajo costo de seguros de salud, incluye Medi-Cal. *Header: Decisión en su solicitud de cuidado médico Número de Caso de Covered CA: Número de Caso de Condado:	* Spanish notice doesn't have headings in Spanish	
101	Dear First_Name Last_Name	Estimado First_Name Last_Name		
249	Thank you for applying for health coverage through Covered California on <application date>. We used the information you gave us and state and federal data to make this decision:	Muchas gracias por solicitar cobertura de cuidado de salud a través de Covered California el <application date>. Usamos la información que usted nos dio y datos estatales y federales para tomar esta decisión en su solicitud de cuidado de salud:		
249	Thank you for applying for health coverage through Covered California. We used the information you gave us and state and federal data to make this decision:	Muchas gracias por solicitar cobertura de cuidado de salud a través de Covered California. Usamos la información que usted nos dio y datos estatales y federales para tomar esta decisión:	Updated as part of Renewals functionality	8/21/2014
253	<b>If you have changes</b> Over the next year, you are obligated to report any changes that would affect your health insurance within 10 days of such a change. You are obligated to contact us if: • You move • Your income changes; or • Your household changes, for example, you marry/divorce, become pregnant, or have a child(ren) • You become qualified for other health insurance  To report changes, please contact your county office using one of the following ways: • Telephone: {COUNTY_CASE_NUMBER} • In person: {COUNTY_ADDRESS} • Fax: {COUNTY_FAX_NUMBER} • Office Hours: {COUNTY_OFFICE_HOURS}  To report changes, please contact your county office using one of the following ways: • County Worker: {COUNTY_WORKER_NAME} • County Worker ID: {COUNTY_WORKER_ID}	<b>Si tiene cambios</b> Durante el próximo año, Usted está obligado a informar a Covered California dentro de los 10 días de los cambios que puedan afectar su cobertura. Está obligado a contactar con nosotros si: • Se muda • Sus ingresos cambian • Hay cambios en su hogar, Por ejemplo, usted casarse o divorciarse, se queda embarazada, o tener un hijo(s) • Usted es elegible para otro seguro médico. Para informar los cambios, por favor contacto con su condado en una de las siguientes maneras: • Por teléfono al: {COUNTY_CASE_NUMBER} • En persona: {COUNTY_ADDRESS} • Por fax a: {COUNTY_FAX_NUMBER} • Horario de Oficina: {COUNTY_OFFICE_HOURS}  Para informar los cambios, por favor contacto con su oficina del condado en una de las siguientes maneras: • El trabajador social de su condado: {COUNTY_WORKER_NAME} • ID del trabajador social de su condado: {COUNTY_WORKER_ID}		
254		<b>Si usted ya tiene una Tarjeta de identificación de beneficios (BIC), no tirarlo a la basura.</b> Usted debe seguir usando esa tarjeta. Si usted nunca ha recibido una BIC, recibirá una muy pronto por correo. Si tuvo una BIC pero ahora no la tiene, llame a su trabajador social para pedir una. El BIC tiene la información de que su proveedor necesita que verifique su elegibilidad de Medi-Cal. Usted debe traer su BIC con usted a su proveedor médico cuando reciba cuidado médico.		
8	This notice is required by the Affordable Care Act per regulation: {REGULATIONS}	Este aviso es requerido por la ley del cuidado de salud a bajo precio (Affordable Care Act): {REGULATIONS}		

De e m i n o i n	De e i n n o n S c o p e d	Type	Snippet ID	ENGLISH DESCRIPTION	SPAN SH DESCR IP C I O N	Comments	REGULATION	Update of De e	
Contingent Eligible/Eligible	Full Scope	Body 1	*190		<p>Usted es elegible para Medi-Cal porque los ingresos de su hogar están por debajo de los límites de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p> <p>Tomamos en cuenta el tamaño y los ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión.</p> <p>Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es «household size» y los ingresos de su hogar mensual son «modified adjusted gross income». El límite de mensual ingresos de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es «MAGI limit». Sus ingresos están por debajo de este límite, así que usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal.</p>	Individual determined eligible for full scope MAGI Medi-Cal	42 C.F.R. § 435.110  NEED REGS - Harley 42 C.F.R. § 435.119 42 C.F.R. § 435.116 42 C.F.R. § 435.118 42 C.F.R. § 435.118 42 C.F.R. § 435.118 42 C.F.R. § 435.118		
	Full Scope	Body 1	*190	<p>You qualify for Medi-Cal because your household income is below the Medi-Cal limit. You are eligible for Medi-Cal coverage in «application month». Your Medi-Cal coverage will continue until your eligibility is reevaluated at your annual renewal, or until you report a change.</p> <p>We counted your household size and income to make our decision.</p> <p>For Medi-Cal, your household size is «MAGI SIZE» and your monthly household income is «MAGI INCOME». The monthly Medi-Cal income limit for your household size is «MAGI INCOME LIMIT». Your income is below this limit, so you qualify for health coverage.</p> <p>«Regulation» authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See «Your Hearing Rights» on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county sent you this notice.</p>	<p>Usted es elegible para Medi-Cal porque los ingresos de su hogar están por debajo de los límites de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p> <p>Tomamos en cuenta el tamaño y los ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión.</p> <p>Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es «household size» y los ingresos de su hogar mensual son «modified adjusted gross income». El límite de ingresos de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es «MAGI limit». Sus ingresos están por debajo de este límite, así que usted es elegible para la cobertura de cuidado de salud.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte «Sus derechos de audiencia» en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le emitió esta notificación.</p>	Updated as per CR 32297		3/12/2015	
	Limited Scope	Body 2	189		<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance limitado porque usted está embarazada y los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p> <p>Medi-Cal de alcance limitado solamente cubre los servicios relativos al embarazo. Esto incluye atención prenatal, servicios para complicaciones del embarazo, parto, atención posparto y planificación familiar.</p> <p>*G124</p> <p>Tomamos en cuenta el tamaño y los ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión.</p> <p>Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es «household size» y los ingresos de su hogar mensual son «modified adjusted gross income». El límite de ingresos de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es «MAGI limit». Sus ingresos mensuales están por debajo de este límite, así que usted es elegible para la cobertura de cuidado de salud.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte «Sus derechos de audiencia» en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le emitió esta notificación.</p>	Individual determined eligible for limited scope MAGI Medi-Cal	42 C.F.R. § 435.116 Cal. Code Regs., tit. 22 § 50362		
	Limited Scope	Body 2	189	<p>You qualify for limited scope Medi-Cal because you are pregnant and your household income is below the Medi-Cal limit. You are eligible for Medi-Cal coverage in «application month». Your Medi-Cal coverage will continue until your eligibility is reevaluated at your annual renewal or until you report a change.</p> <p>Limited-scope Medi-Cal only covers pregnancy related services. This includes prenatal care, services for pregnancy complications, labor, delivery, postpartum care, and family planning.</p> <p>We counted your household size and income to make our decision.</p> <p>For Medi-Cal, your household size is «household size» and your monthly household income is «modified adjusted gross income». The monthly Medi-Cal income limit for your household size is «MAGI limit». Your income is below this limit, so you qualify for health coverage.</p> <p>«Regulation» authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See «Your Hearing Rights» on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county sent you this notice.</p>	<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance limitado porque usted está embarazada y los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p> <p>Medi-Cal de alcance limitado solamente cubre los servicios relativos al embarazo. Esto incluye atención prenatal, servicios para complicaciones del embarazo, parto, atención posparto y planificación familiar.</p> <p>Tomamos en cuenta el tamaño y los ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión.</p> <p>Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es «household size» y los ingresos de su hogar mensual son «modified adjusted gross income». El límite de ingresos de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es «MAGI limit». Sus ingresos mensuales están por debajo de este límite, así que usted es elegible para la cobertura de cuidado de salud.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte «Sus derechos de audiencia» en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le emitió esta notificación.</p>	Updated as per CR 32297		3/12/2015	
	Restricted Scope	Body 5	207		<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance restringido porque usted es un niño de 1 a 6 años y los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p>	Child - 1-6 years old determined eligible for restricted scope MAGI Medi-Cal			
	Restricted Scope	Body 5	207	<p>You qualify for restricted scope Medi-Cal because you are a child aged 1-6 and your household income is below the Medi-Cal limit. You are eligible for Medi-Cal coverage in «application month». Your Medi-Cal coverage will continue until your eligibility is reevaluated at your annual renewal, or until you report a change.</p>	<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance restringido porque usted es un niño de 1 a 6 años y los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p>	Updated as per CR 32297		3/12/2015	
	Restricted Scope	Body 6	206		<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance restringido porque usted es un bebé menor de 1 año de edad y los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p>	Child - up to 1 year old determined eligible for restricted scope MAGI Medi-Cal			
	Restricted Scope	Body 6	206	<p>You qualify for restricted scope Medi-Cal because you are an infant up to 1 year old and your household income is below the Medi-Cal limit. You are eligible for Medi-Cal coverage in «application month». Your Medi-Cal coverage will continue until your eligibility is reevaluated at your annual renewal, or until you report a change.</p>	<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance restringido porque usted es un bebé menor de 1 año de edad y los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p>	Updated as per CR 32297		3/12/2015	
	Restricted Scope	Footer 1	278		<p>Medi-Cal de alcance restringido sólo cubre servicios de emergencia, relacionados con el embarazo y de atención a largo plazo. Si no está segura de que un servicio esté cubierto, pregunte a su proveedor médico.</p> <p>Tomamos en cuenta el tamaño y los ingresos de su hogar para tomar nuestra decisión.</p> <p>Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es «household size» y los ingresos de su hogar mensual son «modified adjusted gross income». El límite de ingresos de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es «MAGI limit». Sus ingresos mensuales están por debajo de este límite, así que usted es elegible para la cobertura de cuidado de salud.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte «Sus derechos de audiencia» en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le emitió esta notificación.</p>				
	Accelerated Enrollment	Body 7	210	<p>Good news! You qualify for Medi-Cal for now. If you don't have a California Benefits Identification Card (BIC), we will send one in the mail. You can use your BIC to get medical services as soon as you get it. You qualify for Medi-Cal until we make our final decision.</p> <p>We need more information to make our final decision. Fill out and sign the form that came with this letter.</p> <p>«Regulation» authorized this decision. If you think we made a mistake, you can appeal. See «Your Hearing Rights» on the last page to learn how to appeal. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county sent you this notice.</p>	<p>¡Buenas noticias! Usted es elegible para Medi-Cal por ahora. Si usted no tiene una Tarjeta de Identificación para Beneficios (BIC) de California, le enviaremos una por correo. Puede usar su BIC para recibir servicios médicos tan pronto como la reciba. Usted es elegible para Medi-Cal hasta que tomemos nuestra decisión final.</p> <p>Necesitamos más información para tomar nuestra decisión final. Llene y firme el formulario que llegó con esta carta.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte «Sus derechos de audiencia» en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le emitió esta notificación.</p>	Child given temporary full scope Medi-Cal			
	Restricted Scope	Body 3	209	<p>You qualify for restricted scope Medi-Cal because your household income is below the Medi-Cal limit. You are eligible for Medi-Cal coverage in «application month». Your Medi-Cal coverage will continue until your eligibility is reevaluated at your annual renewal, or until you report a change.</p>	<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance restringido porque los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p>	Updated as per CR 32297		3/12/2015	
	Restricted Scope	Body 4	213	<p>You qualify for restricted scope Medi-Cal because you are a child aged 6-19 and your household income is below the Medi-Cal limit. You are eligible for Medi-Cal coverage in «application month». Your Medi-Cal coverage will continue until your eligibility is reevaluated at your annual renewal, or until you report a change.</p>	<p>Usted es elegible para Medi-Cal de alcance restringido porque usted es un niño de 6 a 19 años y los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Usted es elegible para la cobertura de Medi-Cal en «aplicación mensual». Su cobertura de Medi-Cal continuará hasta que reevaluemos su elegibilidad en su renovación anual o hasta que usted informe sobre un cambio.</p>	Updated as per CR 32297		3/12/2015	
Change in Benefits	Citizenship	Header & Reason 1	205		<p>Su Medi-Cal cambió a alcance restringido el «date».</p> <p>Medi-Cal de alcance restringido sólo cubre servicios de emergencia, relacionados con el embarazo y de atención a largo plazo. Si no está segura de que un servicio esté cubierto, llame a su proveedor médico.</p> <p>Su Medi-Cal está cambiando de completo a restringido porque no nos dio pruebas aceptables de ciudadanía, situación migratoria e identidad. Usted dejó de hacer un esfuerzo de buena fe para darnos una prueba. Si usted no da una prueba aceptable a más tardar en un año, su Medi-Cal volverá a cambiar de restringido a Medi-Cal completo, comenzando el mes en que comenzaron sus beneficios restringidos.</p> <p>Si su Medi-Cal cambia a alcance completo en el futuro y usted pagó por cuidados médicos que no estaban cubiertos mientras usted estaba recibiendo Medi-Cal restringido, usted podría pedir un reembolso. Esto significa que usted puede recuperar el dinero que pagó por el servicio. Si tiene preguntas sobre el reembolso, llame al 1-916-403-2007.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte «Sus derechos de audiencia» en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le emitió esta notificación.</p>	Individual going from full scope to restricted scope MAGI Medi-Cal for citizenship reasons and / or lawful presence.			
Denial	Lawful Presence								
	Residency	Reason 1	*211	* You are not a resident of California	Usted no vive en California.				
	Incarceration	Reason 1	*205		Usted está encarcelado.	Individual denied for MAGI Medi-Cal for reasons of incarceration.			
	N/A	Footer	211		<p>Usamos la información que usted nos dio y nuestros expedientes para tomar nuestra decisión. Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error, llame o escriba a su trabajador inmediatamente. Puede pedir una apelación. Lea la parte de atrás de esta página para ver cómo apelar.</p> <p>Puede volver a solicitar en cualquier momento.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte «Sus derechos de audiencia» en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le emitió esta notificación.</p>	Regulation is determined by the cause of denial			
Discontinuation	N/A	Body 1	293	Your Medi-Cal will end on the last day of «month» because:					

Residency	Reason 1	*212	* You are not a resident of California.	Usted no vive en California.	Individual discontinued from MAGI Medi-Cal for residency reasons.		
Incarceration	Reason 1	*295		Usted está encarcelado.	Individual discontinued from MAGI Medi-Cal for being incarcerated.		
N/A	Footer	*208		<p>Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error, llame o escriba a su trabajador inmediatamente. Usted puede apelar esta decisión. Lea la parte de atrás de esta página para ver cómo apelar.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le envió esta notificación.</p>	Regulation is determined by the cause of discontinuance		
Incarceration	Reason 1	*295	You are incarcerated.	Usted está encarcelado.	Individual discontinued from MAGI Medi-Cal for being incarcerated.		
N/A	Footer	*208		<p>Si tiene alguna pregunta o le parece que cometimos un error, llame o escriba a su trabajador inmediatamente. Usted puede apelar esta decisión. Lea la parte de atrás de esta página para ver cómo apelar.</p> <p>«Regulation» autorizada esta decisión. Si usted piensa que hemos cometido un error, puede apelar. Consulte "sus derechos de audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Usted tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que el condado le envió esta notificación.</p>	Regulation is determined by the cause of discontinuance		