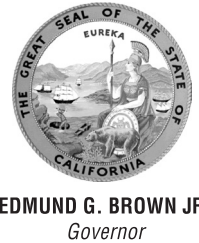




State of California-Health and Human Services Agency  
**Department of Health Care Services**

P.O. Box 989009, West Sacramento, CA 95798-9850



027X1121D-000001-34-7



XX/XX/XXXX



John Sample (Casehead)  
1234 Sample Street  
Address Line 2  
Sample City CA 99999

PIN XXXXX

**Buenas noticias: ¡Puede obtener la cobertura de salud de Medi-Cal gratis!**

**¿Cómo obtengo la cobertura de salud gratis?**

Como usted tiene CalFresh puede obtener cobertura de Medi-Cal gratis. No es necesario solicitarlo. Usaremos su información de CalFresh para brindarle Medi-Cal.

**¿Qué es Medi-Cal?**

Medi-Cal **le proporciona cobertura de salud sin costo**. Cubre servicios como exámenes, hospitalizaciones, medicamentos, salud mental, tratamiento por abuso de sustancias y atención dental. No hay una lista de espera. Solo necesitamos su permiso para darle la cobertura de Medi-Cal.

**Para obtener la cobertura de Medi-Cal, solo tome UNO de estos tres pasos para inscribirse:**

- **Inscríbese en línea en <http://dhcs.ca.gov/ExpressLane>.** Con esto se le inscribirá en Medi-Cal. Para iniciar sesión, use su Personal Identification Number (PIN) el cual aparece en la esquina superior derecha de esta carta.  
○
- **Llame a Health Care Options (HCO)** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al 1-844-212-0003, (TTY): 1-800-430-7077. Dígalos que está llamando por "Express Lane". Dígalos que tiene CalFresh y desea la cobertura de Medi-Cal.  
○
- **Llene los formularios y envíelos por correo en el sobre adjunto. Debe incluir el "Formulario para inscribirse a Medi-Cal".**

Una vez hayamos recibido la información a través de uno de los métodos anteriores, usted estará cubierto por Medi-Cal y estará inscrito en el plan de salud de Medi-Cal en su condado. Poco después, usted recibirá un paquete de bienvenida. Puede conocer más acerca de Medi-Cal en [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)



## Formulario para inscribirse a Medi-Cal

El destinatario de CalFresh que aparece a continuación califica para inscribirse en Medi-Cal, sin tener que llenar una solicitud completa en este momento:

[Child's Name]



**Quiero inscribir a mi hijo en Medi-Cal.** *Declaro bajo pena de perjurio que, yo soy el padre/tutor de la persona nombrada anteriormente y he leído y acepto la política de privacidad y los derechos y responsabilidades que acompañan esta carta.*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor (**obligatorio**)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor firme, coloque la fecha y envíe este formulario por correo. Use el sobre prepagado que se envía con esta carta.\*

\*Le recordamos que también puede inscribirse en línea en <http://dhcs.ca.gov/ExpressLane> o por teléfono al 1-844-212-0003.



# Department of Health Care Services

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

---

Esta solicitud es para beneficios a través del Department of Health Care Services (DHCS). La información médica y personal que usted proporcione al respecto es privada y confidencial. DHCS la necesita para identificarlo y así administrar nuestros programas.

Compartiremos su información con otras agencias estatales, federales y locales, con contratistas, planes de salud y programas únicamente para inscribirle en un plan o programa o para administrar los programas y, cuando lo exige la ley, lo haremos con otras agencias estatales y federales.

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver la información personal suya que está en los registros federales y estatales. Puede verla en un formato alternativo (como caracteres grandes) si usted lo necesita.

Para el **Department of Health Care Services**, comuníquese con la Unidad de Protección de la Información al:

P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA  
95899-7413

Teléfono: 1-866-866-0602  
TTY: 1-877-735-2929

Estas leyes federales y estatales nos dan el derecho para recopilar y conservar la información relativa a la solicitud:

DHCS: CA Welfare and Institutions Code § 14011 y el Artículo 3, Capítulos 5 y 7, Partes 2 y 3, División 9

Debemos proporcionarle esta declaración de privacidad de conformidad con el CA Civil Code §1798.17. Puede ver el DHCS's Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad del DHCS) en [dhcs.ca.gov](http://dhcs.ca.gov).

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

---

Según mi conocimiento, la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera. Sé que si no digo la verdad se me podría aplicar una sanción.

Entiendo que la información que doy se utilizará solamente para comprobar si califico para recibir beneficios de Medi-Cal.

Entiendo que el programa de Medi-Cal mantendrá mi información de forma confidencial, como lo exija la ley. Para más información, o para acceder a la información personal contenida en los registros mantenidos por el programa de Medi-Cal, puedo comunicarme con mi oficina local de servicios sociales.

Entiendo que para ser elegible para Medi-Cal, estoy obligado a solicitar otros ingresos o beneficios a los que tengo derecho o cualquier miembro de mi familia tenga

derecho, a menos que él o ella tenga buenas razones para no hacerlo. Algunos ejemplos de dichos ingresos o beneficios son: pensiones, beneficios gubernamentales, ingresos por jubilación, beneficios de veteranos, rentas vitalicias, beneficios por incapacidad, beneficios del Seguro Social (también llamado Seguro por vejez, supervivencia e incapacidad, OASDI, o el Old Age, Survivors, and Disability Insurance) y las prestaciones por desempleo. Pero tales ingresos o beneficios no incluyen los beneficios de asistencia pública, tales como CalWORKs o CalFresh. Si tengo alguna pregunta sobre alguna posible fuente de ingresos para Medi-Cal, puedo comunicarme con el trabajador social de mi condado para pedirle ayuda.

Cualquier cambio que yo deba informar a CalFresh también será informado al programa de Medi-Cal. Para informar cambios, debo comunicarme con el trabajador social de CalFresh en mi condado.

Sé que el programa de Medi-Cal no debe discriminarme o discriminar a cualquier persona que aparece en esta solicitud debido a la raza, color, nacionalidad de origen, religión, edad, orientación sexual, estado civil, condición de veterano de guerra o discapacidad. Si creo que el programa de Medi-Cal me ha discriminado, incluyendo la imposibilidad de ofrecer ajustes razonables de conformidad con las leyes estatales y federales, puedo presentar una queja visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file). Si el programa de Medi-Cal me ha discriminado o lo ha hecho contra alguien más en esta solicitud y en relación con la determinación de elegibilidad de Medi-Cal, también puedo presentar una queja con el Department of Health Care Services, Office of Civil Rights llamando al **1-916-440-7370** (TTY: 1-916-440-7399).

Entiendo que cualquier cambio en mi información o en la información de cualquier miembro(s) en el hogar del solicitante puede afectar la elegibilidad de otros miembros del grupo familiar.

Excepto en lo que se refiere a la solicitud de Medi-Cal, confirmo que ninguna persona que aparece en esta solicitud de seguro de salud está encerrada, después de su acusación (juicio), en una cárcel, prisión o institución penitenciaria o correccional similar.

Doy mi permiso para que el programa de Medi-Cal pueda consultar los registros informáticos de otras agencias para verificar la ciudadanía, estatus migratorio satisfactorio, información de impuestos y otra información relacionada únicamente con la elegibilidad y así comprobar si califico para el seguro de salud.

### **Si alguna persona en la solicitud califica para Medi-Cal:**

Sé que si Medi-Cal realiza el pago de gastos médicos, cualquier dinero que yo o alguien más en esta solicitud reciba de parte de otro seguro de salud o a través de un acuerdo extrajudicial será para Medi-Cal como pago por los gastos hasta que los mismos hayan sido pagados en su totalidad.

### **Su derecho a apelar:**

Si yo creo que el programa de Medi-Cal ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el programa de Medi-Cal que yo creo que su decisión es equivocada y pedir una revisión imparcial de la acción.

Sé que puedo averiguar cómo apelar llamando a la oficina de servicios sociales de mi condado al 1-800-952-5253 (TTY: 1-800-952-8349).

Sé que debo presentar una apelación dentro de los 90 días de la decisión.

Sé que para presentar mi apelación me puedo representar o alguien más representarme, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.

Sé que si necesito ayuda, alguna persona en el programa de Medi-Cal o en la oficina de servicios sociales del condado me puede explicar mi caso.