



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



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

October 23, 2020

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS Letter No.: 20 -21
ALL COUNTY WELFARE ADMINISTRATIVE OFFICERS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS
ALL COUNTY HEALTH EXECUTIVES
ALL COUNTY MENTAL HEALTH DIRECTORS
ALL COUNTY CONSORTIA MANAGERS
ALL COUNTY MEDS LIAISONS

SUBJECT: MEDI-CAL PREPOPULATED ANNUAL RENEWAL FORMS: MC 216,
MC 210 RV, and MC 217.

Reference: [ACWDL 06-16](#), [06-17](#), [20-17](#)

Purpose

The purpose of this letter is to provide counties and the Statewide Automated Welfare System (SAWS) with the templates for the prepopulated Medi-Cal annual renewal forms listed below. The prepopulated annual renewal forms are for beneficiaries who do not have their Medi-Cal automatically renewed during the ex parte review, which is required for both Modified Adjusted Gross Income (MAGI) and Non-MAGI Medi-Cal beneficiaries before any renewal form is sent. See Welfare & Institutions Code (W&IC) Section [14005.37](#) (e), (f).

This All County Welfare Director Letter (ACWDL) provides information about the following prepopulated annual renewal forms:

- Updated MAGI MC 216 ENG (10/20) (Enclosure 1)
- Updated MAGI MC 216 SPA (10/20) (Enclosure 2)
- Updated (now prepopulated) Non-MAGI MC 210 RV ENG (10/20) (Enclosure 3)
- Updated (now prepopulated) Non-MAGI MC 210 RV SPA (10/20) (Enclosure 4) and
- New Mixed Household MC 217 ENG (10/20) (Combined MAGI and Non-MAGI) (To be released in a subsequent Medi-Cal Eligibility Division Information Letter (MEDIL))

These updated prepopulated annual renewal forms will be programmed by the SAWS and will become operational during the calendar years 2021- 2022. An ACWDL that provides annual renewal process policy guidance, including when an annual renewal form must be sent to the beneficiary, will be released in the near future.

Background

Title 42, Code of Federal Regulations (CFR), Section [435.916](#) and W&IC Section [14005.37](#) require that Medi-Cal annual renewal forms be prepopulated. Therefore, the Department of Health Care Services (DHCS) implemented the MAGI MC 216 prepopulated form in 2014, and the Non-MAGI MC 210 RV is currently being redeveloped as a prepopulated form.

Form Development and Design

The new annual renewal forms comply with the mandates of the Affordable Care Act which ensures beneficiaries provide only the necessary information to redetermine eligibility. DHCS worked with County Welfare Directors Association (CWDA), SAWS, counties, stakeholders and Medi-Cal beneficiaries to improve the content and design of the prepopulated forms. The forms have also been updated to comply with Americans with Disabilities Act (ADA) standards and with federal and state regulations.

Additionally, the forms have undergone redesign, improved formatting, and readability with a focus on human-centered design that encourages beneficiaries to send in their renewal forms timely and increase overall annual renewal compliance.

SAWS Programming

The MAGI MC 216 form and the Non-MAGI MC 210 RV form are included as enclosures within this ACWDL as informational copies. DHCS will provide the SAWS with the additional form versions used in programming. After SAWS completes programming, counties must begin implementation of the forms as directed by DHCS in a future MEDIL that will provide confirmation of the automation timelines. In addition, in response to county requests, DHCS will provide a plain-fillable print version of each form for counties to utilize as needed.

DHCS will issue the following additional guidance related to SAWS implementation:

- A MEDIL to provide the Mixed Household MC 217 form when it is finalized. This will allow SAWS to implement all three forms in the same release.
- A MEDIL with the implementation date for the prepopulated forms once automation timelines have been confirmed.
- A MEDIL to provide the threshold language translations of the forms.

- An ACWDL to provide guidance on the informational materials required at application and renewal.

Overview of the Updated and New Forms

As a reminder, the information requested in the annual renewal form may be provided through any of the available means, including online, by phone, through available electronic means, in person or through the mail. When SAWS sends the annual renewal packet, a postage-paid pre-addressed county envelope must be provided with the renewal form.

Each form includes prepopulated sections that provide known case information. Beneficiaries are asked to confirm accuracy of the information and if it is not correct, to update or add new information. If something has changed, beneficiaries only need to update or add new information and do not need to fill-in the entire section.

For certain sections, such as Income, and Expenses and deductions, examples of the type of required proof are provided so beneficiaries can send in the current proof. Additional space was added to the updates section, however, if more space is needed to provide updates or new information, beneficiaries can include the additional information on a separate sheet of paper or make a copy of the page and submit it with the renewal form.

Note: MAGI and Non-MAGI Medi-Cal programs have different eligibility determination rules; therefore, the forms have different required sections for beneficiaries to review and update. However, the Mixed Household MC 217 form includes all required sections for both MAGI and Non-MAGI households to review and update.

MAGI, Non-MAGI, and Mixed Household Forms Updates and New Sections

The updated MAGI MC 216 prepopulated form includes a new *Tax information section and dynamic Medicare, Long-term care, and Information reported to the county (incarceration and deceased)* information sections.

Note: Certain sections such as *Information reported to counties* will only display if there is reported information that a person is *Incarcerated or Deceased* to prepopulate. Beneficiaries can provide updated or new information about household members' incarceration or death in the Household members section of the form. The MAGI form sent to beneficiaries will be prepopulated by SAWS with information obtained from the case file in SAWS and California Healthcare Eligibility, Enrollment, and Retention System (CalHEERS).

The updated Non-MAGI MC 210 RV prepopulated form combines the renewal questions currently listed on several different forms, including the previous version of

the MC 210 RV (5/11) that is *not* prepopulated, the MC 262, and the MC 604 IPS. The new Non-MAGI MC 210 RV form includes a section for *Resources and property* information and questions to ensure resources and property are correctly counted.

Note: Certain dynamic sections such as *Medicare* and *Long-term care* will only display if there is information to prepopulate, otherwise, questions will display in the *Household changes* section of the form. The Non-MAGI form sent to beneficiaries will be prepopulated by SAWS with information obtained from the case file in SAWS.

The new Mixed Household MC 217 prepopulated form is a combined MAGI and Non-MAGI Mixed Household form. Since this is a combined form, each section includes a list of example types from both MAGI and Non-MAGI programs for easy reference.

Note: Certain dynamic sections such as *Medicare* and *Long-term care* will only display if there is information to prepopulate, otherwise, questions will display in the Household changes sections of the form. The Mixed Household MC 217 form will be prepopulated with existing information from SAWS and CalHEERS.

The chart below provides an overview on how information is displayed in each section of the prepopulated forms. Each form will be customized per the beneficiary’s situation; see the chart below on how each section is customized.

Label	Definition of Label
prepopulate	Prepopulated with information from SAWS case file, CalHEERS, or both with space to provide new or updated information from the beneficiary.
dynamic	Customized sections will display only if there is information to prepopulate; otherwise, it will not display.
other	Obtain new information, referrals, and optional questions.

Section	MC 216 MAGI	MC 210 RV Non-MAGI	MC 217 Mixed Household
Cover Page	prepopulate	prepopulate	prepopulate
Your contact information	prepopulate	prepopulate	prepopulate
Household members	prepopulate	prepopulate	prepopulate
Tax information (New)	prepopulate	N/A	prepopulate
Income	prepopulate	prepopulate	prepopulate
Expenses and deductions	prepopulate	prepopulate	prepopulate
Resources and property (New)	N/A	prepopulate	prepopulate
Medicare (New)	dynamic	dynamic	dynamic

<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicare will display only when there are data elements to prepopulate. Otherwise, it will not display and a separate question will be asked about Medicare in the Household changes section. 			
Long-term care (New)	dynamic	dynamic	dynamic
<ul style="list-style-type: none"> ○ Long-term care will display only when there are data elements to prepopulate. Otherwise, it will not display and a separate question will be asked about Long-term care in the Household changes section. 			
Other health insurance	prepopulate	prepopulate	prepopulate
Information reported to the county	dynamic	N/A	dynamic
<ul style="list-style-type: none"> ○ Incarcerated (jail) and deceased (died) person information will display only when there are incarcerated, deceased, or both data elements to prepopulate received from CalHEERS. Beneficiaries must provide updated or new information for household members who are incarcerated or deceased in the Household members section of the form. 			
Household changes	dynamic/other	dynamic/other	dynamic/other
<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicare question will display only if Medicare Section is not included on the form. Otherwise, Medicare question will not display. ○ Long-term care question will display only if Long-term care Section is not included on the form. Otherwise, Long-term care question will not display. ○ Other Household changes questions will always display. 			
Health program information and referrals	other	other	other
Declaration and signature	N/A	N/A	N/A
Privacy statement and rights and responsibilities	N/A	N/A	N/A

Use of Forms

DHCS will instruct counties to **no longer use** the previous version of the MC 216 dated 04/15, the previous version of the MC 210 RV dated 05/11, the MC 262 dated 06/07 for Long-Term Care, and the MC 604 IPS dated 05/14 for MAGI and Non-MAGI mixed households during annual redetermination and **begin using** the new prepopulated MC 216 ENG dated 10/20, MC 210 RV ENG dated 10/20, and MC 217 ENG dated 10/20 after programming is implemented in the SAWS.

Note: The MC 262 and MC 604 IPS are **not** obsolete and counties will continue to use these forms during intake, change of circumstance redeterminations, or as a supplemental form if the beneficiary requests a Non-MAGI evaluation, where appropriate.

All County Welfare Directors Letter No.: 20-21
Page 6
October 23, 2020

Previous versions of renewal forms which are turned into the county after the new prepopulated forms are implemented must be processed as usual. Counties **must not** request that beneficiaries complete another “new” renewal form. Instead, counties must continue to follow the annual renewal process to obtain any incomplete or missing information and document each step in their county case files.

If you have any questions or if we can provide further information, please contact Jessie Choi at (916) 345-8077 or by email at Jessie.Choi@dhcs.ca.gov.

Original Signed By

Sandra Williams, Chief
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosures

- 1) MC 216 ENG (Rev 10/20)
- 2) MC 216 SPA (Rev 10/20)
- 3) MC 210 RV ENG (Rev 10/20)
- 4) MC 210 RV SPA (Rev 10/20)

You may lose
your Medi-Cal if
you do not
respond by
[Month day, Year]

Medi-Cal Renewal Form

You can get this form in another language or accessible format of your choice.
To ask for help in your language, call: 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).

[prepopulate]
[prepopulate]
[prepopulate]

Notice date: [prepopulate]
Case number: [prepopulate]
Case name: [prepopulate]
Worker name: [prepopulate]
Worker telephone number: [prepopulate]

It's time to renew benefits for:

Name	Date of birth
[prepopulate]	[prepopulate]

Household members not on this form will get a separate letter about their Medi-Cal.

- **Step 1.** Read the form and answer the questions
- **Step 2.** Sign and date on the Declaration and Signature page
- **Step 3.** Send the form with proof by the due date of [Month day, Year]

Easy ways to give us your form and proof:



Online

at [SAWS online portal]
or coveredca.com.



By mail

in the envelope that
came with this letter.



By phone

at [1-XXX-XXX-XXXX
(TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)].



In person

to [Name of county office]
at [address], [City, State,
ZIP]. They are open
Monday through Friday,
[X:XX a.m. to X:XX p.m.]



**Questions? Call your local county office at
[1-XXX-XXX-XXXX] before the due date.**

Your contact information

↓ Review your information

↓ Update or add new information below

This information is correct.
If correct, go to page 3.

I have updated my information below.
Only write in new or changed information.

Name [prepopulate]	Name (first, middle, last)		
Home address [Address 1]	Home address		Apartment #
	City	State	ZIP code
Mailing address [Address 2]	Mailing address (If different from home address or you do not have a home address)		
	City	State	ZIP code
Phone Home: [Number 1] Cell: [Number 2] Other: [Number 3]	Phone		
	Home _____	Cell _____	_____
	Work _____	Other _____	_____
Email [prepopulate]	Email (optional):		
Language to write to you in [prepopulate]	Language we should write to you in:		
Language to speak to you in [prepopulate]	Language we should speak to you in:		
Best way to contact you: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Mail			

Do you need an authorized representative?

Call your local county office at [1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)] if you need to:

- Appoint an authorized representative such as a family member, friend, caretaker, attorney, or advocate to accompany, assist, or represent you with your Medi-Cal eligibility and enrollment
- Change your authorized representative



If you need to add more people or information in any of the sections, please write it on a separate sheet of paper (or you can make a copy of the page) and send it with your renewal form.

Household members

We need information about you and every member of your household.

This includes:

- Your spouse or registered domestic partner
- Your children who live with you
- All parents who live in the home with their children
- Anyone on your federal income tax return, if you file one. You don't need to file taxes to apply for health insurance.
- If you are claimed as a dependent on someone else's tax return, you must include all members of the tax filing household that claimed you, and any family members living with you.
- Anyone else who lives with you will need to file their own application if they want health insurance. (For example: a boyfriend, girlfriend or roommate)

Review your household member information.

Name	Relation to [case holder's name]	Address	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

continued on the next page »

Update or add new household member information.

Tell us about changes to your household in the last 12 months.

For example, a household member got married, had a baby, moved into or out of your home, was incarcerated, or if there was a death in the household.

Name (first, middle, last)	Relation to [case holder's name]	What changed?
1.		
2.		
3.		

Tax information

The primary taxpayer is the person listed first on the tax return and on this table.

Review your tax information.

Name	Does this person plan to file a federal tax return?	Does this person expect to be required to file taxes?	What is this person's tax filing status?	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
Primary Tax Filer [prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

continued on the next page »

Update or add new tax information.

Has your primary tax filer changed? (This is the person listed first on the tax return.)

Yes No If **yes**, primary tax filer's name: _____

Name (first, middle, last)	Does this person plan to file a federal tax return?	Does this person expect to be required to file a tax return?	What is this person's tax filing status?
1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Married filing jointly with: _____ <input type="checkbox"/> Married filing separately <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Head of household <input type="checkbox"/> Dependent Claimed by: _____ <input type="checkbox"/> Non-tax filer
2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Married filing jointly with: _____ <input type="checkbox"/> Married filing separately <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Head of household <input type="checkbox"/> Dependent Claimed by: _____ <input type="checkbox"/> Non-tax filer

For information only

Income

Income is money you get from a job, self-employment, or other sources such as Social Security or pension. You must attach current proof of all incomes. For example:

- Recent pay stubs
- Benefits or award letters
- Last year's tax return

Review your income information.

Name	Source of income	Income before taxes or deductions (Federal taxable income)	How often? (annually, monthly, every 2 weeks, twice a month, weekly, daily, or hourly)	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , give the date of the last time you got this income. Then update or add below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

continued on the next page »

For information only

Update or add new income information.

Examples of most common income types:

- Income from your job
- Income from self-employment
- Social Security retirement, survivors, and disability benefits
- Unemployment benefits
- Spousal support received:
Fill in the most recent date or modification date of your divorce or separation agreement (month/day/year) here:
_____ / _____ / _____

Name (first, middle, last)	What is the source of this income?	Your income before taxes or deductions (Federal taxable income)	Start date (month, day, year)	How often? (annually, monthly, every 2 weeks, twice a month, weekly, daily, or hourly)	Is this income expected to continue? If no , give the last date you expect to get this income.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

Does anyone's income change from month to month?

- Yes No If **yes**, tell us what the total income will be for the next 12 months.
This is to help get the correct annual income amount.

Name (first, middle, last)	What is your total income expected to be for the next 12 months?
1.	\$
2.	\$

Expenses and deductions

Reporting tax expenses and deductions that you pay, may lower the income Medi-Cal uses to determine your eligibility. You must attach current proof of expenses and deductions. For example:

- Profit and loss statement
- Tax return

Review your expenses and deduction information.

Name	Type of expense or deduction	Amount	How often? (monthly, quarterly, annually)	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Update or add new expenses and deductions information.

Examples of most common expenses and deductions:

- Self-employment expenses
- Student loan interest
- IRA contributions
- Alimony paid: Fill in the most recent date or modification date of your divorce or separation agreement (month/day/year) here:
_____ / _____ / _____

Name (first, middle, last)	Type of expense or deduction	Amount	How often? (monthly, quarterly, annually)
1.		\$	
2.		\$	

Medicare coverage

If you are not sure which parts of Medicare you are enrolled in, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Review your Medicare information.

Name	Monthly premium Part A (Inpatient hospital)	Monthly premium Part B (Outpatient medical)	Monthly premium Part C (Medicare advantage)	Monthly premium Part D (Pharmacy)	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Update or add new Medicare information.

If you or anyone in your household is newly eligible for Medicare, or if you pay premiums for yourself or someone in your household, fill in the information below.

Name (first, middle, last)	Medicare number	Monthly premium Part A (Inpatient hospital)	Monthly premium Part B (Outpatient medical)	Monthly premium Part C (Medicare advantage)	Monthly premium Part D (Pharmacy)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

Long-term care

Long-term care is a service designed to meet a person’s health or personal care needs when they are unable to take care of themselves for a long period of time. For example:

- Skilled nursing home
- Assisted living home
- Hospice

Review your long-term care information.

Name of person in long-term care	Long-term care facility name	Long-term care facility address	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Update or add new long-term care information.

Person 1		
Name of person in long-term care (first, middle, last)	Entrance date (month/day/year) ____/____/____	Discharge date (month/day/year) ____/____/____
Long-term care facility name	Long-term care facility address	
Spouse or registered domestic partner’s name (first, middle, last)	Spouse or registered domestic partner’s address if different	
Person 2		
Name of person in long-term care (first, middle, last)	Entrance date (month/day/year) ____/____/____	Discharge date (month/day/year) ____/____/____
Long-term care facility name	Long-term care facility address	
Spouse or registered domestic partner’s name (first, middle, last)	Spouse or registered domestic partner’s address if different	

Other health insurance

Tell us about any health coverage that you have that is not from Medi-Cal or Medicare. For example, you may also have health insurance from Covered California or a family member's job.

If you do **not** have other health insurance, skip this section and go to the next.

Review your health insurance information.

Name	Insurance company	Type of Insurance (such as health, dental, vision, pharmacy)	Premium amount you pay	How often (monthly, quarterly, annually)	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Update or add new health insurance information.

Name (first, middle, last)	Insurance company	Type of Insurance (such as health, dental, vision, pharmacy)	Premium amount you pay	How often (monthly, quarterly, annually)
1.			\$	
2.			\$	

Household changes

Fill-in the information below if you answer yes to any of the following questions.

Medi-Cal

Does anyone in your household who is not on Medi-Cal want to apply? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	Date of birth (month/day/year)	Social Security number, if they have one, of the person who wants Medi-Cal _____
----------------------------	-----------------------------------	---

Pregnant

Is anyone in your household pregnant? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	Due date (month/day/year) ____/____/____	How many babies are expected?
----------------------------	--	-------------------------------

Former foster youth

If anyone in your household is between 18 and 26 years old, were they in foster care in any state on or after their 18th birthday? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	State (example: California)
----------------------------	-----------------------------

Immigration or citizenship (This information is only used to determine health coverage.)

Has anyone in your household who now has Medi-Cal had a change in their immigration or citizenship status in the past 12 months? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	New status number
----------------------------	-------------------

Disability

Does anyone in your household have a physical, mental, emotional, or developmental disability? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	Is the disability a result of an injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----------------------------	--

Student

Is anyone in your household 19 or 20 years old and a full-time student? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)

Medicare

Does anyone in your household have Medicare? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)

Medicare number

Monthly premium
you pay

\$

Long-term care

Is anyone in your household in long-term care? If **yes**, fill in below.

Name of person in long-term care
(first, middle, last)

Entrance date
(month/day/year)

Discharge date
(month/day/year)

____/____/____

____/____/____

Long-term care facility name

Long-term care facility address

Spouse or registered domestic partner's name
(first, middle, last)

Spouse or registered domestic partner's address
if different

Information reported to the county

Our reports say this person is currently incarcerated (jail or prison).

Name
[prepopulate]

Is this person incarcerated?

Yes No

If **no**, fill in the release date ____/____/____

Our reports say this person is deceased (died or passed away).

Name
[prepopulate]

Is this person deceased?

Yes No

Health program information and referrals

This section is optional. You can choose not to answer, but your answers help us refer you to available services.

1. Do you want information on the no-cost health program for children under 21 (Child Health and Disability Prevention Program, also known as CHDP)?

Yes No

2. Do you want information on the no-cost supplemental food program for people who are pregnant or breastfeeding and children under 5 (Women, Infants, and Children Program, called WIC)?

Yes No

3. Is any household member living in the home receiving kidney dialysis-related services?

Yes No If **yes**, who: _____

4. Has any household member living in the home received an organ transplant within the last 2 years?

Yes No If **yes**, who: _____

5. Do you want information on the Personal Care Services Program, an in-home care program for aged, blind, or disabled persons (also called In-Home Supportive Services)?

Yes No


6. Does anyone in your household need help with long-term care or home and community-based services?

Yes No If **yes**, who: _____

Declaration and signature

- I declare under penalty of perjury under the laws of the state of California that what I say below is true and correct.
- I understood all questions on this renewal form and gave true and correct answers as far as I know. Where I did not know the answer myself, I made every reasonable attempt to confirm the answer with someone who did know. I have read or had read to me the privacy statement, rights, and responsibilities on the following pages.
- I know that if I do not tell the truth on this renewal form, there may be a civil or criminal penalty for perjury that may include up to four years in jail (See California Penal Code section 126). I know that the information in this renewal form will be used to decide if the people who are applying qualify for health insurance. The Medi-Cal program and Covered California will keep the information private, as required by federal and California law.
- If anything changes on this renewal form for any person applying for health insurance, I agree to notify the Medi-Cal program or contact my local county office within 10 days of any change. If I have insurance through Covered California, I agree to report any changes within 30 days.

Sign and date below.

Signature of applicant/beneficiary or authorized representative	Date (month/day/year)
	

Remember to attach all current proof if required, and all additional copies or extra pages.

Keep for your records

These pages contain important information about privacy statement, rights and responsibilities, right to appeal, and nondiscrimination policy, and filing a discrimination grievance.

Privacy statement

This renewal form is for renewing Medi-Cal benefits through the Department of Health Care Services (DHCS) and determining eligibility for health insurance through Covered California. The personal and medical information you provide on it is private and confidential. DHCS or Covered California needs it to identify you and the other people on this renewal form and to administer our programs.

We will share your information with other state, federal, and local agencies, contractors, health plans, and programs only to enroll you in a plan or program or to administer programs, and with other state and federal agencies as required by law.

You must answer all of the questions on this renewal form unless marked “optional” or if you are directed otherwise. If your renewal form is missing anything that we require, we will contact you to get it. If you do not provide it, we will not be able to make a decision on your renewal. You may have to submit a new application. Or you may not be able to get health insurance through Covered California or your application for benefits renewal may be denied.

In most cases, you have the right to see personal information about you that is in federal and state records. You can see it in an alternative format such as large print if you need that. For more information or to see Covered California records, contact the Privacy Officer at:

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS shall comply with the requirements of 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, and other applicable laws in the storage, use, and release of the information provided in this form.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

You can find the Notices of Privacy Practices for the Medi-Cal program at www.dhcs.ca.gov and for Covered California at www.CoveredCA.com.

Rights and responsibilities

- The information I gave on this renewal form is true as far as I know. I know that I may be subject to a penalty if I do not tell the truth.
- I understand that the information I give will be used only to see if those in my family who are applying to renew health insurance will qualify.
- I understand that the Medi-Cal program and Covered California will keep my information private, as the law requires. For more information, or access to personal information in records maintained by the Medi-Cal program and Covered California, I can contact my local county office. Or I can contact the Covered California Privacy Officer at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).
- I understand that to be eligible for Medi-Cal, I am required to apply for other income or benefits to which I or any member of my household is entitled, unless he or she has good cause for not doing so. Examples of such income or benefits are pensions, government benefits, retirement income, veteran's benefits, annuities, disability benefits, Social Security benefits (also called OASDI or Old Age, Survivors, and Disability Insurance), and unemployment benefits. But such income or benefits do not include public assistance benefits, such as CalWORKs or CalFresh. If I have a question about a possible source of income, I can call my local county office or Covered California at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) for help.
- If I am found eligible for Medi-Cal, I must tell my county eligibility worker about any changes that may affect my eligibility for health insurance within 10 days of the change to my local county office. These changes include, but are not limited to:
 - » I move
 - » my income changes
 - » my household changes (for example, marriage/divorce, become pregnant, or have a child(ren))
 - » I become qualified for other health insurance
- If I am enrolled in Covered California, I understand I must report changes within 30 days. I can call Covered California at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) or visit CoveredCA.com.
- I understand that I must report income changes to my local county office because it may affect the eligibility for Medi-Cal benefits or Covered California for the amount of state and federal financial help that I may be eligible to receive. I also understand if I receive too much financial help during the benefit year, I will have to repay the extra premium assistance or state subsidy back to the IRS or California Franchise Tax Board when I file my federal and state income taxes for the benefit year.
- I give my permission to Covered California and the Medi-Cal program to check other agencies' computer records to verify citizenship or whether I am lawfully present in the U.S., tax information, and other information related only to eligibility to see if I and other people on this renewal qualify for health insurance.
- I understand that as required by law, the information I provide about myself and other people on this renewal for Medi-Cal will be checked by computer with facts given by employers, banks, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, social services and other agencies to see if I or other people on this renewal qualify for health insurance.

- I know that if Medi-Cal pays for a medical expense, any money I or anyone on this renewal form gets from other health insurance or legal settlements related to that expense will go to Medi-Cal as payment for the expense until the expense is paid in full.
- For parents whose child or children qualify for Medi-Cal: I know I will be asked to help the agency that collects medical support from any parent on this renewal form who does not live with the child and does not send support for the child. If I think that helping will harm me or my children, I can tell the Medi-Cal program and I will not have to help.

Right to Appeal

If I think the Medi-Cal program or Covered California has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone at the Medi-Cal program or Covered California that I think its decision is wrong and ask for a fair review of the action.

I know that I must file an appeal within 90 days of the decision. I know that I can represent myself or have someone else represent me in my appeal, such as an authorized representative, a friend, a relative, or a lawyer.

I know that if I need help, someone at the Medi-Cal program, Covered California, or the local county office can explain my case to me.

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

Fax: 1-833-281-0905

Toll free: 1-855-795-0634 or

Public Inquiry and Response toll free: 1-800-952-5253 or TDD 1-800-952-8349

Nondiscrimination Policy

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California comply with applicable federal and state civil rights laws and do not unlawfully discriminate on the basis of race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, sex, gender, gender identity, or sexual orientation.

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California do not unlawfully exclude people or treat them differently because of race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, sex, gender, gender identity, or sexual orientation.

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California also provide free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other

languages. If you need these services, contact the DHCS Office of Civil Rights at **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) or email CivilRights@dhcs.ca.gov, or contact Covered California at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

Filing a Discrimination Grievance

If you believe that the Medi-Cal program (DHCS) or Covered California has failed to provide these services or you have been discriminated against in another way on the basis of race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, sex, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with the Medi-Cal program's (DHCS's) Office of Civil Rights or the Covered California Civil Rights Coordinator:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Phone: 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov
Medi-Cal complaint forms are available at:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-916-228-8764
Fax: 1-916-228-8909
Email: CivilRights@covered.ca.gov

You can also file a separate civil rights complaint with the federal Office for Civil Rights at the U.S. Department of Health and Human Services. You can do this if you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex:

U.S. Department of Health and Human Services

Mail: 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Phone: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Online Complaint Portal Assistant: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Online Complaint forms: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Formulario de renovación de Medi-Cal

Usted puede obtener este formulario en otro idioma o en formato accesible de su preferencia. Para pedir ayuda en su idioma, llame al: 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).

Usted puede perder su Medi-Cal si no responde antes del [Month day, Year]

[prepopulate]
[prepopulate]
[prepopulate]

Fecha de aviso: [prepopulate]
Número de caso: [prepopulate]
Nombre del caso: [prepopulate]
Nombre del trabajador: [prepopulate]
Número de teléfono del trabajador: [prepopulate]

Es hora de renovar beneficios para:

Nombre	Fecha de nacimiento
[prepopulate]	[prepopulate]

Los miembros del hogar que no estén en este formulario recibirán una carta por separado sobre su Medi-Cal.

- ➔ **Paso 1.** Lea el formulario y responda a las preguntas
- ➔ **Paso 2.** Firme y escriba la fecha en la página de Declaración y firma
- ➔ **Paso 3.** Envíe el formulario con las prueba(s) antes de la fecha límite de [Month day, Year]

Maneras fáciles de darnos su formulario y prueba(s):



Por internet

en [SAWS online portal] o coveredca.com.



Por correo

en el sobre que llegó con esta carta.



Por teléfono

al [1-XXX-XXX-XXXX] (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).



En persona

a [Name of county office] en [address], [City, State, ZIP]. Abren de lunes a viernes, [X:XX a.m. to X:XX p.m.]



¿Alguna pregunta? Llame a la oficina local de su condado al [1-XXX-XXX-XXXX] antes de la fecha de límite.

Su información de contacto

↓ Revise su información

- Esta información es correcta.
Si es correcta, vaya a la página 3.

↓ Actualice o agregue información nueva abajo

- Actualicé mi información abajo.
Sólo anote la información nueva o cambiada.

Nombre [prepopulate]	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)		
Dirección de casa [Address 1]	Dirección de casa	N° de apartamento	
	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal [Address 2]	Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa o usted no tiene una dirección de casa)		
	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono Hogar: [Number 1] Celular: [Number 2] Otros: [Number 3]	Teléfono		
	Hogar _____ - _____	Celular _____ - _____ - _____	
	Trabajo _____ - _____	Otros _____ - _____ - _____	
Correo electrónico [prepopulate]	Correo electrónico (opcional):		
En qué idioma debemos escribirle a usted: [prepopulate]	En qué idioma debemos escribirle a usted:		
En qué idioma debemos hablar con usted: [prepopulate]	En qué idioma debemos hablar con usted:		
	Mejor forma para comunicarnos con usted: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo		

¿Usted necesita un representante autorizado?

Llame a la oficina local de su condado al [1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)] si usted tiene que:

- Nombrar un representante autorizado, como un miembro de su familia, amigo, cuidador, abogado o defensor para que le acompañe, ayude o represente con sus asuntos de elegibilidad e inscripción en Medi-Cal
- Cambiar su representante autorizado



Si tiene que agregar más personas o información en cualquiera de las secciones, por favor escriba en una hoja de papel por separado (o haga primero una copia de la página) y envíela con su formulario de renovación.

Miembros del hogar

Necesitamos información sobre usted y todos los miembros de su hogar. Esto incluye a:

- Su cónyuge o pareja doméstica registrada
- Sus hijos que vivan con usted
- Todos los padres que viven en su hogar con sus hijos
- Cualquier persona anotada en su declaración de impuestos federales, si usted presenta una. Usted no necesita declarar impuestos para solicitar seguro de salud
- Si usted está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, usted debe incluir a todos los miembros del hogar fiscal que lo declaró y a cualquier miembro de la familia que viva con usted.
- Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que presentar su propia solicitud si quiere seguro de salud. (Por ejemplo: su novio, novia o compañero de casa)

Revise la información del miembro de su hogar.

Nombre	Relación con [case holder's name]	Dirección	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre los miembros del hogar.

Avísenos de cambios en su hogar en los últimos 12 meses.

Por ejemplo, un miembro del hogar se casó, tuvo un bebé, se mudó dentro o fuera de su casa, fue encarcelado o hubo un fallecimiento en el hogar.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Relación con [case holder's name]	¿Qué cambió?
1.		
2.		
3.		

Información de impuestos

El contribuyente principal es la persona anotada primero en la declaración de impuestos y en este cuadro.

Revise la información de sus impuestos.

Nombre	¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales?	¿Esta persona espera tener que declarar impuestos?	¿Cuál es el estado de declaración de impuestos de esta persona?	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
Contribuyente principal [prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue nueva información de impuestos.

¿Cambió su declarante de impuestos principal? (Ésta es la persona anotada primero en la declaración de impuestos).

Sí No Si es **sí**, nombre del declarante principal de impuestos: _____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales?	¿Esta persona espera tener que presentar una declaración de impuestos?	¿Cuál es el estado de declaración de impuestos de esta persona?
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado declarando conjuntamente con: _____ <input type="checkbox"/> Casado declarando por separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Dependiente reclamado por: _____ <input type="checkbox"/> No declara impuestos
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casado declarando conjuntamente con: _____ <input type="checkbox"/> Casado declarando por separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Dependiente reclamado por: _____ <input type="checkbox"/> No declara impuestos

For information only

Ingresos

Los ingresos son el dinero que usted recibe de un trabajo, trabajo por su cuenta u otras fuentes, como Social Security o una pensión. Usted debe adjuntar pruebas actuales de todos los ingresos. Por ejemplo:

- Talones de pago recientes
- Cartas de beneficios o aprobación
- La declaración de impuestos del año pasado

Revise la información de sus ingresos.

Nombre	Fuente de ingresos	Ingresos antes de impuestos o deducciones (ingresos imponibles federales)	¿Con qué frecuencia? (anual, mensual, cada 2 semanas, dos veces al mes, semanal, diario o por hora)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , dé la fecha de la última vez que usted recibió este ingreso. Luego actualice o agregue abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre ingresos.

Ejemplos de los tipos de ingresos más comunes:

- Ingresos de su empleo
- Ingresos de trabajo por su cuenta
- Beneficios por jubilación, sobrevivientes y discapacidad de Social Security
- Beneficios de desempleo
- Manutención del cónyuge recibido: Ingrese la fecha más reciente o fecha de modificación de su acuerdo de divorcio o separación (mes/día/año) aquí:
_____ / _____ / _____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Cuál es la fuente de estos ingresos?	Ingresos antes de impuestos o deducciones (ingresos imponibles federales)	Fecha de inicio (mes, día, año)	¿Con qué frecuencia? (anual, mensual, cada 2 semanas, dos veces al mes, semanal, diario o por hora)	¿Espera que estos ingresos continúen? Si es no , dé la última fecha en que usted espera recibir este ingreso.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

¿Los ingresos de alguna persona cambian de un mes a otro?

- Sí No Si es **sí**, díganos cual será el total de ingresos en los próximos 12 meses.
Esto es para ayudar a obtener la cantidad correcta de ingresos anuales.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Cuál es el total de su ingreso esperado para los próximos 12 meses?
1.	\$
2.	\$

Gastos y deducciones

Reportar los gastos y deducciones que usted paga puede reducir los ingresos que Medi-Cal usa para determinar su elegibilidad. Usted debe adjuntar pruebas actuales de gastos y deducciones.

Por ejemplo:

- Declaración de ganancias y pérdidas
- Declaración de impuestos

Revise la información de su gastos y deducciones.

Nombre	Tipo de gasto o deducción	Cantidad	¿Con qué frecuencia? (mensual, trimestral, anual)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre gastos y deducciones.

Ejemplos de los gastos y deducciones más comunes:

- Gastos de trabajo por su cuenta
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Contribuciones a una cuenta IRA
- Pensión alimenticia pagada: Ingrese la fecha más reciente o fecha de modificación de su acuerdo de divorcio o separación (mes/día/año) aquí: ____/____/____

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Tipo de gasto o deducción	Cantidad	¿Con qué frecuencia? (mensual, trimestral, anual)
1.		\$	
2.		\$	

Cobertura de Medicare

Si no está seguro en cuáles partes de Medicare usted está inscrito, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Revise la información de su Medicare.

Nombre	Prima mensual de Part A (Servicios de paciente interno en el hospital)	Prima mensual de Part B (Servicios médicos de paciente externo)	Prima mensual de Part C (Medicare Advantage)	Prima mensual de Part D (Farmacia)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	

Actualice o agregue información nueva de Medicare.

Si usted o alguna persona de su hogar es recientemente elegible para Medicare o si usted paga primas por usted mismo o alguna persona de su hogar, llene la información abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Medicare	Prima mensual de Part A (Servicios de paciente interno en el hospital)	Prima mensual de Part B (Servicios médicos de paciente externo)	Prima mensual de Part C (Medicare Advantage)	Prima mensual de Part D (Farmacia)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

Cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo es un servicio diseñado para cubrir las necesidades de salud o de cuidado personal de una persona, cuando no puede cuidarse a sí misma por un largo período de tiempo. Por ejemplo:

- Hogar de enfermería especializada
- Hogar de vida con asistencia
- Hospicio

Revise la información de sus cuidado a largo plazo.

Nombre de la persona en cuidado a largo plazo	Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	¿Esto es correcto? Si es sí, vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre cuidado a largo plazo.

Persona 1		
Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Fecha de alta (mes/día/año) ____ / ____ / ____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	
Persona 2		
Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Fecha de alta (mes/día/año) ____ / ____ / ____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	

Otro seguro de salud

Díganos sobre cualquier cobertura de salud que usted tenga que no sea Medi-Cal o Medicare. Por ejemplo, usted también puede tener un seguro de salud de Covered California o del trabajo de un miembro de su familia.

Si usted **no** tiene otro seguro de salud, salte esta sección y vaya a la siguiente.

Revise la información de su seguro de salud.

Nombre	Compañía de seguros	Tipo de seguro (como de salud, dental, cuidado de la vista, farmacia)	La cantidad de prima que usted paga	Con qué frecuencia (mensual, trimestral, anual)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre seguro de salud.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Compañía de seguros	Tipo de seguro (como de salud, dental, cuidado de la vista, farmacia)	La cantidad de prima que usted paga	Con qué frecuencia (mensual, trimestral, anual)
1.			\$	
2.			\$	

Cambios en el hogar

Llene la información de abajo si usted responde sí a cualquiera de las preguntas.

Medi-Cal

¿Alguna persona de su hogar que no está en Medi-Cal quiere solicitar? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Social Security, si lo tiene, de la persona que quiere Medi-Cal ____-____-____
---	-----------------------------------	---

Embarazos

¿Alguna persona de su hogar está embarazada? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha esperada del parto (mes/día/año) ____/____/____	¿Cuántos bebés espera?
---	--	------------------------

Jóvenes que estuvieron en hogares de crianza temporal (Foster Care)

Si alguna persona de su hogar tiene entre 18 y 26 años de edad ¿estuvo en hogares de crianza temporal (Foster Care) en cualquier estado en su cumpleaños 18 o después? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Estado (ejemplo: California)
---	------------------------------

Inmigración o ciudadanía (Esta información se usa sólo para determinar la cobertura de salud.)

¿Alguna persona de su hogar que ahora tiene Medi-Cal tuvo algún cambio en su estado de inmigración o de ciudadanía en los últimos 12 meses? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Nuevo número de situación
---	---------------------------

Discapacidad

¿Alguna persona de su hogar tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿La discapacidad es el resultado de una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Estudiante

¿Alguna persona de su hogar tiene 19 ó 20 años de edad y es estudiante de tiempo completo?
Si es **sí**, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)

Medicare

¿Alguna persona de su hogar tiene Medicare? Si es **sí**, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)

Número de Medicare

Prima mensual que
usted paga

\$

Cuidado a largo plazo

¿Alguna persona de su hogar está en cuidado a largo plazo? Si es **sí**, anote abajo.

Nombre de la persona en cuidado a largo plazo
(nombre, segundo nombre, apellido)

Fecha de entrada
(mes/día/año)

Fecha de alta
(mes/día/año)

___/___/___

___/___/___

Nombre de la institución de cuidado a largo plazo

Dirección de la institución de cuidado a largo plazo

Nombre del cónyuge o pareja doméstica
registrada (nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección del cónyuge o pareja doméstica
registrada si es diferente

Información reportada al condado

Nuestros reportes indican que esta persona está actualmente encarcelada (cárcel o prisión).

Nombre
[prepopulate]

¿Esta persona está en la cárcel?

Sí No

Si es **no**, ingrese la fecha de liberación

___/___/___

Nuestros reportes indican que esta persona falleció (murió).

Nombre
[prepopulate]

¿Falleció esta persona?

Sí No

Información de programas de salud y recomendaciones

Esta sección es opcional. Usted puede elegir no responder pero sus respuestas nos ayudan a recomendarlo a servicios disponibles.

1. ¿Quiere usted información sobre el programa de salud sin costo para niños menores de 21 años de edad (Child Health and Disability Prevention Program, también conocido como CHDP)?

Sí No

2. ¿Quiere usted información sobre el programa de alimentación suplementaria sin costo para personas embarazadas, en período de lactancia y niños menores de 5 años de edad (Women, Infants, and Children Program, llamado WIC)?

Sí No

3. ¿Algún miembro del hogar que vive en la casa recibe servicios relacionados con diálisis del renal?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

4. ¿Alguno de los miembros del hogar que vive en la casa recibió un trasplante de órganos en los últimos 2 años?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

5. ¿Quiere usted información sobre Personal Care Services Program, un programa de cuidado en el hogar para personas mayores, ciegas o discapacitadas (también llamado In-Home Supportive Services)?

Sí No

6. ¿Alguien en su hogar necesita ayuda con cuidado a largo plazo o con los servicios basados en el hogar y la comunidad?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

Declaración y firma

- Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo que digo a continuación es verdadero y correcto.
- Entendí todas las preguntas de este formulario de renovación y di respuestas verdaderas y correctas según mi entendimiento. Cuando no supe la respuesta, hice todos los esfuerzos razonable para confirmar la respuesta con alguien que la supiera. He leído o me han leído la declaración de privacidad, derechos y responsabilidades en las siguientes páginas.
- Sé que, si no digo la verdad en este formulario de renovación, puede haber una sanción civil o penal por perjurio que puede incluir hasta cuatro años de cárcel (consulte la sección 126 de California Penal Code). Sé que la información de este formulario de renovación se usará para decidir si las personas que solicitan califican para seguro de salud. El programa de Medi-Cal y Covered California mantendrán la información en privado, como lo exigen las leyes federales y de California.
- Si hay algún cambio en este formulario de renovación para cualquier persona que solicite seguro de salud, acepto avisar al programa de Medi-Cal o contactar a la oficina local de mi condado dentro de 10 días de cualquier cambio. Si tengo seguro a través de Covered California, acepto reportar cualquier cambio dentro de 30 días.

Firme y escriba la fecha abajo.

Firma del solicitante / beneficiario o su representante autorizado 	Fecha (mes/día/año)
---	---------------------

Recuerde de adjuntar todas las pruebas actuales si son requeridas y todas las copias o páginas adicionales.

Guarde para su registro

Estas páginas contienen información importante sobre la declaración de privacidad, derechos y responsabilidades, derecho de apelación y la política contra la discriminación y cómo presentar una queja por discriminación.

Declaración de privacidad

Este formulario de renovación es para renovar los beneficios de Medi-Cal a través de Department of Health Care Services (DHCS) y determinar elegibilidad para el seguro de salud a través de Covered California. La información personal y médica que usted proporcione en la solicitud es privada y confidencial. DHCS o Covered California la necesita para identificarlo a usted y a las otras personas en este formulario de renovación y para administrar nuestros programas.

Compartiremos su información con otras agencias estatales, federales y locales, contratistas, planes de salud y programas sólo para inscribirlo en un plan o programa o para administrar programas, y con otras agencias estatales y federales según lo requiera la ley.

Usted debe responder a todas las preguntas de este formulario de renovación, a menos que este marcado como “opcional” o que se le indique lo contrario. Si a su formulario de renovación le falta algo de lo que requerimos, nos pondremos en contacto con usted para obtenerlo. Si no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre su renovación. Es posible que tenga que presentar una nueva solicitud. O es posible que no pueda obtener seguro de salud a través de Covered California o que su solicitud de renovación de beneficios sea negada.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver la información personal sobre usted que se encuentra en los registros federales y estatales. Puede verlo en un formato alternativo como la letra grande si lo necesita. Para más información o para ver los registros de Covered California, comuníquese con el Oficial de Privacidad en:

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Teléfono: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS cumplirá con los requisitos de 45 C.F.R. Parts 160 y 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 y el Article 3, Chapters 5 y 7, Parts 2 y 3, Division 9 y otras leyes aplicables en el almacenamiento, uso y revelación de la información proporcionada en este formulario.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

Usted puede encontrar los avisos de la Prácticas de Privacidad del programa de Medi-Cal en www.dhcs.ca.gov y para Covered California en www.CoveredCA.com.

Derechos y responsabilidades

- La información que di en este formulario de renovación es verdadera, según mi entendimiento. Sé que puedo ser sujeto a una sanción si no digo la verdad.
- Entiendo que la información que doy será usada sólo para ver si aquellos en mi familia que están solicitando renovar el seguro de salud calificarán.
- Entiendo que el programa de Medi-Cal y Covered California mantendrán privada mi información, como lo requiere la ley. Para obtener más información o acceso a información personal en los registros del programa de Medi-Cal y Covered California, puedo comunicarme con la oficina local de mi condado. O, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Entiendo que para ser elegible para Medi-Cal tengo que solicitar otros ingresos o beneficios a los que yo o cualquier miembro de mi hogar tenga derecho, a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. Ejemplos de tales ingresos o beneficios son pensiones, beneficios del gobierno, ingresos de jubilación, beneficios de veterano, anualidades, beneficios por discapacidad, beneficios de Social Security (también llamado OASDI u Old Age, Survivors, and Disability Insurance) y beneficios de desempleo. Pero tales ingresos o beneficios no incluyen beneficios de asistencia pública, como CalWORKS o CalFresh. Si tengo alguna pregunta sobre alguna posible fuente de ingresos, puedo llamar a la oficina local de mi condado o a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) si necesito ayuda.
- Si me encuentran elegible para Medi-Cal, tengo que avisar al trabajador de elegibilidad de mi condado de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad para el seguro de salud dentro de 10 días del cambio a la oficina local de mi condado. Estos cambios incluyen, pero no se limitan a:
 - » Cambios de casa
 - » Cambios en mis ingresos
 - » Cambios en mi hogar (por ejemplo, matrimonio / divorcio, embarazo o tener hijo(s))
 - » Califico para otro seguro de salud
- Si estoy inscrito en Covered California, entiendo que debo reportar cambios dentro de 30 días. Yo puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o visitar CoveredCA.com.
- Entiendo que debo reportar cambios de ingresos a la oficina local de mi condado porque puede afectar la elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal o de Covered California, en la cantidad de ayuda financiera del estado y federal por la que puedo ser elegible a recibir. También entiendo que si recibo demasiada ayuda financiera durante el año de beneficios, tendré que devolver la ayuda de la prima extra o el subsidio estatal al IRS o a California Franchise Tax Board cuando presente mis impuestos federales y estatales para el año de beneficios.
- Doy mi permiso a Covered California y el programa de Medi-Cal para que revisen los registros informáticos de otras agencias para verificar la ciudadanía o si estoy legalmente presente en los Estados Unidos, información de impuestos y otra información relacionada sólo con la elegibilidad, para ver si yo y otras personas en esta renovación calificamos para el seguro de salud.

- Entiendo que, como lo exige la ley, la información que yo proporcione sobre mí mismo y otras personas en esta renovación de Medi-Cal se verificará por computadora con los datos proporcionados por empleadores, bancos, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, servicios sociales y otras agencias, para ver si yo u otras personas en esta renovación califican para el seguro de salud.
- Sé que si Medi-Cal paga un gasto médico, todo el dinero que yo o cualquier persona en esta renovación obtenga de otro seguro de salud o acuerdos legales relacionado con este gasto irá a Medi-Cal como pago por el gasto, hasta que el gasto sea pagado en total.
- Para los padres cuyo hijo o hijos califican para Medi-Cal: Sé que me pedirán que ayude a la agencia que cobra la manutención médica de cualquier padre en este formulario de renovación que no viva con el niño y que no le envíe ayuda. Si creo que ayudar me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo avisar al programa de Medi-Cal y no tendré que ayudar.

Derecho a apelar

Si me parece que el programa de Medi-Cal o Covered California cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien del programa de Medi-Cal o de Covered California que creo que su decisión está equivocada y pedir una revisión justa de la acción.

Sé que debo presentar una apelación dentro de los 90 días de la decisión. Sé que puedo representarme yo mismo o pedir que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.

Sé que si necesito ayuda, alguna persona del programa de Medi-Cal, Covered California o la oficina local del condado puede explicarme mi caso.

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

Fax: 1-833-281-0905

Número gratuito: 1-855-795-0634 o

Teléfono gratuito de Investigación y Respuesta Pública: 1-800-952-5253 o

Número de TDD: 1-800-952-8349

Política de no discriminación

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California cumplen con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discriminan ilegalmente por motivos de raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual.

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California no excluyen ilegalmente a las personas ni las tratan de manera diferente por su raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual.

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California proporcionan ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados de idioma de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California también proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles de DHCS al **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) envíe un mensaje electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov, o comuníquese con Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Cómo presentar una queja por discriminación

Si cree que el programa de Medi-Cal (DHCS) o Covered California no le ha proporcionado estos servicios o que usted ha sido discriminado de otra manera por su raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual, usted puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del programa de Medi-Cal (DHCS) o en la Oficina de Coordinador de Derechos Civiles de Covered California:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov
Los formularios de quejas de Medi-Cal están a su disposición en:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Teléfono: 1-916-228-8764
Fax: 1-916-228-8909
Correo electrónico:
CivilRights@covered.ca.gov

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles por separado en la oficina federal Office for Civil Rights at the U.S. Department of Health and Human Services. Usted puede hacerlo si cree que ha sido discriminado en contra por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo:

U.S. Department of Health and Human Services

Correo: 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Asistente del portal de quejas en internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas en internet: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

You may lose
your Medi-Cal if
you do not
respond by
[Month day, Year]

Medi-Cal Renewal Form

You can get this form in another language or accessible format of your choice.
To ask for help in your language, call: 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).

[prepopulate]
[prepopulate]
[prepopulate]

Notice date: [prepopulate]
Case number: [prepopulate]
Case name: [prepopulate]
Worker name: [prepopulate]
Worker telephone number: [prepopulate]

It's time to renew benefits for:

Name	Date of birth
[prepopulate]	[prepopulate]

Household members not on this form will get a separate letter about their Medi-Cal.

- **Step 1.** Read the form and answer the questions
- **Step 2.** Sign and date on the Declaration and Signature page
- **Step 3.** Send the form with proof by the due date of [Month day, Year]

Easy ways to give us your form and proof:



Online

at [SAWS online portal]
or coveredca.com.



By mail

in the envelope that
came with this letter.



By phone

at [1-XXX-XXX-XXXX
(TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)].



In person

to [Name of county office]
at [address], [City, State,
ZIP]. They are open
Monday through Friday,
[X:XX a.m. to X:XX p.m.]



**Questions? Call your local county office at
[1-XXX-XXX-XXXX] before the due date.**

Your contact information

↓ Review your information

↓ Update or add new information below

<input type="checkbox"/> This information is correct. If correct, go to page 3.	<input type="checkbox"/> I have updated my information below. Only write in new or changed information.
Name [prepopulate]	Name (first, middle, last)
Home address [Address 1]	Home address Apartment #
	City State ZIP code
Mailing address [Address 2]	Mailing address (If different from home address or you do not have a home address)
	City State ZIP code
Phone Home: [Number 1] Cell: [Number 2] Other: [Number 3]	Phone Home _____ Cell _____ Work _____ Other _____
Email [prepopulate]	Email (optional):
Language to write to you in [prepopulate]	Language we should write to you in:
Language to speak to you in [prepopulate]	Language we should speak to you in:
	Best way to contact you: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Mail

Do you need an authorized representative?

Call your local county office at [1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)] if you need to:

- Appoint an authorized representative such as a family member, friend, caretaker, attorney, or advocate to accompany, assist, or represent you with your Medi-Cal eligibility and enrollment
- Change your authorized representative



If you need to add more people or information in any of the sections, please write it on a separate sheet of paper (or you can make a copy of the page) and send it with your renewal form.

Household members

We need information about you and every member of your household. This includes:

- Your spouse or registered domestic partner
- Your children who live with you
- All parents who live in the home with their children
- Anyone else who lives with you will need to file their own application if they want health insurance. (For example: a boyfriend, girlfriend or roommate)

Review your household member information.

Name	Relation to [case holder's name]	Address	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

continued on the next page »

Update or add new household member information.

Tell us about changes to your household in the last 12 months.

For example, a household member got married, had a baby, moved into or out of your home, was incarcerated, or if there was a death in the household.

Name (first, middle, last)	Relation to [case holder's name]	What changed?
1.		
2.		
3.		

Income

Income is money you get from a job, self-employment, or other sources such as Social Security or pension. You must attach current proof of all incomes. For example:

- Recent pay stubs
- Benefits or award letters

Review your income information.

Name	Source of income	Gross amount (income you get before taxes or deductions)	How often? (annually, monthly, every 2 weeks, twice a month, weekly, daily, or hourly)	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , give the date of the last time you got this income. Then update or add below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

continued on the next page »

Update or add new income information.

Examples of most common income types:

- Earnings from employment
- Self-employment
- Social Security retirement, survivors, and disability benefits
- Unemployment benefits
- Pensions/Annuities
- Interest and dividend
- Retirement income from 401K, 457, 509, IRA and Keogh plans

Name (first, middle, last)	What is the source of this income?	Gross amount (income you get before taxes or deductions)	Start date (month, day, year)	How often? (annually, monthly, every 2 weeks, twice a month, weekly, daily, or hourly)	Is this income expected to continue? If no , give the last date you expect to get this income.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ___ / ___ / ___
2.		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ___ / ___ / ___
3.		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ___ / ___ / ___

Does anyone's income change from month to month?

- Yes No If **yes**, tell us what the total income will be for the next 12 months. This is to help get the correct annual income amount.

Name (first, middle, last)	What is your total income expected to be for the next 12 months?
1.	\$
2.	\$

continued on the next page »

Does anyone in your household receive free rent, utilities, and/or food? (also called in-kind income)?

This is free or is in exchange for work from a person other than a spouse or parent living in the home.

Yes No If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	What was free?	Was it in exchange for work?	Is this in-kind income expected to continue? If no , give the last date you expect to get this income.
1.	<input type="checkbox"/> Rent <input type="checkbox"/> Utilities <input type="checkbox"/> Food	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

Expenses and deductions

Reporting expenses and deductions that you pay may lower the income Medi-Cal uses to determine your eligibility. You must attach current proof of expenses and deductions. For example:

- Statement or financial award letter
- Schedule C (self-employment expense)

Review your expenses and deduction information.

Name	Type of expense or deduction	Amount	How often? (monthly, quarterly, annually)	Is this correct? If no , update or add below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

continued on the next page »

Update or add new expenses and deductions information.

Examples of most common expenses and deductions:

- Child support or alimony paid
- Dependent care paid
- Educational expenses (tuition, books, fees, and transportation expenses)
- Guardian/conservator fees
- Self-employment expenses

Name (first, middle, last)	Type of expense or deduction	Amount	How often? (monthly, quarterly, annually)
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

For information only

Resources and property

Resources and property are things you could exchange for money or that you own. You must attach current proof of resources, property, and any amount owed. For example:

- Bank statement
- Car loan statement
- Mortgage loan statement

Review your resources and property information.

Name	Type of resources and property	Resources and property details	Value and amount owed	Is this correct? If yes , go to next section. If no , update or add below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	\$XX.XX	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	\$XX.XX	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	\$XX.XX	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

continued on the next page »

Update or add new resources and property information.

You must report property or money that you got, sold, traded, gave away, or transferred within the last 12 months.

Examples of most common resources and property:

- Bank account/credit union account
- Real property (land or home)
- Cash on hand
- CD / IRA / Keogh, pension fund
- Mutual fund, trust fund, money market, stock, bond, and annuity
- Mortgage, notes, or deed of trust
- Vehicle
- Life insurance or burial insurance
- Non-motorboat, trailer, and camper shell
- Burial fund and plot
- Life estate interest in any real property
- Business inventory and equipment

Owner's name (first, middle, last)	Type of resources and property	Resources and property details	Change to report	Date of change (month/day/year)
1.				___ / ___ / ___
2.				___ / ___ / ___
3.				___ / ___ / ___

Real property (land or home)

This includes any real property you reviewed or updated above.

Do you have real property listed above? If **yes**, fill in below.

- This is the home I live in.
 - This is my rental/investment property.
 - This is my former home.
 - This real property is for sale.
 - If you checked rental/investment or for sale above, do you intend to return to the property someday? Yes No
 - Is a family member living in the property? Yes No
- If **yes**, what is your relationship? (Example: spouse, child, dependent relative, sibling)
- _____

Previously reported vehicles

Do you need to change the value or amount owed on previously reported vehicles?
If **yes**, fill in below.

Owner's name (first, middle, last)	Vehicle's worth \$	Make, model, and year	How much do you owe? \$

Medicare coverage

If you are not sure which parts of Medicare you are enrolled in, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Review your Medicare information.

Name	Monthly premium Part A (Inpatient hospital)	Monthly premium Part B (Outpatient medical)	Monthly premium Part C (Medicare advantage)	Monthly premium Part D (Pharmacy)	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Update or add new Medicare information.

If you or anyone in your household is newly eligible for Medicare, or if you pay premiums for yourself or someone in your household, fill in the information below.

Name (first, middle, last)	Medicare number	Monthly premium Part A (Inpatient hospital)	Monthly premium Part B (Outpatient medical)	Monthly premium Part C (Medicare advantage)	Monthly premium Part D (Pharmacy)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

Long-term care

Long-term care is a service designed to meet a person's health or personal care needs when they are unable to take care of themselves for a long period of time. For example:

- Skilled nursing home
- Assisted living home
- Hospice

Review your long-term care information.

Name of person in long-term care	Long-term care facility name	Long-term care facility address	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Update or add new long-term care information.

Person 1		
Name of person in long-term care (first, middle, last)	Entrance date (month/day/year) ____/____/____	Discharge date (month/day/year) ____/____/____
Long-term care facility name	Long-term care facility address	
Spouse or registered domestic partner's name (first, middle, last)	Spouse or registered domestic partner's address if different	
Person 2		
Name of person in long-term care (first, middle, last)	Entrance date (month/day/year) ____/____/____	Discharge date (month/day/year) ____/____/____
Long-term care facility name	Long-term care facility address	
Spouse or registered domestic partner's name (first, middle, last)	Spouse or registered domestic partner's address if different	

Other health insurance

Tell us about any health coverage that you have that is not from Medi-Cal or Medicare.

Reporting other health insurance premiums that you pay may lower the income Medi-Cal uses to determine your eligibility. For example, you may also have health insurance from Covered California or a family member's job. You must attach proof if you pay for other health insurance. For example: a billing statement showing the amount you pay each month.

If you do **not** have other health insurance, skip this section and go to the next.

Review your health insurance information.

Name	Insurance company	Type of Insurance (such as health, dental, vision, pharmacy)	Premium amount you pay	How often (monthly, quarterly, annually)	Is this correct? If yes , go to the next section. If no , update below.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Update or add new health insurance information.

Name (first, middle, last)	Insurance company	Type of Insurance (such as health, dental, vision, pharmacy)	Premium amount you pay	How often (monthly, quarterly, annually)
1.			\$	
2.			\$	

Household changes

Fill-in the information below if you answer yes to any of the following questions.

Medi-Cal

Does anyone in your household who is not on Medi-Cal want to apply? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	Date of birth (month/day/year)	Social Security number, if they have one, of the person who wants Medi-Cal _____
----------------------------	-----------------------------------	---

Pregnant

Is anyone in your household pregnant? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	Due date (month/day/year)	How many babies are expected?
----------------------------	------------------------------	-------------------------------

Former foster youth

If anyone in your household is between 18 and 26 years old, were they in foster care in any state on or after their 18th birthday? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	State (example: California)
----------------------------	-----------------------------

Immigration or citizenship (This information is only used to determine health coverage.)

Has anyone in your household who now has Medi-Cal had a change in their immigration or citizenship status in the past 12 months? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	New status number
----------------------------	-------------------

Disability

Does anyone in your household have a physical, mental, emotional, or developmental disability? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	Is the disability a result of an injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----------------------------	--

continued on the next page »

Medicare

Does anyone in your household have Medicare? If **yes**, fill in below.

Name (first, middle, last)	Medicare number	Monthly premium you pay \$
----------------------------	-----------------	-------------------------------

Long-term care

Is anyone in your household in long-term care? If **yes**, fill in below.

Name of person in long-term care (first, middle, last)	Entrance date (month/day/year) ____ / ____ / ____	Discharge date (month/day/year) ____ / ____ / ____
Long-term care facility name	Long-term care facility address	
Spouse or registered domestic partner's name (first, middle, last)	Spouse or registered domestic partner's address if different	

For information only

Health program information and referrals

This section is optional. You can choose not to answer, but your answers help us refer you to available services.

1. Do you want information on the no-cost health program for children under 21 (Child Health and Disability Prevention Program, also known as CHDP)?

Yes No

2. Do you want information on the no-cost supplemental food program for people who are pregnant or breastfeeding and children under 5 (Women, Infants, and Children Program, called WIC)?

Yes No

3. Is any household member living in the home receiving kidney dialysis-related services?

Yes No If **yes**, who: _____

4. Has any household member living in the home received an organ transplant within the last 2 years?

Yes No If **yes**, who: _____

5. Do you want information on the Personal Care Services Program, an in-home care program for aged, blind, or disabled persons (also called In-Home Supportive Services)?

Yes No


6. Does anyone in your household need help with long-term care or home and community-based services?

Yes No If **yes**, who: _____

Declaration and signature

- I declare under penalty of perjury under the laws of the state of California that what I say below is true and correct.
- I understood all questions on this renewal form and gave true and correct answers as far as I know. Where I did not know the answer myself, I made every reasonable attempt to confirm the answer with someone who did know. I have read or had read to me the privacy statement, rights, and responsibilities on the following pages.
- I know that if I do not tell the truth on this renewal form, there may be a civil or criminal penalty for perjury that may include up to four years in jail (See California Penal Code section 126). I know that the information in this renewal form will be used to decide if the people who are applying qualify for health insurance. The Medi-Cal program and Covered California will keep the information private, as required by federal and California law.
- If anything changes on this renewal form for any person applying for health insurance, I agree to notify the Medi-Cal program or contact my local county office within 10 days of any change. If I have insurance through Covered California, I agree to report any changes within 30 days.

Sign and date below.

Signature of applicant/beneficiary or authorized representative	Date (month/day/year)
	

Remember to attach all current proof if required, and all additional copies or extra pages.

Keep for your records

These pages contain important information about privacy statement, rights and responsibilities, right to appeal, and nondiscrimination policy, and filing a discrimination grievance.

Privacy statement

This renewal form is for renewing Medi-Cal benefits through the Department of Health Care Services (DHCS) and determining eligibility for health insurance through Covered California. The personal and medical information you provide on it is private and confidential. DHCS or Covered California needs it to identify you and the other people on this renewal form and to administer our programs.

We will share your information with other state, federal, and local agencies, contractors, health plans, and programs only to enroll you in a plan or program or to administer programs, and with other state and federal agencies as required by law.

You must answer all of the questions on this renewal form unless marked “optional” or if you are directed otherwise. If your renewal form is missing anything that we require, we will contact you to get it. If you do not provide it, we will not be able to make a decision on your renewal. You may have to submit a new application. Or you may not be able to get health insurance through Covered California or your application for benefits renewal may be denied.

In most cases, you have the right to see personal information about you that is in federal and state records. You can see it in an alternative format such as large print if you need that. For more information or to see Covered California records, contact the Privacy Officer at:

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS shall comply with the requirements of 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, and other applicable laws in the storage, use, and release of the information provided in this form.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

You can find the Notices of Privacy Practices for the Medi-Cal program at www.dhcs.ca.gov and for Covered California at www.CoveredCA.com.

Rights and responsibilities

- The information I gave on this renewal form is true as far as I know. I know that I may be subject to a penalty if I do not tell the truth.
- I understand that the information I give will be used only to see if those in my family who are applying to renew health insurance will qualify.
- I understand that the Medi-Cal program and Covered California will keep my information private, as the law requires. For more information, or access to personal information in records maintained by the Medi-Cal program and Covered California, I can contact my local county office. Or I can contact the Covered California Privacy Officer at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).
- I understand that to be eligible for Medi-Cal, I am required to apply for other income or benefits to which I or any member of my household is entitled, unless he or she has good cause for not doing so. Examples of such income or benefits are pensions, government benefits, retirement income, veteran's benefits, annuities, disability benefits, Social Security benefits (also called OASDI or Old Age, Survivors, and Disability Insurance), and unemployment benefits. But such income or benefits do not include public assistance benefits, such as CalWORKs or CalFresh. If I have a question about a possible source of income, I can call my local county office or Covered California at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) for help.
- If I am found eligible for Medi-Cal, I must tell my county eligibility worker about any changes that may affect my eligibility for health insurance within 10 days of the change to my local county office. These changes include, but are not limited to:
 - » I move
 - » my income changes
 - » my household changes (for example, marriage/divorce, become pregnant, or have a child(ren))
 - » I become qualified for other health insurance
- If I am enrolled in Covered California, I understand I must report changes within 30 days. I can call Covered California at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) or visit CoveredCA.com.
- I understand that I must report income changes to my local county office because it may affect the eligibility for Medi-Cal benefits or Covered California for the amount of state and federal financial help that I may be eligible to receive. I also understand if I receive too much financial help during the benefit year, I will have to repay the extra premium assistance or state subsidy back to the IRS or California Franchise Tax Board when I file my federal and state income taxes for the benefit year.
- I give my permission to Covered California and the Medi-Cal program to check other agencies' computer records to verify citizenship or whether I am lawfully present in the U.S., tax information, and other information related only to eligibility to see if I and other people on this renewal qualify for health insurance.
- I understand that as required by law, the information I provide about myself and other people on this renewal for Medi-Cal will be checked by computer with facts given by employers, banks, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, social services and other agencies to see if I or other people on this renewal qualify for health insurance.

- I know that if Medi-Cal pays for a medical expense, any money I or anyone on this renewal form gets from other health insurance or legal settlements related to that expense will go to Medi-Cal as payment for the expense until the expense is paid in full.
- For parents whose child or children qualify for Medi-Cal: I know I will be asked to help the agency that collects medical support from any parent on this renewal form who does not live with the child and does not send support for the child. If I think that helping will harm me or my children, I can tell the Medi-Cal program and I will not have to help.

Right to Appeal

If I think the Medi-Cal program or Covered California has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone at the Medi-Cal program or Covered California that I think its decision is wrong and ask for a fair review of the action.

I know that I must file an appeal within 90 days of the decision. I know that I can represent myself or have someone else represent me in my appeal, such as an authorized representative, a friend, a relative, or a lawyer.

I know that if I need help, someone at the Medi-Cal program, Covered California, or the local county office can explain my case to me.

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

Fax: 1-833-281-0905

Toll free: 1-855-795-0634 or

Public Inquiry and Response toll free: 1-800-952-5253 or TDD 1-800-952-8349

Nondiscrimination Policy

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California comply with applicable federal and state civil rights laws and do not unlawfully discriminate on the basis of race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, sex, gender, gender identity, or sexual orientation.

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California do not unlawfully exclude people or treat them differently because of race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, sex, gender, gender identity, or sexual orientation.

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).

The Medi-Cal program (DHCS) and Covered California also provide free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other

languages. If you need these services, contact the DHCS Office of Civil Rights at **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) or email CivilRights@dhcs.ca.gov, or contact Covered California at **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

Filing a Discrimination Grievance

If you believe that the Medi-Cal program (DHCS) or Covered California has failed to provide these services or you have been discriminated against in another way on the basis of race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, sex, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with the Medi-Cal program's (DHCS's) Office of Civil Rights or the Covered California Civil Rights Coordinator:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Phone: 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov
Medi-Cal complaint forms are available at:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Phone: 1-916-228-8764
Fax: 1-916-228-8909
Email: CivilRights@covered.ca.gov

You can also file a separate civil rights complaint with the federal Office for Civil Rights at the U.S. Department of Health and Human Services. You can do this if you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex:

U.S. Department of Health and Human Services

Mail: 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Phone: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Online Complaint Portal Assistant: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Online Complaint forms: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Formulario de renovación de Medi-Cal

Usted puede obtener este formulario en otro idioma o en formato accesible de su preferencia. Para pedir ayuda en su idioma, llame al: 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).

Usted puede perder su Medi-Cal si no responde antes del [Month day, Year]

[prepopulate]
[prepopulate]
[prepopulate]

Fecha de aviso: [prepopulate]
Número de caso: [prepopulate]
Nombre del caso: [prepopulate]
Nombre del trabajador: [prepopulate]
Número de teléfono del trabajador: [prepopulate]

Es hora de renovar beneficios para:

Nombre	Fecha de nacimiento
[prepopulate]	[prepopulate]

Los miembros del hogar que no estén en este formulario recibirán una carta por separado sobre su Medi-Cal.

- ➔ **Paso 1.** Lea el formulario y responda a las preguntas
- ➔ **Paso 2.** Firme y escriba la fecha en la página de Declaración y firma
- ➔ **Paso 3.** Envíe el formulario con las prueba(s) antes de la fecha límite de [Month day, Year]

Maneras fáciles de darnos su formulario y prueba(s):



Por internet

en [SAWS online portal] o coveredca.com.



Por correo

en el sobre que llegó con esta carta.



Por teléfono

al [1-XXX-XXX-XXXX] (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX).



En persona

a [Name of county office] en [address], [City, State, ZIP]. Abren de lunes a viernes, [X:XX a.m. to X:XX p.m.]



¿Alguna pregunta? Llame a la oficina local de su condado al [1-XXX-XXX-XXXX] antes de la fecha de límite.

Su información de contacto

↓ Revise su información

- Esta información es correcta.
Si es correcta, vaya a la página 3.

↓ Actualice o agregue información nueva abajo

- Actualicé mi información abajo.
Sólo anote la información nueva o cambiada.

Nombre [prepopulate]	Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)		
Dirección de casa [Address 1]	Dirección de casa	N° de apartamento	
	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal [Address 2]	Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa o usted no tiene una dirección de casa)		
	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono Hogar: [Number 1] Celular: [Number 2] Otros: [Number 3]	Teléfono		
	Hogar _____	Celular _____	_____
	Trabajo _____	Otros _____	_____
Correo electrónico [prepopulate]	Correo electrónico (opcional):		
En qué idioma debemos escribirle a usted: [prepopulate]	En qué idioma debemos escribirle a usted:		
En qué idioma debemos hablar con usted: [prepopulate]	En qué idioma debemos hablar con usted:		
	Mejor forma para comunicarnos con usted: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo		

¿Usted necesita un representante autorizado?

Llame a la oficina local de su condado al [1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 1-XXX-XXX-XXXX)] si usted tiene que:

- Nombrar un representante autorizado, como un miembro de su familia, amigo, cuidador, abogado o defensor para que le acompañe, ayude o represente con sus asuntos de elegibilidad e inscripción en Medi-Cal
- Cambiar su representante autorizado



Si tiene que agregar más personas o información en cualquiera de las secciones, por favor escriba en una hoja de papel por separado (o haga primero una copia de la página) y envíela con su formulario de renovación.

Miembros del hogar

Necesitamos información sobre usted y todos los miembros de su hogar. Esto incluye a:

- Su cónyuge o pareja doméstica registrada
- Sus hijos que vivan con usted
- Todos los padres que viven en su hogar con sus hijos
- Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que presentar su propia solicitud si quiere seguro de salud. (Por ejemplo: su novio, novia o compañero de casa)

Revise la información de los miembros de su hogar.

Nombre	Relación con [case holder's name]	Dirección	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre los miembros del hogar.

Avísenos de cambios en su hogar en los últimos 12 meses.

Por ejemplo, un miembro del hogar se casó, tuvo un bebé, se mudó dentro o fuera de su casa, fue encarcelado o hubo un fallecimiento en el hogar.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Relación con [case holder's name]	¿Qué cambió?
1.		
2.		
3.		

Ingresos

Los ingresos son el dinero que usted recibe de un trabajo, trabajo por su cuenta u otras fuentes, como Social Security o una pensión. Usted debe adjuntar pruebas actuales de todos los ingresos. Por ejemplo:

- Talones de pago recientes
- Cartas de beneficios o aprobación

Revise la información de sus ingresos.

Nombre	Fuente de ingresos	Cantidad bruta (ingresos que usted recibe antes de impuestos o deducciones)	¿Con qué frecuencia? (anual, mensual, cada 2 semanas, dos veces al mes, semanal, diario o por hora)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , dé la fecha de la última vez que usted recibió este ingreso. Luego actualice o agregue abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX,XXX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX,XXX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre ingresos.

Ejemplos de los tipos de ingresos más comunes:

- Ingresos de empleo
- Trabajo por su cuenta
- Beneficios por jubilación, sobrevivientes y discapacidad de Social Security
- Beneficios de desempleo
- Pensiones o anualidades
- Intereses y dividendos
- Ingresos de jubilación de planes 401K, 457, 509, IRA y Keogh

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Cuál es la fuente de estos ingresos?	Cantidad bruta (ingresos que usted recibe antes de impuestos o deducciones)	Fecha de inicio (mes, día, año)	¿Con qué frecuencia? (anual, mensual, cada 2 semanas, dos veces al mes, semanal, diario o por hora)	¿Espera que estos ingresos continúen? Si es no , dé la última fecha en que usted espera recibir este ingreso.
1.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ___/___/___
2.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ___/___/___
3.		\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ___/___/___

¿Los ingresos de alguna persona cambian de un mes a otro?

Sí No Si es **sí**, díganos cuál será el total de ingresos en los próximos 12 meses. Esto es para ayudar a obtener la cantidad correcta de ingresos anuales.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Cuál es el total de su ingreso esperado para los próximos 12 meses?
1.	\$
2.	\$

continúa en la página siguiente »

¿Recibe alguien de su familia alquiler, servicios públicos y/o alimentos gratuitos (también llamados ingresos no en efectivo)?

Esto es gratuito o a cambio de trabajo de una persona que no sea un cónyuge o padre que vive en la casa.

Sí No Si es **sí**, llene abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿Qué fue gratis?	¿Fue a cambio de trabajo?	¿Espera que estos ingresos no en efectivo continúen? Si es no , dé la última fecha en que usted espera recibir este ingreso.
1.	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Servicios públicos <input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____ / ____ / ____

Gastos y deducciones

Reportar los gastos y deducciones que usted paga puede reducir los ingresos que Medi-Cal usa para determinar su elegibilidad. Usted debe adjuntar pruebas actuales de gastos y deducciones.

Por ejemplo:

- Declaración o carta de aprobación financiera
- Anexo C (gastos de trabajo por cuenta propia)

Revise la información de su gastos y deducciones.

Nombre	Tipo de gasto o deducción	Cantidad	¿Con qué frecuencia? (mensual, trimestral, anual)	¿Esto es correcto? Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre gastos y deducciones.

Ejemplos de los gastos y deducciones más comunes:

- Manutención infantil o pensión alimenticia pagada
- Cuidado de dependientes pagado
- Gastos educativos (matrícula, libros, cuotas y gastos de transporte)
- Cuotas de tutor/custodio
- Gastos de trabajo por su cuenta

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Tipo de gasto o deducción	Cantidad	¿Con qué frecuencia? (mensual, trimestral, anual)
1.		\$	
2.		\$	
3.		\$	

For information only

Recursos y propiedades

Los recursos y propiedades son cosas que usted puede intercambiar por dinero o que usted es dueño. Usted debe adjuntar pruebas actuales de recursos, propiedades y de cualquier cantidad que deba. Por ejemplo:

- Estado de cuenta bancario
- Préstamo para un carro
- Préstamo hipotecario

Revise la información de su recursos y propiedades.

Nombre	Tipo de recursos y propiedades	Detalles de los recursos y propiedades	Valor y cantidad que deba	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

continúa en la página siguiente »

Actualice o agregue información nueva sobre recursos y propiedades.

Usted debe reportar propiedades o dinero que usted recibió, se vendió, intercambió, regaló o transfirió dentro los últimos 12 meses.

Ejemplos de los recursos y propiedades más comunes:

- Cuenta bancaria/unión de crédito
- Bienes raíces (terrenos o casas)
- Dinero en efectivo
- Fondos de pensiones CD, IRA o Keogh
- Fondo mutuo, fondo de fideicomiso, mercado financiero, acciones, bono y anualidad
- Hipoteca, notas o escrituras de fideicomiso
- Vehículo
- Seguro de vida o seguro de entierro
- Lancha sin motor, remolque y coraza para camioneta de campamento
- Fondos de entierro y lote en el cementerio
- Derecho de herencia en vida sobre alguna propiedad
- Inventario y equipo de negocio

Nombre del propietario (nombre, segundo nombre, apellido)	Tipo de recursos y propiedades	Detalles de los recursos y propiedades	Cambio para reportar	Fecha del cambio (mes/día/año)
1.				___/___/___
2.				___/___/___
3.				___/___/___

Bienes raíces (terrenos o casas)

Esto incluye todos los bienes raíces que usted reviso o actualizó arriba.

¿Tiene usted bienes raíces anotadas arriba? Si es **sí**, anote abajo.

- Ésta es la casa en la que vivo.
 Éste es mi hogar anterior.
- Ésta es mi propiedad de renta/inversión.
 Esta propiedad está en venta.
- Si marcó "renta/inversión" o "venta" arriba, ¿usted tiene intención de volver a la propiedad algún día? Sí No
- ¿Hay algún familiar viviendo en la propiedad? Sí No
- Si es **sí** ¿cuál es su relación? (Por ejemplo: cónyuge, hijo, pariente dependiente, hermano)
- _____

Vehículos reportados anteriormente

¿Necesita cambiar el valor o la cantidad que se debe por los vehículos reportados anteriormente? Si es **sí**, anote abajo.

Nombre del propietario (nombre, segundo nombre, apellido)	Valor del vehículo \$	Marca, modelo y año	¿Cuánto debe? \$

Cobertura de Medicare

Si no está seguro en cuáles partes de Medicare usted está inscrito, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Revise la información de su Medicare.

Nombre	Prima mensual de Part A (Servicios de paciente interno en el hospital)	Prima mensual de Part B (Servicios médicos de paciente externo)	Prima mensual de Part C (Medicare Advantage)	Prima mensual de Part D (Farmacia)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva de Medicare.

Si usted o alguna persona de su hogar es recientemente elegible para Medicare o si usted paga primas por usted mismo o alguna persona de su hogar, llene la información abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Medicare	Prima mensual de Part A (Servicios de paciente interno en el hospital)	Prima mensual de Part B (Servicios médicos de paciente externo)	Prima mensual de Part C (Medicare Advantage)	Prima mensual de Part D (Farmacia)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

Cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo es un servicio diseñado para cubrir las necesidades de salud o de cuidado personal de una persona, cuando no puede cuidarse a sí misma por un largo período de tiempo. Por ejemplo:

- Hogar de enfermería especializada
- Hogar de vida con asistencia
- Hospicio

Revise la información de sus cuidado a largo plazo.

Nombre de la persona en cuidado a largo plazo	Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	¿Esto es correcto? Si es sí, vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre cuidado a largo plazo.

Persona 1		
Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Fecha de alta (mes/día/año) ____ / ____ / ____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	
Persona 2		
Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Fecha de alta (mes/día/año) ____ / ____ / ____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	

Otro seguro de salud

Díganos sobre cualquier cobertura de salud que usted tenga que no sea de Medi-Cal o Medicare.

Reportar otras primas de seguros de salud que usted paga puede reducir los ingresos que Medi-Cal usa para determinar su elegibilidad. Por ejemplo, también puede tener un seguro de salud de Covered California o del trabajo de un miembro de su familia. Debe adjuntar un comprobante si paga otro seguro médico. Por ejemplo: una declaración que muestre la cantidad que paga cada mes.

Si usted **no** tiene otro seguro de salud, salte esta sección y vaya a la siguiente.

Revise la información de su seguro de salud.

Nombre	Compañía de seguros	Tipo de seguro (como de salud, dental, cuidado de la vista, farmacia)	La cantidad de prima que usted paga	Con qué frecuencia (mensual, trimestral, anual)	¿Esto es correcto? Si es sí , vaya a la siguiente sección. Si es no , actualice abajo.
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
[prepopulate]	[prepopulate]	[prepopulate]	[\$XX.XX]	[prepopulate]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Actualice o agregue información nueva sobre seguro de salud.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Compañía de seguros	Tipo de seguro (como de salud, dental, cuidado de la vista, farmacia)	La cantidad de la prima que usted paga	Con qué frecuencia (mensual, trimestral, anual)
1.			\$	
2.			\$	

Cambios en el hogar

Llene la información de abajo si usted responde sí a cualquiera de las preguntas.

Medi-Cal

¿Alguna persona de su hogar que no está en Medi-Cal quiere solicitar? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de Social Security, si lo tiene, de la persona que quiere Medi-Cal ____-____-____
---	-----------------------------------	---

Embarazos

¿Alguna persona de su hogar está embarazada? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha esperada del parto (mes/día/año) ____/____/____	¿Cuántos bebés espera?
---	--	------------------------

Jóvenes que estuvieron en hogares de crianza temporal (Foster Care)

Si alguna persona de su hogar tiene entre 18 y 26 años de edad ¿estuvo en hogares de crianza temporal (Foster Care) en cualquier estado en su cumpleaños 18 o después? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Estado (ejemplo: California)
---	------------------------------

Inmigración o ciudadanía (Esta información se usa sólo para determinar la cobertura de salud.)

¿Alguna persona de su hogar que ahora tiene Medi-Cal tuvo algún cambio en su estado de inmigración o de ciudadanía en los últimos 12 meses? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Nuevo número de situación
---	---------------------------

Discapacidad

¿Alguna persona de su hogar tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	¿La discapacidad es el resultado de una lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

continúa en la página siguiente »

Medicare

¿Alguna persona de su hogar tiene Medicare? Si es sí, anote abajo.

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Medicare	Prima mensual que usted paga \$
---	--------------------	------------------------------------

Cuidado a largo plazo

¿Alguna persona de su hogar está en cuidado a largo plazo? Si es sí, anote abajo.

Nombre de la persona en cuidado a largo plazo (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de entrada (mes/día/año) ____ / ____ / ____	Fecha de alta (mes/día/año) ____ / ____ / ____
Nombre de la institución de cuidado a largo plazo	Dirección de la institución de cuidado a largo plazo	
Nombre del cónyuge o pareja doméstica registrada (nombre, segundo nombre, apellido)	Dirección del cónyuge o pareja doméstica registrada si es diferente	

For information only

Información de programas de salud y recomendaciones

Esta sección es opcional. Usted puede elegir no responder pero sus respuestas nos ayudan a recomendarlo a servicios disponibles.

1. ¿Quiere usted información sobre el programa de salud sin costo para niños menores de 21 años de edad (Child Health and Disability Prevention Program, también conocido como CHDP)?

Sí No

2. ¿Quiere usted información sobre el programa de alimentación suplementaria sin costo para personas embarazada, en período de lactancia y niños menores de 5 años de edad (Women, Infants, and Children Program, llamado WIC)?

Sí No

3. ¿Algún miembro del hogar que vive en la casa recibe servicios relacionados con diálisis renal?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

4. ¿Alguno de los miembros del hogar que vive en la casa recibió un trasplante de órganos en los últimos 2 años?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

5. ¿Quiere usted información sobre Personal Care Services Program, un programa de cuidado en el hogar para personas mayores, ciegas o discapacitadas (también llamado In-Home Supportive Services)?

Sí No

6. ¿Alguien en su hogar necesita ayuda con cuidado a largo plazo o con los servicios basados en el hogar y la comunidad?

Sí No Si es **sí** ¿quién?: _____

Declaración y firma

- Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo que digo a continuación es verdadero y correcto.
- Entendí todas las preguntas de este formulario de renovación y di respuestas verdaderas y correctas según mi entendimiento. Cuando no supe la respuesta, hice todos los esfuerzos razonable para confirmar la respuesta con alguien que la supiera. He leído o me han leído la declaración de privacidad, derechos y responsabilidades en las siguientes páginas.
- Sé que, si no digo la verdad en este formulario de renovación, puede haber una sanción civil o penal por perjurio que puede incluir hasta cuatro años de cárcel (consulte la sección 126 de California Penal Code). Sé que la información de este formulario de renovación se usará para decidir si las personas que solicitan califican para seguro de salud. El programa de Medi-Cal y Covered California mantendrán la información en privado, como lo exigen las leyes federales y de California.
- Si hay algún cambio en este formulario de renovación para cualquier persona que solicite seguro de salud, acepto avisar al programa de Medi-Cal o contactar a la oficina local de mi condado dentro de 10 días de cualquier cambio. Si tengo seguro a través de Covered California, acepto reportar cualquier cambio dentro de 30 días.

Firme y escriba la fecha abajo.

Firma del solicitante / beneficiario o su representante autorizado 	Fecha (mes/día/año)
---	---------------------

Recuerde de adjuntar todas las pruebas actuales si son requeridas y todas las copias o páginas adicionales.

Guarde para su registro

Estas páginas contienen información importante sobre la declaración de privacidad, derechos y responsabilidades, derecho de apelación y la política contra la discriminación y cómo presentar una queja por discriminación.

Declaración de privacidad

Este formulario de renovación es para renovar los beneficios de Medi-Cal a través de Department of Health Care Services (DHCS) y determinar elegibilidad para el seguro de salud a través de Covered California. La información personal y médica que usted proporcione en la solicitud es privada y confidencial. DHCS o Covered California la necesita para identificarlo a usted y a las otras personas en este formulario de renovación y para administrar nuestros programas.

Compartiremos su información con otras agencias estatales, federales y locales, contratistas, planes de salud y programas sólo para inscribirlo en un plan o programa o para administrar programas, y con otras agencias estatales y federales según lo requiera la ley.

Usted debe responder a todas las preguntas de este formulario de renovación, a menos que este marcado como “opcional” o que se le indique lo contrario. Si a su formulario de renovación le falta algo de lo que requerimos, nos pondremos en contacto con usted para obtenerlo. Si no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre su renovación. Es posible que tenga que presentar una nueva solicitud. O es posible que no pueda obtener seguro de salud a través de Covered California o que su solicitud de renovación de beneficios sea negada.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver la información personal sobre usted que se encuentra en los registros federales y estatales. Puede verlo en un formato alternativo como la letra grande si lo necesita. Para más información o para ver los registros de Covered California, comuníquese con el Oficial de Privacidad en:

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Teléfono: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS cumplirá con los requisitos de 45 C.F.R. Parts 160 y 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 y el Article 3, Chapters 5 y 7, Parts 2 y 3, Division 9 y otras leyes aplicables en el almacenamiento, uso y revelación de la información proporcionada en este formulario.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

Usted puede encontrar los avisos de la Prácticas de Privacidad del programa de Medi-Cal en www.dhcs.ca.gov y para Covered California en www.CoveredCA.com.

Derechos y responsabilidades

- La información que di en este formulario de renovación es verdadera, según mi entendimiento. Sé que puedo ser sujeto a una sanción si no digo la verdad.
- Entiendo que la información que doy será usada sólo para ver si aquellos en mi familia que están solicitando renovar el seguro de salud calificarán.
- Entiendo que el programa de Medi-Cal y Covered California mantendrán privada mi información, como lo requiere la ley. Para obtener más información o acceso a información personal en los registros del programa de Medi-Cal y Covered California, puedo comunicarme con la oficina local de mi condado. O, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Entiendo que para ser elegible para Medi-Cal tengo que solicitar otros ingresos o beneficios a los que yo o cualquier miembro de mi hogar tenga derecho, a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. Ejemplos de tales ingresos o beneficios son pensiones, beneficios del gobierno, ingresos de jubilación, beneficios de veterano, anualidades, beneficios por discapacidad, beneficios de Social Security (también llamado OASDI u Old Age, Survivors, and Disability Insurance) y beneficios de desempleo. Pero tales ingresos o beneficios no incluyen beneficios de asistencia pública, como CalWORKS o CalFresh. Si tengo alguna pregunta sobre alguna posible fuente de ingresos, puedo llamar a la oficina local de mi condado o a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) si necesito ayuda.
- Si me encuentran elegible para Medi-Cal, tengo que avisar al trabajador de elegibilidad de mi condado de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad para el seguro de salud dentro de 10 días del cambio a la oficina local de mi condado. Estos cambios incluyen, pero no se limitan a:
 - » Cambios de casa
 - » Cambios en mis ingresos
 - » Cambios en mi hogar (por ejemplo, matrimonio / divorcio, embarazo o tener hijo(s))
 - » Califico para otro seguro de salud
- Si estoy inscrito en Covered California, entiendo que debo reportar cambios dentro de 30 días. Yo puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o visitar CoveredCA.com.
- Entiendo que debo reportar cambios de ingresos a la oficina local de mi condado porque puede afectar la elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal o de Covered California, en la cantidad de ayuda financiera del estado y federal por la que puedo ser elegible a recibir. También entiendo que si recibo demasiada ayuda financiera durante el año de beneficios, tendré que devolver la ayuda de la prima extra o el subsidio estatal al IRS o a California Franchise Tax Board cuando presente mis impuestos federales y estatales para el año de beneficios.
- Doy mi permiso a Covered California y el programa de Medi-Cal para que revisen los registros informáticos de otras agencias para verificar la ciudadanía o si estoy legalmente presente en los Estados Unidos, información de impuestos y otra información relacionada sólo con la elegibilidad, para ver si yo y otras personas en esta renovación calificamos para el seguro de salud.

- Entiendo que, como lo exige la ley, la información que yo proporcione sobre mí mismo y otras personas en esta renovación de Medi-Cal se verificará por computadora con los datos proporcionados por empleadores, bancos, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, servicios sociales y otras agencias, para ver si yo u otras personas en esta renovación califican para el seguro de salud.
- Sé que si Medi-Cal paga un gasto médico, todo el dinero que yo o cualquier persona en esta renovación obtenga de otro seguro de salud o acuerdos legales relacionado con este gasto irá a Medi-Cal como pago por el gasto, hasta que el gasto sea pagado en total.
- Para los padres cuyo hijo o hijos califican para Medi-Cal: Sé que me pedirán que ayude a la agencia que cobra la manutención médica de cualquier padre en este formulario de renovación que no viva con el niño y que no le envíe ayuda. Si creo que ayudar me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo avisar al programa de Medi-Cal y no tendré que ayudar.

Derecho a apelar

Si me parece que el programa de Medi-Cal o Covered California cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien del programa de Medi-Cal o de Covered California que creo que su decisión está equivocada y pedir una revisión justa de la acción.

Sé que debo presentar una apelación dentro de los 90 días de la decisión. Sé que puedo representarme yo mismo o pedir que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.

Sé que si necesito ayuda, alguna persona del programa de Medi-Cal, Covered California o la oficina local del condado puede explicarme mi caso.

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

Fax: 1-833-281-0905

Número gratuito: 1-855-795-0634 o

Teléfono gratuito de Investigación y Respuesta Pública: 1-800-952-5253 o

Número de TDD: 1-800-952-8349

Política de no discriminación

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California cumplen con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discriminan ilegalmente por motivos de raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual.

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California no excluyen ilegalmente a las personas ni las tratan de manera diferente por su raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual.

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California proporcionan ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes calificados de idioma de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

El programa de Medi-Cal (DHCS) y Covered California también proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles de DHCS al **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) envíe un mensaje electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov, o comuníquese con Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Cómo presentar una queja por discriminación

Si cree que el programa de Medi-Cal (DHCS) o Covered California no le ha proporcionado estos servicios o que usted ha sido discriminado de otra manera por su raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género u orientación sexual, usted puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del programa de Medi-Cal (DHCS) o en la Oficina de Coordinador de Derechos Civiles de Covered California:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov
Los formularios de quejas de Medi-Cal están a su disposición en:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
Teléfono: 1-916-228-8764
Fax: 1-916-228-8909
Correo electrónico:
CivilRights@covered.ca.gov

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles por separado en la oficina federal Office for Civil Rights at the U.S. Department of Health and Human Services. Usted puede hacerlo si cree que ha sido discriminado en contra por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo:

U.S. Department of Health and Human Services

Correo: 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
Asistente del portal de quejas en internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas en internet: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf