

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-2941

July 2, 1998



TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons

Letter No.: 98-27

HEALTHY FAMILIES/MEDI-CAL LOOSE-LEAF APPLICATION FORMS

Ref.: All County Welfare Directors Letter (ACWDL) No. 98-19

The purpose of this letter is to provide counties with camera-ready English and Spanish copy of all forms contained in the Healthy Families/Medi-Cal Application booklet.

Note: These forms were developed for the mail-in application process only and are not to be used in lieu of existing forms currently in use.

I. MC 320

This form is a self-screening tool which assists applicants with income computations. It consists of three steps:

Step 1: Getting Started - To Estimate your Family's Income

Step 2: Family Income Estimate Form

Step 3: Qualifying for Healthy Families and/or Medi-Cal

II. MC 321 A

Part A: Application for Health Care-Healthy Families and/or Medi-Cal

This form is the initial application for both Healthy Families/Medi-Cal (replaces SAWS 1 for mail-in Medi-Cal applications only).

III. MC 321 B

Part B: Application for the Healthy Families Program

This form, along with the MC 321 A and other support documents, constitutes the application for Healthy Families and must be mailed directly to the Healthy Families Enrollment Contractor:

Healthy Families Program
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-9984

IV. MC 321 C

Part C: Application for the Medi-Cal Program

This form, along with the MC 321 A, the MC 13 Mail-In, and other supplemental forms and verifications constitutes the application for mail-in Medi-Cal.

V. MC 13 Mail-In

Medi-Cal Statement of Citizenship, Alienage, and Immigration Status

This form was developed for the mail-in Medi-Cal application only and allows families to list all applicants on one form.

VI. MC 219 Mail-In

Important Information for Persons Requesting Medi-Cal

This is a reformatted and revised MC 219 for mail-in Medi-Cal only. All references to the face-to-face interview have been deleted. The applicant will not return this form to the county. The applicant certifies that he/she has read the information contained in the MC 219 mail-in by signing the 321 C (Section 4, No. 1).

VII. MC 322

Real and Personal Property: Supplement to Medi-Cal Mail-in Application

This is a new supplemental form for the mail-in Medi-Cal application only. It is to be used when the county determines that the family's income exceeds the Federal Poverty Level limits for no-cost Medi-Cal. The county then requests the information regarding the family's property and the applicant needs to complete the MC 322 to determine eligibility for share-of-cost Medi-Cal. This form is not included in the Healthy Families/ Medi-Cal Application booklet but is available in English and Spanish by ordering from Richard Heath and Associates (address follows).

VIII. The CA 2.1 (Child/Spousal and Medical Support Notice and Agreement) and CA 2.1 Q (Support Questionnaire) will be used with the mail-in application as needed. These are the same forms in current use. No changes were made to accommodate the mail-in process.

All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons
Page 3

Counties may order additional quantities of Healthy Families/Medi-Cal Application booklets, Healthy Families handbooks, Healthy Families public relations material and all pre-printed loose-leaf forms described above from:

Richard Heath and Associates
P.O. Box 9549
Fresno, CA 93792-9549
Phone: 1-888-237-6248
Fax: (209) 237-0225
Attention: Glory Atkinson

If you have any questions regarding the forms, please contact Ms. Kveta Simon of my staff at (916) 657-2767.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Angeline Mrva, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

Step 1: Getting Started - To Estimate Your Family's Income

1. Use the boxes below to figure out the MONTHLY gross income/earnings (before taxes) for each adult family member.
2. Use one column for each person. Write the gross income/earnings in the correct box(es) for how often you are paid. If the adult family member has no income, write "none" in the box.
3. Write the source of income where indicated. For example, name of employer (job), social security, retirement.
4. Include any alimony received on line F.
5. If you have more than 2 adult family members, make and use copies of this page.

INCOME	
A. Weekly	
Where is income from?	
B. Every 2 weeks	
Where is income from?	
C. Twice Monthly	
Where is income from?	
D. Monthly	
Where is income from?	
E. Yearly	
Where is income from?	
F. Alimony Received	
Where is income from?	
Totals	

1. APPLICANT	
NAME:	
A.	\$ _____ x 4.33 =
B.	\$ _____ x 2.167 =
C.	\$ _____ x 2 =
D.	\$ _____ x 1 =
E.	\$ _____ ÷ 12 =
F.	\$ _____ x 1 =
Add boxes A - F	
	\$ _____

2. OTHER ADULT IN THE HOME	
NAME:	
A.	\$ _____ x 4.33 =
B.	\$ _____ x 2.167 =
C.	\$ _____ x 2 =
D.	\$ _____ x 1 =
E.	\$ _____ ÷ 12 =
F.	\$ _____ x 1 =
Add boxes A - F	
	\$ _____

Please check the box which indicates the household income you are using to qualify for Healthy Families

Applicant's household
 Children's household

Transfer these totals to Family Income Box, page 9.

For Healthy Families, call toll-free: 1-800-880-5305. For Medi-Cal, call toll-free: 1-888-747-1222

Step 1: Getting Started - To Estimate Your Family's Income (continued)

Please check the box which indicates the household income you are using to qualify for Healthy Families

- Applicant's household Children's household

- Use the boxes below to figure out the MONTHLY gross income/earnings (before taxes) for each child.
- Use one column for each child. Write the gross income/earnings in the correct box(es) for how often the child is paid. If the child has no income, write "none" in the box.
- Write the source of income where indicated. For example, name of employer (job), social security, retirement.
- If a child receives child support, put it on line F.
- If you have more than 3 children, make and use copies of this page.

INCOME	
A. Weekly	
Where is income from?	
B. Every 2 weeks	
Where is income from?	
C. Twice Monthly	
Where is income from?	
D. Monthly	
Where is income from?	
E. Yearly	
Where is income from?	
F. Child Support Received	
Where is income from?	
Totals	

3. CHILD A	
NAME:	
A.	\$ _____ x 4.33 =
B.	\$ _____ x 2.167 =
C.	\$ _____ x 2 =
D.	\$ _____ x 1 =
E.	\$ _____ ÷ 12 =
F.	\$ _____ x 1 =
Add boxes A - F \$ _____	

4. CHILD B	
NAME:	
A.	\$ _____ x 4.33 =
B.	\$ _____ x 2.167 =
C.	\$ _____ x 2 =
D.	\$ _____ x 1 =
E.	\$ _____ ÷ 12 =
F.	\$ _____ x 1 =
Add boxes A - F \$ _____	

5. CHILD C	
NAME:	
A.	\$ _____ x 4.33 =
B.	\$ _____ x 2.167 =
C.	\$ _____ x 2 =
D.	\$ _____ x 1 =
E.	\$ _____ ÷ 12 =
F.	\$ _____ x 1 =
Add boxes A - F \$ _____	

Transfer these totals to Family Income Box, page 9.

For Healthy Families, call toll-free: 1-800-880-7005. For Medi-Cal, call toll-free: 1-888-747-1222

Step 2: Family Income Estimate Form

You must have the information from Step 1 to fill out this form. Complete this form to find out if you or your child(ren) should apply for Healthy Families and/or Medi-Cal.

Family Income (from pages 7 and 8).

Names of family members	Amount of Monthly Income (from STEP 1)	Names of family members	Amount of Monthly Income (from STEP 1)
1. Applicant	\$	6.	\$
2. Other Adult	\$	7.	\$
3. Child A	\$	8.	\$
4. Child B	\$	9.	\$
5. Child C	\$	10.	\$

Put the total number of people you list above here \longrightarrow

Box A Circle the number of family members on chart 1, page 10

Box B Add lines 1 through 10. Put this number in the Healthy Families box in Chart 2, page 10.

Deductions for Medi-Cal only

1. Work expense

Up to a \$90 deduction is given for each working person in your family. If a person earns less than \$90, the deduction for that person can only be the amount he/she earns. If a person's income is not counted, you may not take the work expense deduction for that person.

Add the allowable work expenses for your family. 1. \$

2. Child care expenses you pay monthly

Child care and dependent care expenses while you work or train for a job are deducted if you do not have someone at home who can provide child care.

The maximum monthly deduction for each child or dependent follows:

Under the age of 2 \$200

Over the age of 2 \$175

A disabled dependent \$175

Enter total on line 2. 2. \$

3. Alimony you pay monthly

..... 3. \$

4. Child support you pay monthly

..... 4. \$

5. If you get child support/alimony, deduct \$50

..... 5. \$

THIS SHEET PROVIDES AN ESTIMATE ONLY AND DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY FOR EITHER HEALTHY FAMILIES OR MEDI-CAL.

Box C Add lines 1 through 5

Box B - Box C =
(Box B minus Box C)

Box D Put this number in the Medi-Cal boxes in Chart 2, page 10.

For Healthy Families, call toll-free: 1-800-880-5305. For Medi-Cal, call toll-free: 1-888-747-1222

Step 3: Qualifying for Healthy Families and/or Medi-Cal

CHART 1 - FEDERAL INCOME GUIDELINE CHART

Circle your family size (Count unborn child as a family member)	COUNTABLE INCOME		
	A	B	C
1	\$671	\$893	\$1,342
2	\$905	\$1,203	\$1,809
3	\$1,138	\$1,513	\$2,275
4	\$1,371	\$1,824	\$2,742
5	\$1,605	\$2,134	\$3,209
6	\$1,838	\$2,444	\$3,675
7	\$2,071	\$2,755	\$4,142
8	\$2,305	\$3,065	\$4,609
9	\$2,538	\$3,375	\$5,075
10	\$2,771	\$3,686	\$5,542

EFFECTIVE APRIL 1998
THIS FEDERAL INCOME GUIDELINE CHANGES EACH YEAR IN APRIL. BE SURE TO GET AN UPDATED CHART AFTER APRIL 1 EACH YEAR.

Your family size and income decide which program you or your child(ren) may apply for. If you can get no-cost Medi-Cal, you cannot get Healthy Families.

First, to find out if you or your child(ren) can get no-cost Medi-Cal, you must do the following:

- ◆ Go to Chart 1, circle your family size. You will come back to this line.
- ◆ Go to Chart 2, put each child's name or pregnant woman's name in the correct group.
- ◆ Look at the no-cost Medi-Cal column directions in Chart 2 for each person listed.
- ◆ Find out if you or your child(ren) can get no-cost Medi-Cal based on your income listed in this column. If yes, apply for no-cost Medi-Cal and **STOP** here. If no, continue.

Second, if you cannot get no-cost Medi-Cal, to find out if you or your child(ren) can get Healthy Families, you must do the following:

- ◆ Go to Chart 1, circle your family size. You will come back to this line.
- ◆ Go to Chart 2, put each child's name in the correct group.
- ◆ Look at the Healthy Families column directions in Chart 2 for each person listed.
- ◆ Find out if you or your child(ren) can get Healthy Families based on your income listed in this column. If yes, apply for Healthy Families. If no, continue.

Third, if you or your child(ren) cannot get no-cost Medi-Cal or Healthy Families, you may still be able to get share-of-cost Medi-Cal or AIM.

CHART 2 - HEALTH CARE PROGRAMS

List pregnant woman and Child(ren) name(s) below under their age group	NO-COST MEDI-CAL	HEALTHY FAMILIES	SHARE-OF-COST MEDI-CAL
	\$ _____ from box D, page 9 You must apply for no-cost Medi-Cal if your income is: less than column C in Chart 1	\$ _____ from box B, page 9 Apply for Healthy Families if your income is: Not Applicable between columns B & C in Chart 1 between columns A & C in Chart 1	\$ _____ from box D, page 9 Or apply for Share-of-Cost Medi-Cal at your local county welfare office if your income is: more than column C in Chart 1 more than column C in Chart 1 more than column C in Chart 1 more than column C in Chart 1 OR apply for Access for Infants and Mothers (AIM)
Less than 1 year	less than column C in Chart 1	Not Applicable	more than column C in Chart 1
1 up to 6 years	less than column B in Chart 1	between columns B & C in Chart 1	more than column C in Chart 1
6 up to 19 years	less than column A in Chart 1	between columns A & C in Chart 1	more than column C in Chart 1
Pregnant Woman and Unborn child	less than column C in Chart 1	Not Applicable	more than column C in Chart 1 OR apply for Access for Infants and Mothers (AIM)

PLEASE NOTE:

If your family income is more than the amounts on Chart 1 for your family size, you or your children may still qualify for Medi-Cal benefits with or without a share of cost. Income is counted differently for some family members such as:

- ◆ Permanently disabled person
- ◆ Stepparent
- ◆ Child with own income

Contact your local county welfare office for help.

For Healthy Families, call toll-free: 1-800-880-5305. For Medi-Cal, call toll-free: 1-888-747-1222
For Access for Infants and Mothers call toll-free: 1-800-433-2611.

Part A: Application for Health Care-Healthy Families and/or Medi-Cal

If you are applying for more than one program, you will need to copy this form and send one with each application packet. Please check the box next to the program you are applying for.

HEALTHY FAMILIES

If you or your child(ren) are not eligible for Healthy Families, do you want this application forwarded to the Medi-Cal Program?
 No Yes

MEDI-CAL PROGRAM

If we find your income gives your child(ren) under 19 share-of-cost Medi-Cal, do you want this application forwarded to the Healthy Families Program?
 No Yes

MEDI-CAL FOR PREGNANT WOMEN

If you are pregnant, and eligible for share-of-cost Medi-Cal, do you want this application forwarded to the Access for Infants and Mothers (AIM) Program?
 No Yes

SECTION 1: Applicant Information

- Applicant's Name _____
First Middle
- Marital Status: Married Divorced Widowed Never Married Separated
- Home Address _____
Street City County Zip Code
- Mailing Address (if different) _____
Street/P.O. Box City County Zip Code
- Home Phone (_____) _____
Area Code Work Phone (_____) _____
Area Code
- Phone number where a message may be left (_____) _____
Area Code
- What language(s) do you speak? _____

SECTION 2: General Information

The answers to these questions will help us provide more services for you.


- Does anyone applying for benefits have a life threatening medical condition?
 No Yes
 If yes, who: _____
- Is anyone applying for benefits pregnant?
 No Yes
 If yes, who: _____ Due Date: _____
- Does anyone applying for benefits have an urgent health care need?
 No Yes
 If yes, who: _____
- Are any members of your family living in your home blind or disabled?
 No Yes
 If yes, who: _____

- Do you want more information about the Access for Infants & Mothers (AIM) Program "For pregnant women only"?
 No Yes
- Do you want information about services provided by the Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children (WIC)?
 No Yes

SECTION 3: Past Medical Costs

- Has a family member had medical costs in the last 3 months? Medi-Cal may be able to help you pay for these costs.
 No Yes
- Does that person want to apply for Medi-Cal coverage for the 3 prior months?
 No Yes
 If yes, who: _____

Requesting coverage for month(s): _____

Please complete and sign the back of this form. 

Part A: Application for Health Care-Healthy Families and/or Medi-Cal (continued)

- For children: fill out Sections 4 and 5, #1-14 in the child column.
- For Healthy Families, the adult applying for his/her children, fill out Section 4, #1-4 in the applicant column.
- For Healthy Families, an 18 year old applying for him/herself, fill out Sections 4 and 5, #1-13 in the applicant column.
- For Medi-Cal, the adult applying for his/her children, fill out Section 4, #1-7 in the applicant column. If there is another parent in the home, fill out #1-8 for the other parent in the other adult column.
- For Medi-Cal, a pregnant woman applying for pregnancy related services, fill out Sections 4 and 5, #1-13 in the applicant or other adult column.
- For children receiving CHDP services, put the claim number on line 12.

SECTION 4		APPLICANT	OTHER ADULT	CHILD A	CHILD B	CHILD C
1. Please check programs applying for:		<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None
2. Name:						
Last						
First						
Middle						
3. Sex:		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
4. Ethnic Code (See page 28):						
5. Social Security Number: (optional for Healthy Families)						
6. Date of Birth: mo/day/year						
Last						
First/Middle						
8. Relationship to applicant:		Not Applicable				
SECTION 5						
9. Place of Birth: County/State/Country						
Last						
First/Middle						
11. Father's Name:						
Last						
First/Middle						
12. CHDP Service Claim # in the last 30 days		#	#	#	#	#
13. Does this person have a Medi-Cal Benefits Card (BIC)? If yes, give BIC #:		<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	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
14a. Does child live with applicant?		#	#	#	#	#
14b. If No, write address:		Not Applicable				
Street						
City/State/Zip						
SECTION 6						

Applic: Signature X _____ Date _____

Part B: Application for the Healthy Families Program

Please fill out both sides of this form to continue your application for the Healthy Families Program. **If you are applying for more than 3 children, make copies of all pages of Part B.**

Please check the box which indicates the household income you are using to qualify for Healthy Families

Applicant's household
 Children's household

SECTION 1: Other Health Coverage	18 years old applying for self	Child A	Child B	Child C
<p>1. Did any person applied for have health insurance coverage through an employer in the last 90 days? If you answered yes, provide the following information: When did the insurance end for each person? Name of the health plan: Check the box next to the reason the person is not now, or will no longer be covered by an employer's health insurance:</p> <p><input type="checkbox"/> Loss of employment <input type="checkbox"/> Address change where there is no coverage <input type="checkbox"/> Employer discontinued benefits to all employees <input type="checkbox"/> COBRA coverage expired <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>2. Is any person(s) applied for enrolled in no-cost Medi-Cal? If you answered yes, provide the date the coverage will end for each person.</p> <p>3. In the last six months was any person applied for enrolled in the Healthy Families Program? If you answered yes, please indicate if one of the reasons benefits terminated in Healthy Families was for:</p> <p><input type="checkbox"/> Loss of employment in family <input type="checkbox"/> Catastrophic illness in family so you could not work for 2 weeks or more <input type="checkbox"/> Person applied for became eligible for no-cost Medi-Cal</p> <p>4. Does your employer offer health insurance for the person(s) being applied for? (Your answer to this question will not affect your eligibility.)</p>	<p>Last Name _____ First Name _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date _____</p>	<p>Last Name _____ First Name _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date _____</p>	<p>Last Name _____ First Name _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date _____</p>	<p>Last Name _____ First Name _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date _____</p>

For Healthy Families, call toll-free: 1-800-880-5305.

Part B: Application for the Healthy Families Program (continued)

SECTION 2: Choice of Health, Dental and Vision Plan Combination and Providers

PLANS - (Insurance Company)

Choose from the health, dental and vision plan combinations listed under the County where the person(s) being applied for lives. You may only select one plan combination per household. **If you do not choose a plan combination, Healthy Families will return your application.**

Please refer to the Healthy Families Program Handbook for help in filling out this section. Descriptions of the Healthy Families Plan combinations and ideas to help you choose a plan that is best for the person(s) applied for are in the Healthy Families Program Handbook. Call 1-800-880-5305 for a copy of the handbook, or for information on the providers available through each of the Healthy Families plans.

HOUSEHOLD 1 - Plan Code: _____
 Health Plan: _____
 Dental Plan: _____
 Vision Plan: _____

If you do not choose a health, dental, and vision plan combination, your application will be returned.

HOUSEHOLD 1 - Providers/Clinics (If you do not choose here, the plan you selected above may contact you or may choose a provider for you.)

	Name of Child	Health Provider/Clinic	Code	Dental Provider/Clinic	Code
1.					
2.					
3.					
4.					

HOUSEHOLD 2 - Plan Code: _____
 Health Plan: _____
 Dental Plan: _____
 Vision Plan: _____

If you do not choose a health, dental, and vision plan combination, your application will be returned.

HOUSEHOLD 2 - Providers/Clinics (If you do not choose here, the plan you selected above may contact you or may choose a provider for you.)

	Name of Child	Health Provider/Clinic	Code	Dental Provider/Clinic	Code
1.					
2.					
3.					
4.					

For Healthy Families, call 'I-free: 1-800-880-5305.

Part B: Application for the Healthy Families Program (continued)

SECTION 3: Declarations—Applicant Must Initial Each Statement

- _____ 1. I have read and understand the **Healthy Families Program Handbook** as well as the individual health plan descriptions and benefits offered.
- _____ 2. I declare that I am either an 18 year old applying for myself or that I am applying for all of my child(ren) who meet the requirements of the **Healthy Families Program**, unless they are already enrolled.
- _____ 3. I declare that each person(s) I am applying for on this application is **not** eligible for **Medicare Part A and Part B**.
- _____ 4. I declare that each person(s) I am applying for on this application lives in the state of California.
- _____ 5. I declare and understand that I and each person(s) I am applying for on this application will follow all the rules and requirements of the **Healthy Families Program**.
- _____ 6. I declare that each person(s) I am applying for on this application is not a member of a family that is eligible for health benefits from the California Public Employees Retirement System Health Benefits Program(s).
- _____ 7. I declare that each person(s) I am applying for on this application is not in jail or is not a patient in a public mental illness hospital.
- _____ 8. I give permission to the **Healthy Families Program** to check my family income, health coverage, immigration status of the person(s) I am applying for, that all persons I am applying for on this application live in California, and all other facts on this application.
- _____ 9. I agree to pay the program's family monthly premium for six (6) months. I understand that if I do not pay this premium, I or the person(s) I am applying for cannot be a member of the **Healthy Families Program** and will be disenrolled. Any **Healthy Families Program** services I, or the person(s) I am applying for, need to use after the date of the last monthly premium will be my financial responsibility.
- _____ 10. I declare that I will call or write to the **Healthy Families Program** within one month (30 days) if there is a change in address or mailing address for me or the person(s) I am applying for.

Part B: Application for the Healthy Families Program (continued)

Please fill out both sides of this form to continue your application for the Healthy Families Program.

Notice: Questions about citizenship/immigration status apply to the children — not the parents.

SECTION 4: Citizenship/Immigration Status

- ◆ Please indicate the status of each person applied for, by checking (✓) a box below.
- ◆ If you check a box in Part II or Part IV, check a box in Part V also if it applies.
- ◆ Proof must be submitted for each category checked in Part I, II, IV and V.

Write names from Back of Part A, page 12 in boxes below.

18 year old applying for self	Child A	Child B	Child C
Last Name _____ First Name _____	Last Name _____ First Name _____	Last Name _____ First Name _____	Last Name _____ First Name _____

Part I

A Citizen or national of the United States (U.S.)
 If you do not have the document now to prove status, you may submit it within 60 days from the date of enrollment.
 (If you check this line for all persons you are applying for, you may go to Section 5.)

Part II

An alien lawfully admitted for permanent residence

An alien who is granted conditional entry to the U.S. before April 1, 1980

An alien paroled into the U.S. under Section 212(d)(5) of the INA for a period of at least one year

An alien who, or whose child, or who is the child of a person who has been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a spouse or parent, or by a spouse or parent's family member living in the same household.

If yes, are any of the following conditions a direct result? You may check one or more.

- a) Loss of financial support due to separation from abuser.
- b) Need for medical attention or counseling, or became disabled.
- c) Sexual abuse resulted in a pregnancy
- d) Loss of medical coverage and/or health care services.

Does the person applied for live in the same household as the abuser now?
 Yes No Yes No Yes No

Part III

What date did each person who checked a box in Part II above, enter the U.S.?
 _____ Date _____ Date _____ Date _____

Part IV

An alien granted asylum

A refugee admitted to the United States

An alien granted withholding of deportation pursuant to INA Section 243(h)

An alien who is a Cuban/Haitian entrant

Part V

An alien who is a veteran, who is on active duty in the Armed Forces of the U.S., or who is a spouse, unmarried surviving spouse, or unmarried child of a veteran, or person on active duty in the Armed Forces of the U.S.

An alien admitted to the U.S. as an Amerasian immigrant

Part B: Application for the Healthy Families Program (continued)

SECTION 5: Privacy Notification

The Information Practices Act of 1977 and the Federal Privacy Act require this Program to provide the following to individuals who are asked by Healthy Families to supply information:

- ◆ Personal and medical information requested is for subscriber identification and program administration purposes only. Program regulations under Title 10, CCR, Section 2699.6600 require that every individual furnish certain information when applying to the Healthy Families Program. Subscriber's information may be shared with State and local agencies involved in the administration of health programs.
- ◆ Information (including immigration status) about persons who do not become subscribers, will be used only for purposes of eligibility determination and program administration.
- ◆ Failure to furnish this information may result in the return of the application as incomplete.
- ◆ The following information on the application is not mandatory: social security number and ethnicity information (unless you are a native American Indian).
- ◆ An individual has a right to access records containing his/her personal information that are maintained by the Managed Risk Medical Insurance Board.
- ◆ The official responsible for maintaining the information is the Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, (1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814). The Board may charge a small fee to cover the costs of duplicating this information.

SECTION 6: Signature

I declare that all individuals listed on this application will abide by the rules of participation, the utilization review process and the dispute resolution process of the participating plans in which the individual is enrolled. I understand that a dispute resolution process may include neutral binding arbitration and that I may be giving up my right to a jury or court trial to resolve any claim, asserted by me, my enrolled dependents, heirs, personal representatives, or someone with a relationship to us, against the participating plan, or against the employees, partners, or agents, of the participating plan. I further understand that some plans that require neutral binding arbitration also include malpractice claims as a type of claim that must be resolved by the arbitration process. I declare that I have reviewed the list of plans which require neutral binding arbitration which appears in the **Healthy Families Program Handbook**.

I, the applicant, certify that the information provided on this application is true and correct.

Signature of Applicant Required

▲ X

Date: _____

Signature of Witness: (if applicant signed with a mark)

X

Date: _____

Part C: Application for the Medi-Cal Program

SECTION 1: Family Information

1. Does anyone in your family have other health, dental, or vision insurance now? No Yes
- If yes, who: _____
- If yes, name(s) of the insurance company: _____
- a) _____ b) _____ c) _____
2. Do you and your family live in and intend to remain (reside) in California? No Yes
3. Are you or any family member in the U.S. on a Visa or Border Crossing Card? No Yes
- If yes, who: _____
4. Have you or any family member ever been in U.S. military service? No Yes
- If yes, who: _____

SECTION 2: General Information

Answer the questions for persons wanting Medi-Cal. Your answers will not affect your eligibility.

1. Is any family member currently in a nursing home / hospital / board and care? No Yes
- If yes, who: _____
- Facility: _____ date entered _____
2. Do you or any family member have a physical / emotional problem that makes it difficult to work or take care of personal needs? No Yes
- If yes, who: _____
- Will the problem last at least one year? No Yes
3. Is the physical / emotional problem a result of an injury or accident? No Yes
- Has any family member filed a lawsuit because of a disability or emotional problem? No Yes
- Attorney name: _____ Attorney address: _____

SECTION 3: Do You Want Information On Other Programs?

1. Do you want more information about the Child Health and Disability Prevention (CHDP) program services that provide regular medical and dental check-ups for family members under the age of 21? No Yes
2. Do you want CHDP medical services? No Yes
3. Do you want CHDP dental services? No Yes
4. Do you need help making appointments or with transportation to CHDP services? No Yes

Part C: Application for the Medi-Cal Program (continued)

SECTION 4: Certification Of Applicant—Applicant Must Read And Initial Each Statement

1. I have read and received a copy of the Important Information for Persons Requesting Medi-Cal (MC 219) on pages 24-27.
2. I understand that all of the statements here, including benefits and income information, that I have made on this form and all supplemental forms are subject to investigation and verification.
3. I declare, to the best of my knowledge and belief that the information I have provided in this application and its supplemental form(s) is true and correct.
4. I understand that the county is required by law to keep any information I provide confidential.
5. I understand that information I give may be shared with state and local agencies involved in the administration of health programs.

SECTION 5: Signatures

1. Signature of Interpreter: _____ Date: _____
- 1a. Relationship to Applicant: _____ Telephone Number: _____
2. Signature of Person acting for Applicant: _____ Date: _____
- 2a. Relationship to Applicant: _____ Telephone Number: _____
3. Signature of Witness: (if applicant signed with a mark) _____ Date: _____
- 3a. Relationship to Applicant: _____ Telephone Number: _____
4. Signature of Person helping Applicant fill out the form: _____ Date: _____
- 4a. Relationship to Applicant: _____ Telephone Number: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the answers I have given are correct and true to the best of my knowledge.

▶ 5. APPLICANT SIGNATURE X _____ Date: _____

You must send additional forms and copies of proof with your Medi-Cal application. See page 23 for acceptable examples of verification and mailing instruction.

Answers to the questions in this box will give us information that will make it possible for the federal government to help California pay for its health care programs. Your answers will not affect your eligibility.

Do you have more than one car?

No Yes

Do you have more than \$3,150 cash in bank accounts?

No Yes

MC 13 Mail-In: Medi-Cal Statement of Citizenship, Alienage, and Immigration Status

SECTION A: Who Wants Medi-Cal?

Please list the first and last names of all persons who are applying for Medi-Cal:

Adult Applying for Medi-Cal	Child A	Child B	Child C
_____	_____	_____	_____
Last	Last	Last	Last
_____	_____	_____	_____
First	First	First	First

SECTION B: Citizenship/Immigration Status Declaration

For anyone applying for benefits, answer question 1 by checking (✓) a box.	Adult Applying for Self	Child A	Child B	Child C
1. Is the person applying a citizen or national of the United States? Citizens and nationals of the United States who meet all eligibility requirements may receive full Medi-Cal benefits. <i>(If you checked yes on this line for all persons applying, go directly to section C, line 5.)</i>	<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

See page 27 for Important information for Aliens who want Medi-Cal.

For anyone applying who is not a citizen or national of the United States, please answer questions 2, 3, and 4 below (and question 5 if the person claims to be Permanently Residing in the U.S. Under Color of Law (PRUCOL)). If the answer is "No" to questions 2, 3, or 4 because those categories do not apply, your answer is confidential. This information can only be used for Medi-Cal purposes, and cannot be used by the INS for immigration enforcement unless you are committing fraud.

For anyone applying who is not a citizen or national of the United States, please answer questions 2, 3 and 4 (and question 5 if you claim to be PRUCOL) by checking (✓) a box.	Adult Applying for Self	Child A	Child B	Child C
2. Is the person applying an Amnesty alien with a valid and current I-688?	<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
3. Is the person applying a lawful permanent resident?	<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
4. Is the person applying a PRUCOL (Permanently Residing in the U.S. Under Color of Law) alien?	<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
5. If the person applying could get Medi-Cal benefits as a PRUCOL alien indicate the status that entitles him/her to benefits by checking (✓) a box below.				
a) A conditional entrant admitted to the United States before April 1, 1980	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) An alien paroled into the United States, including Cuban/Haitian entrants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) An alien subject to an Order of Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) An alien granted an indefinite stay of deportation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) An alien granted an indefinite voluntary departure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) An alien on whose behalf an immediate relative petition (INS form I-130) has been approved and who is entitled to voluntary departure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) An alien who has properly filed an application for lawful permanent resident status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(continued on Page 22)

Please complete Section C and D on the other side of this form. ►

PRUCOL Status continued:	Adult Applying for Self	Child A	Child B	Child C
h) An alien granted a stay of deportation for a specified period	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) An alien granted asylum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) A refugee admitted to the U.S. since April 1, 1980	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) An alien granted voluntary departure who is awaiting issuance of a visa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) An alien in deferred action status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) An alien who entered and has continuously resided in the U.S. since before January 1, 1972 who would be eligible for an adjustment of status to lawful permanent resident pursuant to INA Section 249 (eligible as a Registry alien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) An alien granted a suspension of deportation whose departure INS does not contemplate enforcing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) An alien granted a withholding of deportation pursuant to INA Section 243(h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) An alien, not in one of the above categories, who can show that: (1) INS knows he/she is in the United States, and (2) INS does not intend to deport him/her, either because of the person's status category or individual circumstances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION C: Information on Applicants

Answer the questions for persons who want Medi-Cal.

For anyone who is a citizen or national of the United States, complete only line 5 below.

For anyone applying for benefits who answered yes to questions 2, 3 or 4 in Section B, complete all information on lines 1-5 below.

	Applicant (Self)	Child A
1. Alien registration number and/or Alien Admission (INS Form I-94) number		
2. Date first entered the U.S.		
3. Name when first entered the U.S.		
4. Citizen of what country		
5. Born where		

	Child B	Child C
1. Alien registration number and/or Alien Admission (INS Form I-94) number		
2. Date first entered the U.S.		
3. Name when first entered the U.S.		
4. Citizen of what country		
5. Born where		

SECTION D: Signatures

I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE ANSWERS I HAVE GIVEN ARE CORRECT AND TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Signature of the Applicant or of Person legally authorized to act for all applicants listed on the front of this form.

Date

MC 219: Important Information for Persons Requesting Medi-Cal

PRIVACY AND CONFIDENTIALITY NOTIFICATION

Sections 14011 and 14012 of the Welfare and Institutions Code allow county welfare departments to get certain facts from you to decide if you, or the persons you represent, can get Medi-Cal benefits. You must provide these facts to get Medi-Cal benefits. The information will be used:

1. By the county welfare department to establish first time and ongoing Medi-Cal eligibility.
2. By Electronic Data Systems (EDS) to process claims and make Benefits Identification Cards (BICs).
3. By the United States (U.S.) Department of Health and Human Services to make audit and quality control reviews and verify Medicare Buy-In and Social Security Numbers (SSNs).
4. To verify alien status with the U.S. Immigration and Naturalization Service (INS) only for aliens who claim to be lawfully admitted for permanent residence or Permanently Residing in the U.S. Under Color of Law (PRUCOL) or Amnesty Aliens with a valid and current I-688 card. The information the INS receives can only be used to determine Medi-Cal eligibility, and cannot be used for immigration enforcement unless you are committing fraud.
5. By medical services providers and health maintenance organizations to certify eligibility.
6. To identify health insurance coverage and take recovery actions.

MEDI-CAL APPLICANT/BENEFICIARY RIGHTS, RESPONSIBILITIES, AND UNDERSTANDINGS

I have the right to:

1. Ask for an interpreter to help me in applying for Medi-Cal if I have difficulty in speaking or understanding the English language.
2. Be treated fairly and equally regardless of my race, color, religion, national origin, sex, age, or political beliefs.
3. Apply as a disabled person if I think I am disabled.
4. Be told about the rules for retroactive Medi-Cal eligibility.
5. Apply for Medi-Cal and to be told **in writing** whether I qualify for any Medi-Cal program.
6. Review Medi-Cal program rules and regulation manuals if I want to question the basis on which my eligibility is approved or denied.
7. Have all facts that I give to the county welfare department kept in the strictest confidence and to look at those facts during regularly scheduled office hours.
8. Receive an immediate need card, **when possible and eligible**, if I have a medical emergency or I am pregnant.
9. Receive Medi-Cal, as authorized, while my satisfactory immigration status is being documented and verified, if I am otherwise eligible. **Aliens who are lawfully admitted for permanent residence or PRUCOL or Amnesty Aliens with a valid and current I-688 card are in a satisfactory immigration status.**
10. Be told about the Child Health and Disability Prevention Program and the Special Supplement Food Program for Women, Infants, and Children, and to ask for help in receiving those services.
11. Ask for and receive information about the Family Planning Program and be told if I am eligible for those services.
12. Speak to a social worker about other public or private services or resources that I can get.
13. Be told about Medi-Cal Health Care Plans that my family and I can join to get a doctor and other medical care, and to choose the option I prefer.
14. Lower my share of cost by providing past unpaid medical bills (that I still owe).
15. Reduce my property reserve to within the Medi-Cal property limit by the last day of a month for which I want Medi-Cal, including the month I apply and to be told how I may spend my excess property.

Important Information for Persons Requesting Medi-Cal *(continued)*

16. Divide countable (non-exempt) community (MY SPOUSE'S AND MY) property by written agreement into equal shares of separate property if either of us entered a long-term care (LTC) facility before September 30, 1989.
17. Keep a certain amount of countable separate and community property if I enter an LTC facility on or after January 1, 1990. My spouse and I have the right to be told the amount.
18. Have a state hearing if I am dissatisfied with an action taken (or not taken) by the county welfare department or the State Department of Health Services, except actions relating to the Health Insurance Premium Payment (HIPP) and Employer Group Health Plan (EGHP) programs. If I want a state hearing to appeal the decision, I must ask for it within 90 days of the date the Notice of Action (NOA) was mailed to me. If I do not receive a NOA, I must request a hearing within 90 days from the date I discover the action (or inaction) with which I am dissatisfied. The date of discovery is the date I know, or should have known, of the action. The best way to ask for a hearing is to contact the nearest county welfare department.

I HAVE THE RESPONSIBILITY TO TELL MY COUNTY REPRESENTATIVE WITHIN TEN (10) DAYS WHENEVER:

1. Income received by me or any member of my family increases, decreases, starts, or stops. This includes income from Social Security Administration (SSA), loans, settlements, or any other source.
2. I plan to change or have already changed my place of residence or mailing address.
3. A person, including a newborn child, whether or not related to me or my family, moves into or out of my home.
4. An absent parent returns to the home.
5. I or a member of my family gives birth, becomes pregnant, or ends a pregnancy.
6. I, my spouse, or any member of my family enters or leaves a nursing home or an LTC facility.
7. I receive, transfer, give away, or sell real or personal property (including money) or when someone gives me or a member of my family such things as a car, house, insurance payments, etc.
8. I have any expenses that are paid for by someone other than myself.
9. I or a member of my family gets a job, changes jobs, or no longer has a job.
10. I have a change in expenses related to my job or education. (For example: child care, transportation, etc.)
11. I or a member of my family becomes physically or mentally impaired so that I/he/she cannot get or keep a job (this would include a child in the family who may not be able to get a job in the future due to the impairment).
12. I or a member of my family applies for disability benefits with the SSA, Veterans Administration, or Railroad Retirement.
13. One of my children drops out of school or returns to school.
14. There is a change in the citizenship/immigration status of any family member applying for or receiving Medi-Cal.
15. Health insurance coverage for me or a member of my family changes.

I HAVE THE RESPONSIBILITY TO:

1. Complete and return a status report by the date required when requested by the county.
2. Give proof that I am a resident of California.
3. Make a declaration about my citizenship/immigration status.
4. Provide an SSN for myself and/or for any member of my family who has an SSN and wants Medi-Cal benefits. If I am a U.S. citizen, a U.S. national, or an alien in a satisfactory immigration status, I must apply for an SSN and provide it to the county if I do not already have one. If I need to apply for an SSN, I can get help from my eligibility worker, but I must work with the SSA to clear up any questions or my Medi-Cal will be denied or stopped. (Aliens who are not in a satisfactory immigration status and do not have an SSN can get *restricted* Medi-Cal without applying for an SSN if they meet all the rules.)

Important Information for Persons Requesting Medi-Cal *(continued)*

5. Apply for any income that may be available to me or any member of my family.
Apply for Medicare benefits if I am blind, disabled, have End Stage Renal Disease, or am 64 years and 9 months of age or older and eligible. I am responsible for telling my providers that I have both Medi-Cal and Medicare coverage.
7. Apply for and enroll in any health insurance if that is available to me and my family at no cost. I have the responsibility to remain enrolled in the health plan when Medi-Cal approves payment of plan premiums by the State of California.
3. Report to the county department, and to the health care provider, any health care coverage/insurance I carry or am entitled to use, including Medicare. If I willfully fail to give this fact, I may be guilty of a criminal offense, or may be billed by my provider.
9. Go to my health care plan (such as Kaiser, CHAMPUS, or a Medicare HMO) for medical care. (Medi-Cal will not pay for any services covered by the plan.)
10. Give any insurance payments I receive to the State if Medi-Cal has already paid for my care.
11. Go to a presentation, if presentations are given, and make a written choice, or answer if received by mail, about how I want to get my Medi-Cal benefits. If I do not go and make a choice, or choose by mail, my eligible family members and I may be signed up in a Medi-Cal Health Care Plan near my home.
12. Sign and date my BIC when I get it and ensure it is used only to get necessary health care for myself or eligible family members.
13. Take my BIC to my medical provider when I am sick or have an appointment. In emergencies when the BIC is not in hand, I must get the BIC to the medical provider when possible.
14. Report to the county department when I receive health care services because of an accident or injury caused by another person's action or failure to act, for which Medi-Cal has been, or may be billed.
5. Cooperate with the State or county in establishing paternity and identifying any possible medical coverage I or my family may be entitled to through an absent parent.
6. Cooperate with the State of California if my case is selected for review by the quality control review team. If I refuse to cooperate, my Medi-Cal benefits will be stopped.

UNDERSTAND THAT:

- Failure to give necessary facts or deliberately giving false facts can result in Medi-Cal benefits being denied or stopped. My case may also be investigated for suspected fraud.
- The facts I give will be checked by computer with facts given by employers, banks, SSA, Franchise Tax Board, welfare, and other agencies. I will have the right to give proof to correct any facts which are found to be wrong.
- Aliens who are not in a satisfactory immigration status and do not have an SSN can get **restricted** Medi-Cal without applying for an SSN if they meet all the rules.
- Immigration status data given as part of the Medi-Cal application is confidential.
- Based on my income, I will have to pay or be billed for part of my medical expenses before I can get Medi-Cal.
- If I do not report changes promptly, and because of this, receive Medi-Cal benefits that I am not eligible for, I may have to repay the State Department of Health Services.
- If I am receiving Medi-Cal based on disability and I apply for disability benefits from the SSA, and the SSA denies my disability claim, my Medi-Cal may be stopped. If I appeal my SSA denial right away, my Medi-Cal will continue until the SSA makes a final decision. If the SSA allows my claim, then my Medi-Cal benefits will continue. If the SSA does not allow my claim, then my Medi-Cal benefits will stop.

As a condition of Medi-Cal eligibility, all rights to medical support and/or payment for medical services for myself and any eligible persons that I have legal responsibility for, are automatically assigned to the State.

- If medical support is court-ordered from an absent parent for my children, the insurance carrier must allow me to enroll and provide benefits to my children without the absent parent's consent.

Important Information for Persons Requesting Medi-Cal *(continued)*

10. If I don't apply for or keep no-cost health coverage or state-paid coverage, my Medi-Cal benefits and/or eligibility will be denied or stopped.
11. When I apply for Medi-Cal, I will be evaluated for potential eligibility under other medical assistance programs, including the HIPP and EGHP programs.
12. If I ask a Medi-Cal provider for any services not covered by my non-Medi-Cal health insurance plan, I must give the medical provider a written statement from my health plan saying it does not offer the Medi-Cal-covered services.
13. Medi-Cal providers cannot collect insurance copayment, coinsurance, or deductibles from me unless the payment is used to meet my Medi-Cal share of cost and/or copayment.
14. If I am admitted to a nursing facility and I have no intention of returning to my home, the State may impose a lien against my property.
15. After my death, the State has the right to seek reimbursement from my estate for all Medi-Cal benefits I received after age 55 unless I have a surviving spouse (during his or her lifetime), minor children, blind or permanently and totally disabled children, or it would create a hardship for my heirs.
16. After the death of my surviving spouse, the State has the right to claim from the part of his or her estate received from me, all Medi-Cal benefits I received after age 55 up to the amount of property my spouse received from my estate.

REAL AND PERSONAL PROPERTY: Supplement to Medi-Cal Mail-in Application

Applicant's Name: _____ SSN: _____

Please fill in the following. You can use additional sheets of paper if more space is needed.

SECTION 1: Financial Institution Accounts *Check the box(es) next to the types of accounts you have*

- Banks, Savings/Loans, Credit Union Saving or Checking Accounts
- Trust Fund(s)
- Retirement Account, IRA, KEOGH
- Deferred Compensation
- Annuity
- Stocks
- Bonds

- Certificate of Deposit (CD)
- Money Market
- Mutual Funds
- Other

Fill in the following:
 Owner: _____
 Account No.: _____ Current Value: _____
 Name of financial institution: _____
 Address: _____

Cash or uncashed checks:

Name on the check: _____ Amount: _____

SECTION 2: Real Property/Notes, Mortgages, Deeds of Trust, Sales Contracts

Home (whether you live in it or not), other houses, apartments, ranch, land, buildings, mobile homes or life estates in or outside of the US or the State of CA:

Address or legal description of property: _____
 Name of owner: _____
 Does anyone live there now? Yes No
 How long have they lived there: _____
 Name of person living there: _____
 Relationship to you: _____
 If you do not live there now, do you want to return to that property to live some day?
 Yes No
 (You must notify the county within 10 days of any change in plans for living at the property)
 Is the property currently listed for sale? _____
 Full value of property (from tax statement): \$ _____
 Amount owed: \$ _____
 Rent collected each month from the property: \$ _____

Expenses on property:

Interest \$ _____ Yearly/Monthly
 Taxes and Assessments \$ _____ Yearly/Monthly
 Utilities \$ _____ Yearly/Monthly
 Insurance \$ _____ Yearly/Monthly
 Upkeep and Repairs \$ _____ Yearly/Monthly
 If you/family member own a life estate property, please fill in the following:

Address: _____
 Do you/family member have an income interest in a life estate?
 Yes No

Is the life estate producing/giving income?
 Yes No

Mortgages, promissory notes, deeds of trust, sales contracts:

Held in whose name: _____
 Value/balance: _____

SECTION 3: Business (check each item "Yes" or "No")

Business/Self employment checking/saving account or cash: Yes No
 Business equipment, vehicles, tools, inventory or materials (incl. livestock, or poultry not for personal use)? Yes No
 Type of equipment: _____ Name on property: _____
 Description of item: _____ Amount owed: _____
 Estimated value: _____ Yes No
 Business real property, buildings, leases, licenses: _____ Name on property: _____
 Estimated value: _____ Amount owed: _____

For County Use Only

Case Name: _____
 Case No.: _____
 Worker No.: _____
 Date: _____

Verification (list): _____

Verification of Income and Expenses (List) _____

Verification (list): _____

Appraisal provided:
 Yes No

Business or Self-employment verified:
 Yes No

SECTION 5: Vehicles/Recreational Vehicles

A. List all cars, trucks, motorcycles, airplanes, snowmobiles, or off-road vehicles (even if not running) owned by you or your family. If none, write "none."

Make and model	Year	Class (Registration)	Owner	Amount Owed	Listed for Sale? Yes No	Used for Business Yes No

B. List any boats, campers (do not include trucks), motor homes or trailers which are not used as a home and are not taxed as real property by the county:

Make and model	Year	Class (Registration)	Owner	Amount Owed	Listed for Sale? Yes No	Used for Business Yes No

If you do not agree with the value DMV gives your vehicle(s) listed above in A & B, you may get another estimate of the value from a qualified professional.

SECTION 5: Other: Do You/Family Member Own:

● Jewelry (not wedding/engagement rings or heirloom) worth more than \$100:

Value: _____ Amount owed: _____
Listed for sale? Yes No

● Household goods or any personal items valued at more than \$500 per item (musical instr., PC, etc.):
Description: _____ Value: _____
jointly/separately owned: Yes No
Current Value: _____

● Mineral rights or mining claims (oil, coal, etc.):
Description: _____ Is either listed for sale? Yes No
Owned by: _____ Current Value: _____

● Burial trusts or contracts, insurance, designated burial funds/money for cemetery plots, caskets, or other burial items?
Is it for use of immediate family? Yes No
Owned by: _____ Current Value: _____

● Life insurance?
Enter how many policies owned: _____ If more than one, use additional sheet of paper.
Insurance company: _____ Person insured: _____
Face value: _____ Policy no.: _____ Date policy issued: _____ Current cash value: _____

● Long term care insurance?
Name of insurance comp.: _____ Policy no.: _____
Amount of benefits paid by the insurance company to date: _____ Name on policy: _____ Value: _____

● Other accounts/items?
Name on account/item: _____ Value: _____

SECTION 6: Transfer (check each item "Yes" or "No")

Has anyone closed, given away, transferred, sold or traded any money, vehicles, or other property like those listed above in the last 30 months? Yes No
If Yes, complete the following:

Item: _____ Date: _____
Transferred: _____ Sold: _____ Traded: _____ Given away: _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the answers I have given are correct and true to the best of my knowledge.

Applicant's signature: _____ Date: _____

County Use Only

List verification/ estimates of value/ encumbrance

List verification/ estimates of value/ encumbrance

Appraisal provided: Yes No

LTC insurance benefit summary provided: Yes No

Transfer or receiving NF level of care? Yes No
See MC 176 P2

Paso 1: Cómo Comenzar - Para Calcular los Ingresos de Su Familia

Por favor marque el cuadro que indica los ingresos de la familia que usted utilizará para calificar para Healthy Families.

Hogar del solicitante Hogar de los niños

- Utilice los cuadros que figuran a continuación para calcular el ingreso/ganancias MENSUAL bruto (antes de impuestos) para cada miembro adulto de su familia.
- Utilice una columna para cada persona. Anote el ingreso/ganancias mensual bruto en el/los cuadro(s) correcto(s) dependiendo de la frecuencia con que recibe su pago. Si el miembro adulto de la familia no tiene ingresos, escriba "ninguno" en el cuadro.
- Escriba la fuente del ingreso donde se indica. Por ejemplo: nombre del empleador (empleo), seguro social, retiro.
- Incluya todo pago por manutención que reciba en la línea F.
- Si su familia se compone de más de 2 miembros adultos, fotocopie y utilice las copias de esta página.

Para obtener ayuda con esta solicitud llame gratis a los números que figuran abajo.

INGRESO	
A. Semanal	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
B. Cada 2 semanas	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
C. Dos veces por mes	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
D. Mensualmente	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
E. Anualmente	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
F. Recibe pensión Alimenticia	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
Totales	

1. SOLICITANTE	
NOMBRE Y APELLIDO:	
A.	\$ _____ x 4.33 =
B.	\$ _____ x 2.167 =
C.	\$ _____ x 2 =
D.	\$ _____ x 1 =
E.	\$ _____ ÷ 12 =
F.	\$ _____ x 1 =
Sume los cuadros A - F \$	

2. OTRO ADULTO DEL HOGAR	
NOMBRE Y APELLIDO:	
A.	\$ _____ x 4.33 =
B.	\$ _____ x 2.167 =
C.	\$ _____ x 2 =
D.	\$ _____ x 1 =
E.	\$ _____ ÷ 12 =
F.	\$ _____ x 1 =
Sume los cuadros A - F \$	

Transfiera estos totales al Cuadro de Ingreso Familiar, página 9.

Para Healthy Families, llame gratis al 1-800-880-5305. Para Medi-Cal, llame gratis al 1-888-747-1222

Paso 1: Cómo Comenzar - Para Calcular los Ingresos de Su Familia (continuación)

- Utilice los cuadros que figuran a continuación para calcular el ingreso/ganancias MENSUAL bruto (antes de impuestos) por cada niño.
- Utilice una columna para cada niño. Anote el ingreso/ganancias en el cuadro(s) correcto(s) dependiendo de la frecuencia con que recibe el pago el niño. Si el niño no tiene ingresos, escriba "ninguno" en el cuadro.
- Escriba la fuente de los ingresos donde se indica. Por ejemplo: nombre del empleador (empleo), seguro social, retiro.
- Si un niño recibe pagos por manutención, anótelos en la línea F.
- Si tiene más de 3 niños, fotocopie y utilice las copias de esta página.

Por favor, marque el cuadro que indica los ingresos de la familia que usted utilizará para calificar para Healthy Families.

Hogar del solicitante
 Hogar de los niños

INGRESO	
A. Semanal	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
B. Cada 2 semanas	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
C. Dos veces por mes	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
D. Mensualmente	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
E. Anualmente	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
F. Recibe pago por manutención de niños	
¿De dónde obtiene el ingreso?	
Totales	

3. NIÑO A	
NOMBRE Y APELLIDO:	A.
\$ _____ x 4.33 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	B.
\$ _____ x 2.167 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	C.
\$ _____ x 2 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	D.
\$ _____ x 1 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	E.
\$ _____ ÷ 12 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	F.
\$ _____ x 1 =	
Sume los cuadros A - F	\$ _____

4. NIÑO B	
NOMBRE Y APELLIDO:	A.
\$ _____ x 4.33 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	B.
\$ _____ x 2.167 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	C.
\$ _____ x 2 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	D.
\$ _____ x 1 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	E.
\$ _____ ÷ 12 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	F.
\$ _____ x 1 =	
Sume los cuadros A - F	\$ _____

5. NIÑO C	
NOMBRE Y APELLIDO:	A.
\$ _____ x 4.33 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	B.
\$ _____ x 2.167 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	C.
\$ _____ x 2 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	D.
\$ _____ x 1 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	E.
\$ _____ ÷ 12 =	
¿De dónde obtiene el ingreso?	F.
\$ _____ x 1 =	
Sume los cuadros A - F	\$ _____

Transfiera estos totales al Cuadro de Ingreso Familiar, página 9.

Paso 4 Formulario para Calcular los Ingresos Familiares

Debe contar con la información del Paso 1 para completar este formulario. Complete este formulario para determinar si usted o su hijo(s) deben solicitar inscribirse en Healthy Families y/o en Medi-Cal.

Ingreso Familiar (de las páginas 7 y 8).

Nombres de los miembros de su familia		Cantidad de los ingresos mensuales (del Paso 1)	Nombres de los miembros de su familia	Cantidad de los ingresos mensuales (del Paso 1)
1. Solicitante	\$		6.	\$
2. Otro adulto	\$		7.	\$
3. Niño A	\$		8.	\$
4. Niño B	\$		9.	\$
5. Niño C	\$		10.	\$

Apunte aquí el número total de personas que escribió en esta lista

\$

Cuadro A Ponga este número de miembros de su familia en el Cuadro 1, página 10.

Cuadro B Sume las líneas 1a 10. Ponga este número en el cuadro de Healthy Families en el Cuadro 2, página 10.

Deducciones de Medi-Cal solamente

1. Gastos de trabajo

Se permite una deducción de hasta \$90 por cada miembro que trabaja de su familia. Si una persona gana menos de \$90, la deducción para esa persona sólo puede ser por la cantidad que él/ella gana. Si el ingreso de una persona no se toma en cuenta, no puede descontar la deducción por gasto de trabajo para esa persona.

Sume los gastos de trabajo permitidos para su familia 1. \$

2. Gastos que paga mensualmente por el cuidado de los niños

Los gastos por el cuidado de niños y dependientes mientras usted trabaja o se capacita para un trabajo se descuentan si usted no cuenta con una persona en su hogar que pueda brindar este cuidado. La deducción máxima mensual para cada niño o dependiente es la siguiente:

- Menor de 2 años de edad \$200
- Mayor de 2 años de edad \$175
- Una persona dependiente incapacitada \$175

Escriba el total en la línea 2. 2. \$

3. Pensión alimenticia que paga mensualmente

..... 3. \$

4. Manutención de niños que paga mensualmente

..... 4. \$

5. Si recibe manutención de niños/pensión alimenticia, reste \$50

..... 5. \$

\$

Cuadro C Sume las líneas 1 a 5.

ESTA HOJA LE PROPORCIONA SÓLO UN CÁLCULO Y NO GARANTIZA SU ELEGIBILIDAD PARA HEALTHY FAMILIES NI PARA MEDI-CAL.

Cuadro B + Cuadro C =
(Cuadro B menos Cuadro C)

\$

Cuadro D Ponga este número en los cuadros de Medi-Cal del Cuadro 2, página 10.

Para Healthy Families, llame gratis al 1-800-880-5305. Para Medi-Cal, llame gratis al 1-888-747-1222

Paso 3: Cómo Calificar para Healthy Families y/o Medi-Cal

CUADRO 1 - TABLA DE NIVELES FEDERALES DE INGRESO

Marque el número de miembros de su familia (cuente al niño que aún no ha nacido como un miembro de la familia)	INGRESO CONTABLE		
	A	B	C
1	\$671	\$893	\$1,342
2	\$905	\$1,203	\$1,809
3	\$1,138	\$1,513	\$2,275
4	\$1,371	\$1,824	\$2,742
5	\$1,605	\$2,134	\$3,209
6	\$1,838	\$2,444	\$3,675
7	\$2,071	\$2,755	\$4,142
8	\$2,305	\$3,065	\$4,609
9	\$2,538	\$3,375	\$5,075
10	\$2,771	\$3,686	\$5,542

VICENTE A PARTIR DE ABRIL DE 1998
ESTOS NIVELES FEDERALES DE INGRESO CAMBIAN ANUALMENTE EN ABRIL. RECUERDE QUE DEBE OBTENER UN CUADRO ACTUALIZADO TODOS LOS AÑOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL.

CUADRO 2 - PROGRAMAS DE ATENCIÓN MÉDICA

ANOTE EL NOMBRE Y APELLIDO DE LA MUJER EMBARAZADA Y DE EL/LOS NIÑO(S) DEBAJO DEL GRUPO DE EDADES QUE CORRESPONDA	INGRESO CONTABLE		
	MEDI-CAL SIN COSTO	HEALTHY FAMILIES	MEDI-CAL CON PARTE DEL COSTO
Menos de 1 año	menor que la columna C del Cuadro 1 Debe solicitar Medi-Cal sin costo si su ingreso es:	Menor que la columna B del Cuadro 1 Solicite Healthy Families si su ingreso es:	mayor que la columna C del Cuadro 1 0 solicite Medi-Cal con parte del costo en la oficina de beneficencia de su condado si su ingreso es:
1 a 6 años	menor que la columna B del Cuadro 1	entre las columnas B y C del Cuadro 1	mayor que la columna C del Cuadro 1
6 a 19 años	menor que la columna A del Cuadro 1	entre las columnas A y C del Cuadro 1	mayor que la columna C del Cuadro 1
Mujer embarazada y niño no nacido aún	menor que la columna C del Cuadro 1	No Corresponde	mayor que la columna C del Cuadro 1 O solicite Acceso para Recién Nacidos y Madres (AIM)

La cantidad de miembros de su familia y su ingreso determinan cuáles programas pueden solicitar usted o sus(s) hijo(s). Si puede recibir Medi-Cal sin costo, no puede recibir Healthy Families.

Primero, para determinar si usted o sus(s) hijo(s) pueden recibir Medi-Cal sin costo, debe hacer lo siguiente:

- ◆ Vaya al Cuadro 1, marque el número de miembros de su familia. Regresará a esta línea más adelante.
- ◆ Vaya al Cuadro 2, anote el nombre y apellido de cada uno de los niños y el nombre y apellido de la mujer embarazada en el grupo correcto.
- ◆ Refiérase a las instrucciones de la columna de Medi-Cal sin costo del Cuadro 2 para cada una de las personas incluidas en la lista.
- ◆ Vea si usted o sus(s) hijo(s) pueden recibir Medi-Cal sin costo en base a su ingreso, que figura en esta columna. Si la respuesta es sí, solicite Medi-Cal. Si no puede hacerlo, continúe.

Segundo, si no puede recibir Medi-Cal sin costo, para determinar si usted o sus(s) hijo(s) pueden recibir Healthy Families, debe hacer lo siguiente:

- ◆ Vaya al Cuadro 1, marque el número de miembros de su familia. Regresará a esta línea más adelante.
- ◆ Vaya al Cuadro 2, anote el nombre y apellido de cada uno de los niños en el grupo correcto.
- ◆ Refiérase a las instrucciones de la columna de Healthy Families del Cuadro 2 para cada una de las personas incluidas en la lista.
- ◆ Vea si usted o sus(s) hijo(s) pueden recibir Healthy Families en base a su ingreso, que figura en esta columna. Si la respuesta es sí, solicite Healthy Families. Si no puede hacerlo, continúe.

Tercero, si usted o sus(s) hijo(s) no pueden recibir Medi-Cal sin costo o Healthy Families, es posible que puedan recibir Medi-Cal con parte del costo o AIM.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:

- ◆ Si los ingresos de su familia son mayores que la cantidad del Cuadro 1 para el número de miembros de su familia, usted o sus hijos aún pueden calificar para beneficios de Medi-Cal, con o sin parte del costo. El ingreso se calcula de distinta forma para algunos miembros de la familia, tales como:
 - ◆ Una persona incapacitada permanentemente
 - ◆ Un padrastro o madrastra
 - ◆ Un hijo con ingresos propios
- ◆ Comuníquese con la oficina de beneficencia local de su condado para que lo ayuden.

Para Healthy Families, llame gratis al 1-800-880-5305. Para Medi-Cal, llame gratis al 1-888-747-1222
Para Acceso para Recién Nacidos y Madres llame gratis al 1-800-433-2611.

PARTE A: Solicitud de Atención Médica - Healthy Families y/o Medi-Cal

Si solicita más de un programa, necesitará fotocopiar este formulario y enviar uno en cada paquete con sus solicitudes. Por favor marque el cuadro que está junto al programa en el que solicita inscribirse.

HEALTHY FAMILIES

PROGRAMA MEDI-CAL

MEDI-CAL PARA

Si usted o sus hijos no reúnen los requisitos para Healthy Families, ¿desea que enviemos esta solicitud al Programa Medi-Cal?

No Sí

Si determinamos que sus ingresos permiten a su(s) hijo(s) menores de 19 años recibir Medi-Cal con parte del costo, ¿desea que enviemos esta solicitud al Programa Healthy Families?

No Sí

MUJERES EMBARAZADAS

Si está embarazada y es elegible para Medi-Cal con parte del costo, ¿desea que enviemos esta solicitud al programa Acceso para Recién Nacidos y Madres (AIM)?

No Sí

SECCIÓN 1: Información del Solicitante

- Nombre y apellido del solicitante _____
Apellido Nombre
- Estado civil: Casado/a Divorciado/a Viudo/a Nunca estuve casado/a Separado/a
- Domicilio particular _____
Calle Ciudad Condado Código postal
- Dirección postal (si es diferente) _____
Calle/Casilla de correo Ciudad Condado Código postal
- Teléfono de su casa (_____) _____
Código de área Teléfono de su trabajo (_____) Código de área
- Número de teléfono para mensajes (_____) _____
Código de área
- ¿Qué idioma(s) habla? _____

SECCIÓN 2: Información General sobre el Solicitante

Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a brindarle más servicios.

- ¿Alguna de las personas que solicitan beneficios padece una enfermedad que pone en peligro su vida?
 No Sí
 Si la respuesta es sí, quién: _____
- ¿Alguna de las personas que solicitan beneficios está embarazada?
 No Sí
 Si la respuesta es sí, quién: _____ Fecha estimada del nacimiento: _____
- ¿Alguna de las personas que solicitan beneficios tiene una necesidad médica urgente?
 No Sí
 Si la respuesta es sí, quién: _____
- ¿Algún miembro de su familia que vive en su hogar es ciego o está incapacitado?
 No Sí
 Si la respuesta es sí, quién: _____

5. ¿Desea más información sobre el Programa de Acceso para Recién Nacidos y Madres (AIM) "Sólo para mujeres embarazadas"?
 No Sí

6. ¿Desea información sobre los servicios que proporciona el Programa de Alimentación Especial Suplementaria para Mujeres, Recién Nacidos y Niños (WIC)?
 No Sí

SECCIÓN 3: Gastos Médicos Anteriores

- ¿Algún miembro de su familia ha tenido gastos médicos durante los últimos 3 meses? Medi-Cal tal vez pueda ayudarlo a pagar estos gastos.
 No Sí
 - ¿Esta persona desea solicitar cobertura de Medi-Cal para estos 3 meses anteriores?
 No Sí
 Si la respuesta es sí, quién: _____
- Solicita cobertura para el/los mes(es): _____

Por favor complete y firme el reverso de este formulario

ARTE A: Solicitud de Atención Médica - Healthy Families y/o Medi-Cal (continuación)

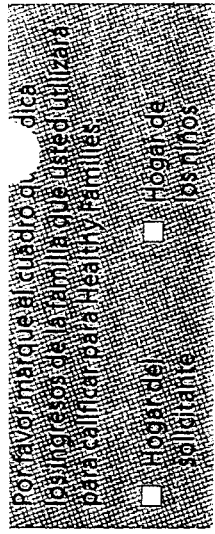
Para los niños, complete las Secciones 4 y 5, N°s 1 - 14 de la columna correspondiente al niño.
 Para Healthy Families, el adulto que solicita la inscripción de su(s) hijo(s) debe completar la Sección 4, N°s 1 - 4 de la columna correspondiente al solicitante.
 Para Healthy Families o para una persona de 18 años de edad que solicita beneficios para sí misma, complete las Secciones 4 y 5, N°s 1-13 en la columna correspondiente al solicitante.
 Para Medi-Cal, el adulto que solicita la inscripción de sus hijos debe completar la Sección 4, N°s 1 - 7 en la columna correspondiente al solicitante. Aunque usted no tenga número de Seguro Social, la solicitud de sus hijos será procesada. Si otro padre vive en la casa, complete los N°s 1 - 8 para el otro padre en la columna correspondiente al otro adulto.
 Para Medi-Cal, para una mujer embarazada que solicita servicios relacionados con el embarazo, complete las Secciones 4 y 5, N°s 1 - 13 en la columna correspondiente al solicitante o a otro adulto.
 Para los niños que reciben servicios del departamento de Salud y Prevención de Incapacidad Infantil, indique el número de reclamo en la línea 12.

SECCIÓN 4		SOLICITANTE		OTRO ADULTO		NIÑO A		NIÑO B		NIÑO C	
Por favor marque los programas que solicita:		<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno	
1.	Nombre y apellido	Apellido									
		Nombre									
2.	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
3.	Código Étnico (ver la página 28)										
4.	Número de Seguro Social (optativo para Healthy Families)										
5.	Fecha de nacimiento:	mes/día/año									
6.	Nombre y apellido al nacer (si es diferente)	Apellido									
		Nombre									
7.	Relación con el solicitante:	No Corresponde									
SECCIÓN 5											
8.	Lugar de nacimiento:	Condado/Estado/País									
9.	Nombre y apellido de la madre	Apellido									
		Nombre									
10.	Nombre y apellido del padre	Apellido									
		Nombre									
11.	Número de Reclamo de Servicios de CHDP durante los últimos 30 días	#									
12.	¿El niño tiene una Tarjeta para Beneficios de Medi-Cal (BIC)? Si la respuesta es sí, anote el número BIC	<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	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13.	¿El niño vive con el solicitante?	#									
14a.	Si no es así, anote la dirección Ciudad/Estado/Código postal	No Corresponde									
14b.	Si no es así, anote la dirección Ciudad/Estado/Código postal	No Corresponde									

SECCIÓN 6

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Parte B. Solicitud para el Programa Healthy Families



Por favor complete ambos lados de este formulario para continuar con su proceso de solicitud del Programa Healthy Families. **Si solicita la inscripción de más de 3 niños, fotocopie todas las páginas de la Parte B.**

SECCIÓN 1: Otro Seguro Médico	Persona de 18 años que desea inscribirse	Niño A	Niño B	Niño C
<p>1. ¿Alguna de las personas ha solicitado cobertura médica a través de su empleador durante los últimos 90 días? <i>Si ha respondido sí, incluya la siguiente información:</i></p> <p>¿Cuándo finalizó la cobertura del seguro para cada persona?</p> <p>Nombre del plan de atención médica: _____</p> <p>Por favor marque el cuadro que corresponda a la razón por la cual la persona no está recibiendo o no recibirá en el futuro cobertura del plan de atención médica de su empleador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a un lugar donde no existe cobertura <input type="checkbox"/> El empleador interrumpió los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Venció la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ 	<p>Apellido _____</p> <p>Nombre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>	<p>Apellido _____</p> <p>Nombre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>	<p>Apellido _____</p> <p>Nombre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>	<p>Apellido _____</p> <p>Nombre _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>
<p>2. ¿Alguna persona solicitó Medi-Cal sin costo?</p> <p><i>Si ha respondido sí, incluya la fecha en que finalizó o finalizará la cobertura para cada persona.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha _____</p>
<p>3. ¿Durante los últimos seis meses, alguna persona ha estado inscrita en el Programa Healthy Families?</p> <p><i>Si ha respondido sí, por favor indique si alguna de las razones por las que se interrumpieron los beneficios de Healthy Families fue:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo en la familia <input type="checkbox"/> Enfermedad catastrófica en la familia que le impidió a usted trabajar durante 2 semanas o más <input type="checkbox"/> La persona para la que solicitó beneficios reunió los requisitos para Medi-Cal sin costo 	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. ¿Su empleador ofrece seguro médico para la(s) persona(s) para las que solicita beneficios? (Su respuesta a esta pregunta no afectará su elegibilidad).</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Para Healthy Families, llame gratis al 1-800-880-5305.

Parte B: Solicitud para el Programa Healthy Families (continuación)

SECCIÓN 2: Elección de Planes Combinados y Proveedores de Atención Médica, Dental y de la Vista

PLANES - (Compañía de Seguros)

Elija una de las combinaciones de planes de atención médica, dental y de la vista que figuran para el Condado donde vive la(s) persona(s) para la(s) que solicita beneficios. Sólo puede seleccionar un combinación de planes por hogar. Si no elige una combinación de planes, Healthy Families le regresará su solicitud.

Por favor refiérase al Manual del Programa Healthy Families si necesita ayuda para completar esta sección. El Manual del Programa Healthy Families le ofrece descripciones de las combinaciones de los Planes de Healthy Families e ideas para ayudarlo a elegir el plan más conveniente para las personas para las que solicita beneficios. Llame al 1-800-880-5305 para solicitar una copia del manual o para obtener información sobre los proveedores disponibles a través de cada uno de los planes de Healthy Families.

HOGAR 1 - Código del plan _____

Plan de atención médica: _____

Plan de atención dental: _____

Plan de atención de la vista: _____

Sino elige una combinación de planes médico, dental y de la vista se le regresará su solicitud.

HOGAR 1 - Proveedores/Clinicas (Si no elige aquí, el plan que seleccionó más arriba podrá comunicarse con usted o elegir un proveedor en su nombre).

	Nombre del niño	Proveedor de atención médica/Clinica	Código	Proveedor de atención dental/Clinica	Código
1.					
2.					
3.					
4.					

HOGAR 2 - Código del plan _____
(De ser necesario)

Plan de atención médica: _____

Plan de atención dental: _____

Plan de atención de la vista: _____

Sino elige una combinación de planes médico, dental y de la vista se le regresará su solicitud.

HOGAR 2 - Proveedores/Clinicas (Si no elige aquí, el plan que seleccionó más arriba podrá comunicarse con usted o elegir un proveedor en su nombre).

	Nombre del niño	Proveedor de atención médica/Clinica	Código	Proveedor de atención dental/Clinica	Código
1.					
2.					
3.					
4.					

Parte B: Solicitud para el Programa Healthy Families (continuación)

SECCIÓN 3: Declaraciones - El solicitante debe poner sus iniciales en cada declaración

- _____ 1. He leído y comprendo el Manual del Programa Healthy Families, así como los planes y beneficios individuales ofrecidos.
- _____ 2. Declaro que tengo 18 años y solicito beneficios para mí o que estoy solicitando beneficios para todos aquellos de mi(s) hijo(s) que reúnan los requisitos del Programa Healthy Families (a menos que ya estén inscritos en el programa).
- _____ 3. Declaro que ninguna de las personas que he incluido en esta solicitud reúne los requisitos para **Medicare Parte A y Parte B**.
- _____ 4. Declaro que cada una de las personas para las que solicito beneficios en esta solicitud vive en el estado de California.
- _____ 5. Declaro y comprendo que yo y cada una de las personas para las que solicito beneficios en esta solicitud deberemos cumplir con todas las normas y requisitos del **Programa Healthy Families**.
- _____ 6. Declaro que ninguna de las personas para las que solicito beneficios en esta solicitud es un miembro de la familia que es elegible para recibir atención médica a través del Sistema de Retiro para Empleados Públicos de California.
- _____ 7. Declaro que ninguna de las personas para las que solicito beneficios en esta solicitud está en la cárcel ni es paciente de un hospital público de salud mental.
- _____ 8. Autorizo al **Programa Healthy Families** a que verifique los ingresos de mi familia, la cobertura médica, el estado inmigratorio de la(s) persona(s) para la(s) que solicito beneficios y que todas las personas para las que solicito beneficios en esta solicitud viven en California, así como toda otra información incluida en esta solicitud.
- _____ 9. Me comprometo a pagar la prima mensual del programa para mi familia durante seis (6) meses. Comprendo que si no pago esta prima, yo o la(s) persona(s) para las que solicito beneficios no podremos ser miembros del **Programa Healthy Families** y nuestra inscripción se anulará. El pago por todos los servicios del **Programa Healthy Families** que yo, o la(s) persona(s) para las que solicito beneficios necesitemos utilizar a partir de la fecha de la última prima mensual, será mi responsabilidad.
- _____ 10. Declaro que llamaré o informaré por escrito al **Programa Healthy Families** dentro del plazo de un mes (30 días) si se produce algún cambio en el domicilio o la dirección postal mía o de la(s) persona(s) para la(s) que solicito beneficios.

Parte D: Solicitud para el Programa Healthy Families (continuación)



SECCIÓN 4: Ciudadanía/Estado Inmigratorio

- ◆ Por favor indique el estado de cada persona para la que solicita beneficios marcando (✓) en uno de los cuadros que figuran a continuación.
 - ◆ Si marcó un cuadro en la Parte II o en la Parte IV, también marque un cuadro en la Parte V si corresponde.
 - ◆ Deben presentarse pruebas para cada categoría de extranjero marcada en las Partes I, II, IV y V.
- Consulte el Manual de Programa Healthy Families para averiguar qué documentos debe presentar y para determinar qué extranjeros reúnen los requisitos para el programa.

Escriba el nombre y apellido en los cuadros que figuran a continuación, del reverso de la Parte A, página 12

Persona de 18 años que desea inscribirse	Niño A		Niño B		Niño C	
	Apellido	Nombre	Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
Apellido _____ Nombre _____	Apellido _____ Nombre _____	Apellido _____ Nombre _____	Apellido _____ Nombre _____	Apellido _____ Nombre _____	Apellido _____ Nombre _____	Apellido _____ Nombre _____

Parte I

Ciudadano o nativo de Estados Unidos

Si no tiene el documento que demuestra el estado inmigratorio ahora, puede presentarlo dentro de los 60 días a partir de la fecha de inscripción en el programa.

(Si marca esta línea para todas las personas que solicita inscribir, puede pasar a la Sección 5).

Parte II

Un extranjero que ha sido admitido como residente legal permanente.

Un extranjero autorizado a ingresar a EE.UU. con carácter condicional antes del 1 de abril de 1980.

Un extranjero que ha sido admitido a EE.UU. por un período de un año o más, de conformidad con el Artículo 212(d) (5) del INA.

Un extranjero o el hijo de un extranjero que ha sido sometido a abuso físico o crueldad extrema en EE.UU. por parte de su cónyuge o su padre o madre, o por parte de un familiar de su cónyuge o de su padre o madre con quien compartía la vivienda.

Si la respuesta es sí ¿alguna de las siguientes condiciones es un resultado directo de este hecho?

- La pérdida del apoyo económico debido a la separación del cónyuge violento
- La necesidad de atención médica o apoyo psicológico, o el estar incapacitado
- El abuso sexual trajo como consecuencia un embarazo
- La pérdida de cobertura médica y/o servicios de atención médica.

¿La persona para la que solicita beneficios vive actualmente en el mismo hogar que quien le causó el abuso?

Sí NO Sí NO Sí NO Sí NO

Parte III

¿En qué fecha ingresó a EE.UU. cada una de las personas que marcaron un cuadro en la Parte II que antecede?

Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____

Parte IV

Un extranjero al que se le ha otorgado asilo

Un refugiado admitido en EE.UU.

Un extranjero cuya deportación ha sido postergada de conformidad con el Artículo 243(h) del INA

Un extranjero de nacionalidad cubana / haitiana

Parte V

Un extranjero que es un ex-combatiente, o que es un miembro activo de las Fuerzas Armadas de EE.UU., que es el cónyuge, cónyuge sobreviviente no casado, o hijo no casado de un ex-combatiente o miembro activo de las Fuerzas Armadas de EE.UU.

Un extranjero admitido en EE.UU. como inmigrante amerasiático.

Parte 2. Solicitud para el Programa Healthy Families (continuación)

SECCIÓN 5: Notificación sobre Privacidad

La Ley de Prácticas de Información de 1997 y la Ley Federal sobre Privacidad, requieren que este Programa informe lo siguiente a las personas a quienes Healthy Families les solicita información:

- ◆ La información personal y médica se solicita sólo para la identificación del suscriptor y la administración del programa. Las normas del programa requieren, en el Título 10, CCR, Artículo 2699.6600, que toda persona proporcione cierta información cuando solicite inscribirse en el Programa Healthy Families. La información sobre el suscriptor podrá ser compartida con agencias locales y del Estado que participen en la administración de programas de atención médica.
- ◆ La información sobre las personas que no lleguen a ser suscriptores (incluyendo el estado inmigratorio), se utilizará sólo para determinar la elegibilidad y para la administración del programa.
- ◆ La omisión en la entrega de esta información puede causar que la solicitud sea devuelta por estar incompleta.
- ◆ No es obligatorio incluir la siguiente información en la solicitud: número de seguro social e información étnica (a menos que usted sea nativo de raza indígena americana).
- ◆ Toda persona tiene derecho a tener acceso a los registros con su información personal que se encuentran en poder de la Junta de Administración de Seguro Médico (Managed Risk Medical Insurance Board).
- ◆ El funcionario a cargo de la información es el Director Adjunto de Elegibilidad e Inscripción, Junta de Administración de Seguro Médico, (1000 G Street, Oficina 450, Sacramento, California 95814). La junta podrá cobrar una suma pequeña para cubrir los costos de la duplicación de esta información.

SECCIÓN 6: Firma

Declaro que todas las personas que figuran en esta solicitud cumplirán con las normas de participación, el proceso de revisión de utilización y los procesos de resolución de desacuerdos de los planes participantes en los que dichas personas estén inscritas. Comprendo que el proceso de resolución de desacuerdos puede incluir un arbitraje neutral obligatorio y que quizá esté renunciando a todo derecho a un juicio ante un jurado o ante un tribunal para resolver cualquier reclamo iniciado por mí, mis dependientes inscritos en el plan, mis herederos, representantes personales o toda persona relacionada con nosotros, en contra del plan participante o de los empleados, socios o representantes del plan participante. Asimismo, comprendo que algunos de los planes que requieren un arbitraje neutral obligatorio pueden además incluir los reclamos por negligencia (mal: práctica médica) dentro de los tipos de reclamos que deben ser resueltos por medio del procedimiento de arbitraje. Declaro que he revisado la lista de planes que requieren un arbitraje neutral obligatorio, que figura en el **Manual del Programa Healthy Families**.

Yo, el solicitante, certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Se requiere la firma del solicitante

X _____ Fecha: _____

Firma del testigo: (si el solicitante ha firmado con una marca)

X _____ Fecha: _____

Parte C. Solicitud para el Programa Medi-Cal

SECCIÓN 1: Información Familiar

1. ¿Alguna persona de su familia tiene otro seguro médico, dental o de la vista en la actualidad? No Sí
Si es así, quién: _____
- Si la respuesta es sí, nombre(s) de la compañía de seguro: _____
- a) _____ c) _____
- b) _____
2. ¿Usted o su familia viven y tienen intenciones de permanecer (residir) en California? No Sí
3. ¿Uno de los padres con el que vive el niño tiene Tarjeta para Cruce de Frontera? No Sí
4. Si está embarazada y solicitando Medi-Cal, ¿tiene Tarjeta para Cruce de Frontera? No Sí
5. ¿Usted o algún miembro de su familia ha estado alguna vez en la fuerzas armadas de EEUU.? No Sí
Si es así, quién: _____

SECCIÓN 2: Información General

Responda a las preguntas para las personas que desean recibir Medi-Cal. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad.

1. ¿Algún miembro de su familia se encuentra actualmente en un hogar de convalecencia / hospital / hospedaje? No Sí
Si es así, quién: _____
- Centro: _____ Fecha de ingreso _____
2. ¿Usted o algún miembro de su familia padece un problema físico / emocional que le haga difícil trabajar o atender sus necesidades personales? No Sí
Si es así, quién: _____
- ¿El problema persistirá durante por lo menos un año? No Sí
3. ¿El problema físico / emocional es resultado de una lesión o accidente? No Sí
- ¿Algún miembro de su familia ha iniciado una acción legal debido a una incapacidad o problema emocional? No Sí
- Nombre del abogado: _____ Dirección del abogado: _____

SECCIÓN 3: ¿Desea Información Sobre Otros Programas?

1. ¿Desea recibir más información sobre los servicios del programa de Salud y Prevención de Incapacidades Infantiles (Child Health and Disability Prevention - CHDP) para que le brinden exámenes médicos y dentales regulares a los miembros de su familia menores de 21 años? No Sí
2. ¿Desea recibir servicios médicos de CHDP? No Sí
3. ¿Desea recibir servicios dentales de CHDP? No Sí
4. ¿Necesita ayuda para hacer una cita o con el transporte hasta los servicios de CHDP? No Sí

Para Medi-Cal, llame gratis al 1-888-747-1222

Parte Solicitud para el Programa Medi-Cal (continuación)

SECCIÓN 4: Certificación del Solicitante - El Solicitante Debe Leer y Poner sus Iniciales Junto a Cada Declaración.

1. He leído y recibido una copia de Información importante para las personas que solicitan Medi-Cal (MC219), ver páginas 24-27
2. Comprendo que todas las declaraciones de este formulario, incluyendo la información sobre beneficios e ingresos, hechas por mí en este formulario y en todos los formularios suplementarios, están sujetas a investigación y verificación.
3. Declaro que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en esta solicitud y su(s) formulario(s) suplementario(s) es verdadera y correcta.
4. Comprendo que la ley requiere que el condado mantenga la confidencialidad de toda la información que yo le proporciono.
5. Comprendo que la información que he provisto puede ser compartida con agencias estatales y locales que participan en la administración de programas de atención médica.

SECCIÓN 5: Firmas

1. Firma del intérprete: _____ Fecha: _____
 - 1a. Relación con el solicitante: _____ Número telefónico: _____
 2. Firma de la persona que actúa en representación del solicitante: _____ Fecha: _____
 - 2a. Relación con el solicitante: _____ Número telefónico: _____
 3. Firma del testigo: (si el solicitante ha firmado con una marca) _____ Fecha: _____
 - 3a. Relación con el solicitante: _____ Número telefónico: _____
 4. Firma de la persona que ayudó al solicitante a completar el formulario: _____ Fecha: _____
 - 4a. Relación con el solicitante: _____ Número telefónico: _____
- Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas a mi leal saber y entender.

5. FIRMA DEL SOLICITANTE X

_____ Fecha: _____

Debe enviar formularios adicionales y copias de la forma al condado con su oficina de Medi-Cal. Retérese a la página 2 para ver ejemplos de papeles de verificación e instrucciones de envío por correo.

Las respuestas a las preguntas de este cuadrante brindan información que le permite al gobierno federal asistir a California en el pago de los programas de atención médica, sus respuestas no afectarán su elegibilidad.

¿Residente de más de un automóvil? No Sí

¿Tiene más de \$3,150 en total en sus cuentas bancarias? No Sí

SECCIÓN A: ¿Quiénes Desean Recibir Medi-Cal?

or favor escriba el primer nombre y apellido de todas las personas que solicitan Medi-Cal:

Adulto que solicita Medi-Cal	Niño A	Niño B	Niño C
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre

SECCIÓN B: Declaración sobre Ciudadanía/Estado Inmigratorio

Para todas aquellas personas que solicitan inscribirse, responda a la pregunta 1 marcando (✓) un cuadro.	Adulto que solicita	Niño A	Niño B	Niño C
1. ¿La persona que solicita los beneficios es ciudadana o nativa de Estados Unidos? Los ciudadanos y nativos de Estados Unidos que reúnen todos los requisitos de elegibilidad pueden recibir los beneficios completos de Medi-Cal. (Si marcó "Sí" en esta línea para todas las personas que solicitan beneficios, pase directamente a la sección C, línea 5).	<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

Si alguna de las personas que solicita beneficios es extranjero, por favor responda a las preguntas 2, 3, 4 que figuran a continuación. Si la persona declara ser Residente Permanente en EE.UU. conforme a la ley PRUCOL, si la persona es un extranjero, las preguntas 2, 3 y 4 debido a que estas categorías no corresponden a su estatus de inmigración. Esta información solo podrá ser utilizada para fines de Medi-Cal y para determinar si se cumplen las leyes de inmigración aplicables que rigen este procedimiento. (continúa en la página 22)

Para aquellas personas que solicitan inscribirse que no sean ciudadanas o nativas de Estados Unidos, por favor responda a las preguntas 2, 3, 4 (y 5, si declara estar en conformidad a la ley PRUCOL) marcando (✓) en un cuadro.	Adulto que solicita	Niño A	Niño B	Niño C
2. ¿La persona que solicita inscribirse es un extranjero beneficiado por amnistía con un I-688 válido y vigente?	<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
3. ¿La persona que solicita inscribirse es un residente permanente legal?	<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
4. ¿La persona que solicita inscribirse es un extranjero que reside permanentemente en EE.UU conforme a la ley PRUCOL?	<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
5. Si la persona que solicita inscribirse pudiera recibir beneficios como un extranjero acogido a PRUCOL, indique qué estado legal le habilita para recibir beneficios marcando (✓) en uno de los cuadros que figuran a continuación.				
a) Persona admitida condicionalmente en Estados Unidos antes del 1 de abril de 1980	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Extranjero admitido en Estados Unidos bajo palabra, incluyendo personas de nacionalidad cubana/haitiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Extranjero sujeto a una Orden de Supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Extranjero al que se le ha concedido la suspensión de la deportación por tiempo indefinido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Extranjero al que se le ha concedido la posibilidad de abandonar el país voluntariamente por tiempo indefinido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Extranjero cuya petición de un familiar inmediato ha sido aprobada (Formulario I-130 del INS), y que tiene derecho a abandonar el país voluntariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Extranjero que ha presentado debidamente una solicitud de residencia permanente legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(continúa en la página 22)

Por favor complete las secciones C y D en el reverso de este formulario. ►

Continuación de estado PRUCOL	Adulto que solicita	Niño A	Niño B	Niño C
h) Extranjero a quien se le ha concedido la suspensión de la deportación por un periodo determinado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Extranjero a quien se le ha concedido asilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Refugiado admitido en EE.UU. a partir del 1 de abril de 1980	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Extranjero a quien se le ha concedido la posibilidad de abandonar voluntariamente el país y que está a la espera de la emisión de una visa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Extranjero con estado de acción diferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Extranjero que ha ingresado y residido en EE.UU. de manera continua desde antes del 1 de enero de 1972, que sería elegible para un cambio de estado al de residente permanente legal, de conformidad con el Artículo 249 del INA (elegible como extranjero registrado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Extranjero al que se le ha concedido la suspensión de la deportación y cuya partida el INS no piensa hacer cumplir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Extranjero al que se le ha concedido la suspensión de la deportación, de conformidad con el Artículo 243(h) del INA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Extranjero no incluido en ninguna de las categorías anteriores, que pueda demostrar que: (1) El INS sabe que él/ella se encuentra en Estados Unidos, y (2) el INS no tiene intenciones de deportarlo/la, ya sea debido a la categoría de la situación de esta persona o a sus circunstancias particulares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN C: Información sobre Solicitantes

Responda a las preguntas para las personas que desean recibir Medi-Cal.

Para aquellas personas que sean ciudadanas o nativas de Estados Unidos, complete sólo la línea 5 que figura más abajo.

Para aquellas personas que soliciten beneficios que hayan respondido Sí a las preguntas 2, 3 o 4 de la Sección B, complete toda la información de las líneas 1-5 que figuran a continuación.

	Solicitante (por sí mismo)	Niño A
1. Número de Registro de Extranjero y/o Admisión de Extranjero (Formulario 1-94 del INS).		
2. Fecha en que ingresó por primera vez a EE.UU.		
3. Nombre y apellido cuando ingresó por primera vez a EE.UU.		
4. ¿De qué país es ciudadano?		
5. ¿Dónde nació?		

	Niño B	Niño C
1. Número de Registro de Extranjero y/o Admisión de Extranjero (Formulario 1-94 del INS).		
2. Fecha en que ingresó por primera vez a EE.UU.		
3. Nombre y apellido cuando ingresó por primera vez a EE.UU.		
4. ¿De qué país es ciudadano?		
5. ¿Dónde nació?		

SECCIÓN D: Firmas

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON CORRECTAS Y VERDADERAS A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma del solicitante o de la persona legalmente autorizada a actuar en representación de todos los solicitantes que figuran en el frente de este formulario

Fecha

Información Importante para las Personas que Solicitan Medi-Cal - MC 219

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Los Artículos 14011 y 14012 del Código de Beneficencia e Instituciones (Welfare and Institutions Code) permiten a los departamentos de beneficencia solicitarle cierta información para determinar si usted o las personas a quienes representa pueden recibir beneficios de Medi-Cal. Debe brindarnos esta información para recibir beneficios de Medi-Cal. La información será utilizada:

1. Por el departamento de beneficencia del condado, para determinar su elegibilidad para recibir Medi-Cal por primera vez y en el futuro.
2. Por los Sistemas Electrónicos de Datos (Electronic Data Systems - EDS) para procesar reclamos y elaborar las Tarjetas de Identificación para Beneficios (BIC).
3. Por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para efectuar auditorías y controles de calidad y para verificar las Compras de Medi-Cal (Medi-Cal Buy-in) y el Número de Seguro Social (SSN).
4. Para verificar el estado inmigratorio con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS), sólo en el caso de los extranjeros que declaren ser residentes permanentes legalmente autorizados o las personas que residen permanentemente en EE.UU. conforme a la ley PRUCOL o los extranjeros que hayan sido beneficiados por una amnistía y tengan una tarjeta 1-688 válida y vigente. La información que reciba el INS sólo podrá ser utilizada para determinar la elegibilidad para Medi-Cal y no para hacer cumplir las leyes de inmigración, a menos que usted esté cometiendo un fraude.
5. Por los proveedores de servicios médicos y organizaciones para la conservación de la salud para determinar su elegibilidad.
6. Para identificar la cobertura médica e iniciar acciones de cobro.

DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y ACUERDOS DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE MEDI-CAL

Tengo derecho a:

1. Solicitar un intérprete para que me ayude con mi solicitud de Medi-Cal si tengo dificultades para hablar o comprender el idioma inglés.
2. Ser tratado con justicia e igualdad, sin importar mi raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad o creencia política.
3. Solicitar inscribirme en el programa como persona incapacitada si considero que estoy incapacitado.
4. Ser informado sobre las normas de elegibilidad para Medi-Cal retroactivo.
5. Solicitar Medi-Cal y ser notificado **por escrito** si califico para alguno de los programas de Medi-Cal.
6. Revisar los manuales de normas y reglamentos del programa Medi-Cal si deseo cuestionar las razones por las que se aprueba o se niega mi elegibilidad.
7. Solicitar que toda la información que entregue al departamento de beneficencia del condado se mantenga dentro de la mayor confidencialidad, y tener oportunidad de revisar dicha información durante el horario regular de oficina.
8. Recibir una tarjeta de necesidad inmediata **cuando sea posible y cuando yo sea elegible** si sufro una emergencia médica o estoy embarazada.
9. Recibir Medi-Cal, según se autorice, mientras se documenta y verifica mi estado inmigratorio satisfactorio, y si cumplo con los demás requisitos de elegibilidad. **Los extranjeros admitidos legalmente como residentes permanentes, los extranjeros admitidos por PRUCOL o los extranjeros que hayan sido beneficiados por una amnistía y tengan una tarjeta 1-688 válida y vigente se encuentran en una situación inmigratoria satisfactoria.**
10. Ser informado sobre el Programa Salud y Prevención de Incapacidad Infantil y el Programa de Alimentación Especial Suplementaria para Mujeres, Recién Nacidos y Niños, y a solicitar asistencia para recibir estos servicios.
11. Solicitar y recibir información sobre el Programa de Planificación Familiar y a que se me informe si soy elegible para recibir dichos servicios.
12. Hablar con un trabajador social sobre otros servicios o recursos públicos o privados que puedo recibir.
13. Ser informado sobre los Planes de Atención Médica de Medi-Cal en los que mi familia y yo podemos inscribirnos para recibir la atención de un médico y otros servicios médicos, y a elegir la opción que yo prefiera.
14. Reducir mi participación en el costo entregando cualquier factura por atención médica pendiente de pago (que aún deba).
15. Reducir mi reserva de bienes hasta el límite que establezca Medi-Cal antes del último día del mes en el que deseo recibir Medi-Cal, incluyendo el mes en que presente mi solicitud, y a ser informado sobre cómo puedo utilizar el excedente de mis bienes.

Información Importante para las Personas que Solicitan Medi-Cal (continuación)

16. Dividir mediante un acuerdo por escrito los bienes mancomunados (los de mi cónyuge y los míos) (no exentos), en partes iguales e independientes de bienes si uno de nosotros ingresara en un Centro de Atención Prolongada (Long Term Care - LTC) antes del 30 de septiembre de 1989.
17. Mantener una cantidad determinada de bienes independientes y mancomunados contables si yo ingreso a un centro LTC a partir del 1 de enero de 1990 inclusive. Mi cónyuge y yo tenemos derecho a que se nos informe la cantidad.
18. Tener una audiencia ante el Estado si no estoy conforme con una acción tomada (o no tomada) por el Departamento de Beneficencia del condado o el Departamento de Servicios de Salud del Estado, excepto con respecto a las acciones relacionadas con los programas de Pago de la Prima del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment - HIPP) y Plan de Atención Médica de Grupo del Empleador (Employer Group Health Plan - EGHP). Si deseo una audiencia ante el Estado para apelar la decisión, debo solicitarla dentro de los 90 días de la fecha en que se me envíe por correo la Notificación de Acción (NOA). Si no recibo una NOA, debo solicitar una audiencia dentro de los 90 días a partir de la fecha en que tome conocimiento de la acción (u omisión) con la que estoy disconforme. La fecha en que tome conocimiento será la fecha en que fui informado o debí haber sido informado sobre dicha acción. La mejor manera de solicitar una audiencia es comunicándose con el Departamento de Beneficencia del condado más cercano.

TENGO LA RESPONSABILIDAD DE INFORMAR AL REPRESENTANTE DE MI CONDADO DENTRO DE UN PLAZO DE DIEZ (10) DÍAS CUANDO:

1. Mi ingreso o el de cualquier miembro de mi familia aumente, comience o se interrumpa. Esto incluye el ingreso recibido de la Administración de Seguro Social (SSA), préstamos, compensaciones o de cualquier otra fuente.
2. Tenga programado cambiar o haya cambiado de domicilio o dirección postal.
3. Una persona, incluyendo un niño recién nacido, pariente o no mío o de mi familia, se mude a mi hogar o fuera de él.
4. Un padre ausente regrese al hogar.
5. Yo o un miembro de mi familia dé a luz, esté embarazada, o finalice un embarazo.
6. Yo, mi cónyuge o cualquier miembro de mi familia ingrese o abandone un hogar de convalecencia o centro LTC.
7. Reciba, transfiera, ceda o venda bienes inmuebles o bienes muebles (incluyendo dinero) o cuando alguien me ceda o le ceda a un miembro de mi familia bienes tales como un automóvil, una vivienda, pagos de seguro, etc.
8. Cualquiera de mis gastos sea abonado por otra persona en vez de mí.
9. Yo o un miembro de mi familia obtenga empleo, cambie de empleo o deje de tener empleo.
10. Se produzca un cambio en los gastos relacionados con mi empleo o educación. (Por ejemplo, cuidado infantil, transporte, etc.)
11. Yo o un miembro de familia quede incapacitado física o mentalmente de manera tal que yo/él/ella no pueda obtener o mantener un empleo (esto incluiría a un niño de la familia que no pudiera obtener empleo en el futuro debido a una incapacidad).
12. Yo o un miembro de mi familia solicite beneficios por incapacidad a la SSA, Administración de Ex combatientes, o Retiro Ferroviario.
13. Uno de mis hijos abandone la escuela o regrese a la escuela.
14. Se produzca un cambio en el estado de ciudadanía/inmigratorio de cualquier miembro de mi familia que solicite o reciba Medi-Cal.
15. Cambie mi cobertura médica o la de un miembro de mi familia.

TENGO LA RESPONSABILIDAD DE:

1. Completar y remitir un informe de situación antes de la fecha requerida, cuando lo solicite el condado.
2. Presentar pruebas de que soy residente de California.
3. Declarar sobre mi estado de ciudadanía/inmigratorio.
4. Proporcionar un SSN (Número de Seguro Social) para mí y/o para cualquier miembro de mi familia que tenga SSN y desee recibir beneficios de Medi-Cal. Si soy ciudadano de EE.UU., nativo de EE.UU. o extranjero con un estado inmigratorio satisfactorio, debo solicitar un SSN si aún no tengo un número e informárselo al condado. Si es necesario que solicite un SSN, puedo recibir ayuda de mi trabajador de elegibilidad, pero debo colaborar con la SSA para aclarar cualquier pregunta o mis beneficios de Medi-Cal podrán ser negados o interrumpidos. (Los extranjeros que no tengan un estado inmigratorio satisfactorio y no tengan SSN pueden recibir Medi-Cal *restringido* sin solicitar un SSN, si reúnen todos los requisitos).

Información Importante para las Personas que Solicitan Medi-Cal (continuación)

5. Solicitar cualquier ingreso que pudiera estar disponible para mí o para cualquier miembro de mi familia.
6. Solicitar beneficios de Medicare si soy ciego, incapacitado, tengo una Enfermedad Renal en su Etapa Final, o tengo 64 años y 9 meses de edad o más y soy elegible. Tengo la responsabilidad de informar a mis proveedores de que estoy cubierto tanto por Medi-Cal como por Medicare.
7. Solicitar e inscribirme en cualquier seguro médico que esté disponible para mí y mi familia sin costo. Tengo la responsabilidad de continuar inscrito en el plan de atención médica cuando Medi-Cal apruebe el pago de las primas del plan por parte del Estado de California.
8. Notificar al departamento del condado y al proveedor de atención médica sobre cualquier cobertura/seguro médico que haya contratado o que esté autorizado a utilizar, incluyendo Medicare. Si omito intencionalmente informar sobre este hecho, podré ser considerado culpable de un delito penal o mi proveedor podrá enviarme una factura para que pague los servicios.
9. Consultar a mi plan de atención médica (por ejemplo Kaiser, CHAMPUS o MEDICARE HMO) para recibir atención médica. (Medi-Cal no pagará ningún servicio cubierto por el plan).
10. Entregar al Estado cualquier pago que reciba del seguro si Medi-Cal ya ha pagado por mi atención médica.
11. Asistir a una presentación, si éstas se ofrecen, e indicar mi elección por escrito, o, si recibo la información por correo, responder cómo deseo recibir mis beneficios de Medi-Cal. Si no asisto a una presentación e indico mi elección ni elijo por correo, los miembros elegibles de mi familia y yo podremos ser inscritos en un Plan de Atención Médica de Medi-Cal cercano a mi hogar.
12. Firmar y fechar mi BIC cuando la reciba, y comprobar que se utiliza sólo para recibir atención médica necesaria para mí y para los miembros elegibles de mi familia.
13. Presentar mi BIC a mi proveedor de atención médica cuando esté enfermo o tenga una cita. En una emergencia y cuando no disponga de la BIC, debo presentar la BIC al proveedor médico cuando sea posible.
14. Notificar al departamento del condado cuando reciba atención médica por un accidente o lesión causada por el acto u omisión de un tercero, cuando estos servicios se cobren o puedan ser cobrados a Medi-Cal.
15. Cooperar con el Estado o Condado para establecer la paternidad e identificar cualquier cobertura médica posible a la que yo o mi familia pudiéramos tener derecho por medio de un padre ausente.
16. Cooperar con el estado de California si mi caso es seleccionado para revisión por parte del equipo de revisión y control. Si me niego a cooperar, mis beneficios de Medi-Cal serán interrumpidos.

COMPRENDO QUE:

1. No proporcionar los datos necesarios o dar deliberadamente información falsa puede causar que se nieguen o interrumpan mis beneficios de Medi-Cal. Asimismo, mi caso puede ser investigado por sospecha de fraude.
2. La información que proporcione será verificada por computadora con la información provista por los empleadores, bancos, SSA, Servicio de Recaudación de Impuestos del Estado (Franchise Tax Board), beneficencia, y otros organismos. Tendré derecho a ofrecer pruebas para corregir cualquier hecho que se determine que es incorrecto.
3. Los extranjeros que no se encuentren en un estado inmigratorio satisfactorio y no cuenten con un SSN podrán recibir Medi-Cal *restringido* sin solicitar un SSN si cumplen con todos los requisitos.
4. La información sobre el estado inmigratorio provista como parte de la solicitud de Medi-Cal es confidencial.
5. En base a mis ingresos, deberé pagar o se me cobrarán parte de mis gastos médicos antes de que comience a recibir Medi-Cal.
6. Si no informo sin demora sobre cualquier cambio y por ello recibo beneficios de Medi-Cal para los que no soy elegible, es posible que deba reembolsar al Departamento de Servicios de Salud del Estado por estos gastos.
7. Si solicito beneficios por incapacidad a la SSA mientras estoy recibiendo Medi-Cal, y la SSA rechaza mi reclamo por incapacidad, mis beneficios de Medi-Cal pueden ser interrumpidos. Si apelo sin demora el rechazo de mi solicitud ante la SSA, mis beneficios de Medi-Cal continuarán hasta que la SSA tome una decisión final. Si la SSA acepta mi reclamo, entonces mis beneficios de Medi-Cal continuarán. Si la SSA no acepta mi reclamo, mis beneficios de Medi-Cal se interrumpirán.
Como condición de mi elegibilidad para Medi-Cal, todos los derechos a recibir asistencia médica y/o los pagos por servicios médicos para mí y para toda persona elegible sobre la que tenga responsabilidad legal, se asignarán automáticamente al Estado.
9. Si un tribunal ordena a un padre ausente que pague una cuota para la atención médica de mis hijos, la compañía de seguros deberá permitirme inscribir y proporcionar beneficios a mis hijos sin el consentimiento del padre ausente.

Información Importante para las Personas que Solicitan Medi-Cal (continuación)

10. Si no solicito o mantengo un seguro médico sin costo o pagado por el Estado, mis beneficios y/o elegibilidad para Medi-Cal serán negados o interrumpidos.
11. Cuando solicite Medi-Cal, seré evaluado para determinar si soy elegible potencialmente para otros programas de asistencia médica, incluyendo los programas HIPP y EGHP.
12. Si solicito a un proveedor de Medi-Cal cualquier servicio que no esté cubierto por mi plan de seguro médico que no sea Medi-Cal, deberé entregar al proveedor médico una declaración por escrito de mi plan de atención médica que indique que no ofrece los servicios que están cubiertos por Medi-Cal.
13. Los proveedores de Medi-Cal no podrán cobrarme copagos por seguros, coaseguros, ni deducibles a menos que dichos pagos se asignen a cubrir mi costo compartido y/o copago de Medi-Cal.
14. Si soy admitido en un centro de atención especializada y no tengo intenciones de regresar a mi hogar, el Estado podrá constituir un embargo sobre mis bienes.
15. Después de mi fallecimiento, el Estado tendrá derecho a solicitar ser reembolsado con fondos de mi patrimonio por todos los beneficios de Medi-Cal que yo haya recibido a partir de los 55 años de edad, a menos que yo tenga un cónyuge sobreviviente (en vida de él o ella), hijos menores, hijos ciegos o incapacitados permanentemente y completamente, o que esto creara inconvenientes a mis herederos.
16. Después del fallecimiento de mi cónyuge sobreviviente, el Estado tendrá derecho a reclamar el reembolso de todos los beneficios de Medi-Cal que yo hubiera recibido a partir de los 55 años de edad de la parte del patrimonio de mi cónyuge que él/ella hubiera heredado al producirse mi fallecimiento, hasta la cantidad correspondiente a los bienes que mi cónyuge haya recibido de mi patrimonio.

BIENES RAÍCES Y PROPIEDADES: Anexo de la solicitud por correspondencia de Medi-Cal

Nombre y apellido del solicitante: _____ SSN (No. Seguro Social): _____

Primero _____ Segundo _____ Apellido _____

Por favor complete la siguiente información. Puede utilizar otras hojas si necesita más espacio.

SECCIÓN 1: Cuentas en instituciones financieras. Marque el cuadro(s) junto a los tipos de cuentas que tiene.

- Bancos, Ahorros/Préstamos, Cuentas de ahorro o cuentas corrientes de Cooperativas de Crédito
- Fondo(s) fiduciario(s)
- Cuentas de fondos de retiro, IRA, KEOGH
- Certificados de depósito (CD)
- Mercado de dinero
- Fondos mutuos
- Otros

Complete la siguiente información:

Titular: _____

No. de cuenta: _____ Valor actual: _____

Nombre de la institución financiera: _____

Dirección: _____

Cheques cobrados o no cobrados:

Nombre que figura en el cheque: _____ Cantidad: _____

SECCIÓN 2: Bienes Raíces/Pagarés, Hipotecas, Escrituras de fideicomiso, Contratos de compraventa.

Vivienda (ya sea que viva en ella o no), otras casas, apartamentos, fincas, tierras, edificios, viviendas móviles (mobile homes) o propiedades de dominio vitalicio dentro o fuera de EE.UU. o del estado de CA.

Dirección o descripción legal de la propiedad: _____

Nombre y apellido del propietario: _____

¿Alguien vive allí actualmente? Sí No

¿Cuánto hace que vive allí? _____

Nombre y apellido de la persona que vive allí: _____

Relación con usted: _____

Si no vive allí ahora, ¿desea volver a vivir en esa propiedad en el futuro? Sí No

(Debe informar al condado dentro de un plazo de 10 días sobre cualquier cambio en sus intenciones de vivir en la propiedad)

¿La propiedad está publicada para la venta actualmente? _____

Valor total de la propiedad (de la declaración de impuestos): \$ _____

Cantidad que debe: \$ _____

Renta que cobra mensualmente por la propiedad: \$ _____

Valor/saldo: _____

¿Usted/un miembro de su familia tiene una participación en los ingresos de la propiedad de dominio vitalicio? Sí No

¿La propiedad de dominio vitalicio produce/genera ingresos? Sí No

Hipotecas, pagarés, escrituras fiduciarias, contratos de compraventa:

A nombre de quién están: _____

Nombre que figura en la propiedad: _____

Cantidad que debe: _____

Nombre que figura en la propiedad: _____

Cantidad que debe: _____

¿Usted/un miembro de su familia es dueño de una propiedad de dominio vitalicio, por favor complete la siguiente información:

Dirección: _____

Intereses \$ _____ anuales/mensuales

Impuestos y contribuciones \$ _____ anuales/mensuales

Servicios \$ _____ anuales/mensuales

Seguros \$ _____ anuales/mensuales

Mantenimiento y reparaciones \$ _____ anuales/mensuales

Para uso del condado
Case Name: _____
Case No.: _____
Worker No.: _____
Date: _____
Verification (list): _____
Verification of Income and Expenses (List): _____
Verification (list): _____
Appraisal provided: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Business or Self-employment verified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN Vehículos/Vehículos de recreación

A. Incluya todos los automóviles, camionetas, motocicletas, aeroplanos, vehículos para nieve o vehículos para todo terreno (aunque no funcionen) de los que es propietario usted o su familia. Si no es propietario de ninguno, escriba "ninguno".

Marca y modelo	Año	Clase (No. de registro)	Propietario	Cantidad que debe	Publicado para la venta Sí No	Utilizado para actividad comercial Sí No

B. Incluya todo barco, camper (no incluya el camión), casas rodantes (motor homes) o trailers que no se utilizan como viviendas y sobre los que el condado no cobra impuestos.

Marca y modelo	Año	Clase (No. de registro)	Propietario	Cantidad que debe	Publicado para la venta Sí No	Utilizado para actividad comercial Sí No

Si no está de acuerdo con el valor que el DMV da a su vehículo(s) que se indica en A y B, puede solicitar otra cotización por parte de un profesional calificado.

SECCIÓN 5: Otros. Usted o algún miembro de su familia es dueño de:

● Alhajas (que no sean anillos de boda/compromiso o de herencia familiar) valorados en más de \$100:

Valor: _____ Cantidad que debe: _____

Propiedad de: _____ Publicado para la venta: Sí No

● Artículos del hogar o todo bien personal valorado en más de \$500 por artículo (Instrumentos musicales, PC) Valor: _____

Propiedad conjunta/personal: _____

● Derechos de explotación de minerales o concesiones mineras (petróleo, carbón, etc.) ?Alguno de ellos está publicado para la venta? Sí No

Descripción: _____ Propiedad de: _____ Valor actual: _____

Cantidad que debe: _____ Ubicación: _____

● Fondos fiduciarios o contratos para sepelios, seguros, fondos designados para sepelios/dinero para parcelas de cementerio, ataúdes u otros artículos fúnebres.

?Es para ser utilizado por su familiares próximos? Sí No

Descripción: _____ Propiedad de: _____ Valor actual: _____

Cantidad que debe: _____ Ubicación: _____

Precio de compra: _____ Cantidad que debe: _____

?Para quién fue comprado? _____ ?A quién se lo compró? _____

● Seguros de vida Sí No

Indique de cuántas pólizas es titular _____ si son más de una, utilice otra hoja.

Compañía de seguros: _____ Persona asegurada: _____ Titular de la póliza: _____

Valor nominal: _____ No. de póliza: _____ Fecha de emisión de la póliza: _____ Valor actual en efectivo: _____

● Seguro de atención médica a largo plazo Nombre de la compañía de seguros: _____ No. de póliza: _____

Cantidad pagada en beneficios por la compañía de seguros hasta la fecha: _____ Nombre que figura en la póliza: _____

● Otras cuentas/artículos Nombre que figura en la cuenta/artículo: _____ Valor: _____

SECCIÓN 6: Transferencia (marque "Sí" o "No" en cada pregunta)

?Alguna persona ha cerrado, cedido, transferido, vendido o intercambiado dinero, vehículos u otros bienes como los que se mencionan más arriba durante los últimos 30 meses? Sí No

Si la respuesta es Sí, complete la siguiente información:

Artículo: _____ Fecha: _____

Transferido: _____ Vendido: _____ Intercambiado: _____ Cerrado: _____ Cedido: _____

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

...ra uso del condado

List verification/ estimates of value/ encumbrance

List verification/ estimates of value/ encumbrance

Appraisal provided: Yes No

LTC insurance benefit summary provided: Yes No

Transfer or receiving NF level of care? Yes No

See MC 176 PZ