

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-2971

May 11, 1999



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

Letter No.: 99-22

MC 321 HFP-AP: SUPPLEMENT TO THE MEDI-CAL MAIL-IN APPLICATION FOR CHILDREN AND PREGNANT WOMEN (MC 321 HFP REV. 3/99)

Ref.: All County Welfare Directors Letters (ACWDL) No. 99-16

The purpose of this letter is to transmit camera-ready copy of MC 321 HFP-AP, a new supplemental form for the Medi-Cal mail-in application for children and pregnant women: MC 321 HFP (rev. 3/99).

Counties may also order quantities of the MC 321 HFP-AP from the Department of Health Services' Warehouse.

The MC 321 HFP (rev. 3/99) does not collect information from other family members who wish to apply for Medi-Cal. In order to obtain such information, the new supplemental form (MC 321 HFP-AP) was developed for children as well as adult family members.

Counties are reminded that a face-to-face interview and a property eligibility determination (MC 322) **must be conducted** for children over age 19 and adults applying for benefits.

If you have any questions on the MC 321 HFP-AP, please contact Mr. Manuel Urbina at (916) 657-2767.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

ANGELINE MRVA, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

ADDITIONAL FAMILY MEMBERS REQUESTING MEDI-CAL

(SUPPLEMENT TO THE MEDI-CAL MAIL-IN APPLICATION - MC 321 HFP-AP (REV. 3/99))

Adult Family Members

1 Applicant or Caretaker's Name (First, Middle, Last)		Applicant/Caretaker Relationship to Children		COUNTY USE				
Name on Birth Certificate	Sex ☐ Male ☐ Female	Pregnant ☐ Yes ☐ No	Is the Person Blind or Disabled? ☐ Yes Date of Disability _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Social Security Number								
Birth Date	Medi-Cal Requested ☐ Yes ☐ No	Marital Status (check one) ☐ Married ☐ Never Married ☐ Common Law ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Separated (Date) _____						
Mother's Name								

2 Spouse/Other Parent Name (First, Middle, Last)		Relationship to Applicant		COUNTY USE				
Name on Birth Certificate	Sex ☐ Male ☐ Female	Pregnant ☐ Yes ☐ No	Is the Person Blind or Disabled? ☐ Yes Date of Disability _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Social Security Number								
Birth Date	Medi-Cal Requested ☐ Yes ☐ No	Marital Status (check one) ☐ Married ☐ Never Married ☐ Common Law ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Separated (Date) _____						
Mother's Name								

List Children and Unborn Here (Family members only).

3 Child's Name (First, Middle, Last) or "Unborn"		Relationship to Applicant		COUNTY USE				
Social Security Number	Sex ☐ Male ☐ Female	Pregnant ☐ Yes ☐ No	Is the Person Blind or Disabled? ☐ Yes Date of Disability _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Name on Birth Certificate								
Birth Date or Date Unborn is Due	Medi-Cal Requested ☐ Yes ☐ No	In School ☐ Yes ☐ No	Is Either Parent (✓) ☐ Deceased ☐ Incapacitated ☐ Absent ☐ Unemployed					
Father's Name				Medical Support ☐ Yes ☐ No				
Mother's Name	Child Living in Home ☐ Yes ☐ No			CA 2.1 ☐ Not in home 18-21 & tax dep?				

4 Child's Name (First, Middle, Last) or "Unborn"		Relationship to Applicant		COUNTY USE				
Social Security Number	Sex ☐ Male ☐ Female	Pregnant ☐ Yes ☐ No	Is the Person Blind or Disabled? ☐ Yes Date of Disability _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Name on Birth Certificate								
Birth Date or Date Unborn is Due	Medi-Cal Requested ☐ Yes ☐ No	In School ☐ Yes ☐ No	Is Either Parent (✓) ☐ Deceased ☐ Incapacitated ☐ Absent ☐ Unemployed					
Father's Name				Medical Support ☐ Yes ☐ No				
Mother's Name	Child Living in Home ☐ Yes ☐ No			CA 2.1 ☐ Not in home 18-21 & tax dep?				

5 Is anyone currently covered by health/dental insurance or Medicare?		☐ DHS 6155
_____ List Name(s)	_____ List Name of Insurance	OHC Code: _____

6 Has anyone filed a lawsuit because of an accident or injury?	☐ CWC 6041
☐ Yes ☐ No If so, who _____	

7 a. Did you or any family member have medical expenses in the last three months?		☐ MC 210A
b. Does this person wish to apply for Medi-Cal coverage for those three months?		Retroactive Coverage
_____ List Name(s)	_____ Month(s) of Coverage	Mo. _____ Mo. _____ Mo. _____

8 Have you or any family member ever been in U.S. military service?		☐ CA 5
Name _____	Relationship _____	
Name _____	Relationship _____	

I certify that I have read and understand the information above. I also certify that the information I have given on this form is true and correct.

Signature _____ Date _____

MIEMBROS ADICIONALES DE LA FAMILIA QUE SOLICITAN MEDI-CAL

(SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE MEDI-CAL PARA ENVÍO POR CORREO - MC 321 HFP-AP (REV. 3/99))

Miembros adultos de la familia

1 Nombre del solicitante o persona a cargo (primero, segundo, apellido)		Relación del solicitante/persona a cargo con los niños		COUNTY USE				
Nombre que figura en el Acta de Nacimiento	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Está embarazada ☐ Sí ☐ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ☐ Sí Fecha de la incapacidad _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Número de Seguro Social								
Fecha de nacimiento	Solicita Medi-Cal ☐ Sí ☐ No	Estado civil (marque uno) ☐ Casado ☐ Nunca estuvo casado ☐ Unido en convivencia ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado (fecha) _____						
Nombre de la madre								

2 Nombre del cónyuge/Otro padre (primero, segundo, apellido)		Relación con el solicitante		COUNTY USE				
Nombre que figura en el Acta de Nacimiento	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Está embarazada ☐ Sí ☐ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ☐ Sí Fecha de la incapacidad _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Número de Seguro Social								
Fecha de nacimiento	Solicita Medi-Cal ☐ Sí ☐ No	Estado civil (marque uno) ☐ Casado ☐ Nunca estuvo casado ☐ Unido en convivencia ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado (fecha) _____						
Nombre de la madre								

Incluya aquí los nombres de los niños y los niños no nacidos aún (sólo miembros de la familia).

3 Nombre del niño (primero, segundo, apellido o "No nacido aún")		Relación con el solicitante		COUNTY USE				
Número de Seguro Social	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Está embarazada ☐ Sí ☐ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ☐ Sí Fecha de la incapacidad _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Nombre que figura en el Acta de Nacimiento								
Fecha de nacimiento o fecha en que se estima que nacerá el niño	Solicita Medi-Cal ☐ Sí ☐ No	Asiste a la escuela ☐ Sí ☐ No	El padre o la madre (✓) ☐ Falleció ☐ Está incapacitado ☐ Está ausente ☐ Está desempleado					
Nombre del padre				Medical Support ☐ Yes ☐ No CA 2.1				
Nombre de la madre	El niño vive en el hogar ☐ Sí ☐ No			☐ Not in home 18-21 & tax dep?				

4 Nombre del niño (primero, segundo, apellido o "No nacido aún")		Relación con el solicitante		COUNTY USE				
Número de Seguro Social	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Está embarazada ☐ Sí ☐ No	¿La persona es ciega o está incapacitada? ☐ Sí Fecha de la incapacidad _____ ☐ No	LINKAGE	CITIZEN/ IMMIG. MC 13	SSN	PREG	ID
Nombre que figura en el Acta de Nacimiento								
Fecha de nacimiento o fecha en que se estima que nacerá el niño	Solicita Medi-Cal ☐ Sí ☐ No	Asiste a la escuela ☐ Sí ☐ No	El padre o la madre (✓) ☐ Falleció ☐ Está incapacitado ☐ Está ausente ☐ Está desempleado					
Nombre del padre				Medical Support ☐ Yes ☐ No CA 2.1				
Nombre de la madre	El niño vive en el hogar ☐ Sí ☐ No			☐ Not in home 18-21 & tax dep?				

5 ¿Alguna de las personas está cubierta actualmente por un seguro de salud/dental o por Medicare?		CA DHS 6155
Escriba el/los nombre(s) _____		CHC Code: _____
Escriba el nombre del seguro _____		

6 ¿Alguna de las personas ha iniciado una demanda judicial por un accidente o lesión?	CA CWC 6041
☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, quién _____	

7 a. ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido gastos médicos en los últimos tres meses?	CA MC 210A
b. ¿Esta persona desea solicitar cobertura de Medi-Cal para esos tres meses?	Retroactive Coverage
Mo. _____ Mes(es) de cobertura	Mo. _____ Mo. _____
Escriba el/los nombre(s) _____	

8 ¿Usted o algún miembro de su familia alguna vez ha pertenecido al servicio militar de los Estados Unidos?	CA 5
Nombre _____ Relación _____	
Nombre _____ Relación _____	

Certifico que he leído y comprendo la información anterior. Asimismo, certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____