Instrucciones para llenar la solicitud 2007

Propósito

En este capítulo se explica en detalle la manera de llenar la solicitud conjunta de Healthy Families Program y Medi-Cal for Families que se envía por correo.

Folleto de la solicitud por correo

El folleto de la solicitud conjunta de Healthy Families Program y Medi-Cal for Families viene con la solicitud de cuatro páginas, instrucciones básicas para llenarla y un sobre con nuestra dirección y con porte pagado. Para obtener más información, lea las secciones *"¿Necesita ayuda?"* "*Tamaño de la familia e ingresos*", "*¿Está embarazada?*" y "*Otras preguntas*" en las páginas 3 a 6 de la solicitud. Estas secciones contienen las respuestas a las preguntas más frecuentes. Tenemos la solicitud disponible en los siguientes doce idiomas

- Arabe
- Armenio
- Chino
- Inglés
- Farsi
- Hmong
- Khmer (camboyano)
- Coreano
- Ruso
- Español
- Tagalog
- Vietnamita

La solicitud está organizada con preguntas numeradas. Es importante que se llene toda la solicitud y que se haga de manera legible para poder enviarla. La información que falte o que no se pueda leer retrasará el procesamiento de la solicitud.

Revisión de solicitudes

Todas las solicitudes enviadas por correo se revisan en el Punto de entrada único (SPE), para determinar si el niño reúne los requisitos para Medi-Cal sin costo o si está recibiendo actualmente Medi-Cal sin costo. En algunos casos, SPE puede determinar que los niños reúnen los requisitos para el Medi-Cal sin costo aunque pareciera que los reunían para Healthy Families Program. Es importante que los CAAs les expliquen esto a las familias. Consulte el Capítulo 4 (*Determinar el tamaño de la familia y los ingresos*) si necesita más información.

A continuación aparecen algunos ejemplos en los que esto podría ocurrir

- Los niños pueden tener ingresos aparte que se toman en cuenta, como por ejemplo mantenimiento infantil o Seguro Social
- Los hijos de 18 años o menos tienen niños propios y viven con sus propios padres.
- Los padrastros o los padres no casados son parte de la familia

- Adolescente embarazada que solicita la cobertura de atención médica

En estas situaciones, los ingresos de los padres naturales o adoptivos de los niños y los ingresos propios de los niños, se usan para determinar los ingresos de la familia. No se usan los ingresos de los padrastros, padres de crianza, parientes a cargo ni de los hermanos.

Página A1 de la Solicitud

Solicitud

Llene las 4 páginas de este formulario. Escriba claramente en letras de molde, con tinta negra o azul solamente. Envíe su formulario llenado a:

Healthy Families/Medi-Cal
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-9984

HEALTHY FAMILIES
MEDI-CAL FOR FAMILIES

¿Necesita ayuda?
Llame al: 1-800-880-5305

Díganos sobre el familiar que llena este formulario.

① Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mes/día/año) ___/___/___

② Dirección de la casa *(número y calle)* **NO use apartado postal, excepto si está sin hogar** | Nº de Apto. | Teléfono en casa ( )

③ Ciudad | Condado | Código postal | Teléfono en el trabajo ( )

④ Dirección postal *(si no es la misma que la de su casa)* o apartado postal | Nº de Apto. | Tel. para mensajes o celular

⑤ Ciudad | Código postal | Correo electrónico *(opcional)*

⑥ ¿En qué idioma prefiere que le hablemos? _____

⑦ ¿En qué idioma prefiere que le escribamos? _____

Díganos para quiénes solicita cobertura.

(Si es para más de 3 niños, fotocopie las páginas A1 y A2 y escriba los datos de los otros niños.)

			Niño 1	Niño 2	Niño 3	Mujer embarazada	Hijo por nacer
⑧	Nombre	*Apellido*					**Mujeres embarazadas con Medi-Cal o AIM: no llenen esta parte.**
		Nombre					
		Segundo nombre					
⑨	Nombre en el acta de nacimiento *(si no es el mismo que el de arriba)*	*Apellido*					☐ Marque aquí si solicita Healthy Families para su bebé antes de que nazca.
		Nombre					
		Segundo nombre					Tiene que: • tener al menos 6 meses de embarazo, • enviar prueba del embarazo de su médico o la clínica junto con la solicitud, y • enviar prueba de nacimiento cuando nazca el bebé.
⑩	¿Vive este niño fuera del hogar?		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		
⑪	Dirección de la casa *(si no es la misma que la dirección de la casa en ②)*						
⑫	Dirección postal *(si no es la misma que la dirección postal en ④)*						
⑬	Fecha de nacimiento		___/___/___ mes día año	___/___/___ mes día año	___/___/___ mes día año	___/___/___ mes día año	*(Más información en la página 5.)*
⑭	Parentesco con la persona en ①		☐ Mi hijo/a ☐ Mi hijastro/a ☐ Otro: _____	☐ Mi hijo/a ☐ Mi hijastro/a ☐ Otro: _____	☐ Mi hijo/a ☐ Mi hijastro/a ☐ Otro: _____	Fecha de parto anticipada: ___/___/___	
⑮	Género		☐ Niño ☐ Niña	☐ Niño ☐ Niña	☐ Niño ☐ Niña	Número de bebés esperados: ____	

BAR CODE

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Application

A1

Página A2 de la Solicitud

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Mujer embarazada	Hijo por nacer
16 Etnicidad – *Opcional* *(Para más información, vea la página 6.)*					
17 Lugar de nacimiento — *Condado*					
Estado					
O país extranjero					
18 Nº del seguro social *(Para más información, vea las páginas 6 y 7.)*	*Opcional para solicitantes de Healthy Families o para quienes sólo soliciten servicios de atención de emergencia o del embarazo.*				
19 ¿Ciudadano o nacional de EE UU? *(Para más información, vea las páginas 3 y 7.)*	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
Si *No*, fecha de entrada a EE UU	____/____/____ mes día año	____/____/____ mes día año	____/____/____ mes día año	____/____/____ mes día año	
20 Nº de tarjeta de beneficios Medi-Cal (BIC), si lo tiene:					
21 ¿Tiene esta persona otro seguro de salud, dental o de la vista?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
	Incluso si tiene otro seguro de salud, Medi-Cal tal vez cubre lo que no cubra su otro seguro.				
22 ¿Estuvo este niño cubierto por un plan de salud pagado por un empleador en los últimos 3 meses? *(Para más información, vea la página 6.)*	☐ No ☐ Sí *(Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.)* ____/____/____ mes día año La cobertura de salud terminó por que: ☐ Perdió el empleo ☐ Cambio de condición de trabajo ☐ Se mudó y no hay seguro disponible ☐ El empleador terminó los beneficios de todos los empleados ☐ Fallecimiento, divorcio o separación legal ☐ La cobertura COBRA terminó ☐ Otro _____	☐ No ☐ Sí *(Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.)* ____/____/____ mes día año La cobertura de salud terminó por que: ☐ Perdió el empleo ☐ Cambio de condición de trabajo ☐ Se mudó y no hay seguro disponible ☐ El empleador terminó los beneficios de todos los empleados ☐ Fallecimiento, divorcio o separación legal ☐ La cobertura COBRA terminó ☐ Otro _____	☐ No ☐ Sí *(Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.)* ____/____/____ mes día año La cobertura de salud terminó por que: ☐ Perdió el empleo ☐ Cambio de condición de trabajo ☐ Se mudó y no hay seguro disponible ☐ El empleador terminó los beneficios de todos los empleados ☐ Fallecimiento, divorcio o separación legal ☐ La cobertura COBRA terminó ☐ Otro _____		
23 ¿Esta persona quiere solicitar Medi-Cal para cubrir los gastos médicos de los últimos 3 meses? *(Para más información, vea la página 6.)*	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
		Es posible que Medi-Cal cubra gastos médicos de los últimos 3 meses.			
24 Nombre de la madre: — *Apellido*					
Nombre					
¿Vive este niño con la madre?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		
25 Nombre del padre: — *Apellido*					
Nombre					
¿Vive este niño con el padre?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Application

A2

Página A3 de la Solicitud

Si necesita más espacio, haga una copia de esta página o adjunte otra página.

Número de personas en la familia Escriba los nombres de **todos** los demás familiares que vivan en la casa. Incluya a niños menores de 21 años de edad, a los padrastros, al esposo de una mujer embarazada y al esposo/a de un adolescente que viven en la casa. **No** incluya a tíos, sobrinos, ni abuelos. *(Para más información, vea la página 4.)*

	Nombre	Género	Fecha de nacimiento	¿Qué parentesco tiene con la persona en ①?
㉖		☐ M ☐ F	____/____/____ mes día año	☐ Hijo/a ☐ Novio ☐ Esposo/a ☐ Hijastro/a ☐ Novia ☐ Otro _____
㉗		☐ M ☐ F	____/____/____ mes día año	☐ Hijo/a ☐ Novio ☐ Esposo/a ☐ Hijastro/a ☐ Novia ☐ Otro _____
㉘		☐ M ☐ F	____/____/____ mes día año	☐ Hijo/a ☐ Novio ☐ Esposo/a ☐ Hijastro/a ☐ Novia ☐ Otro _____

㉙ ¿Está embarazada alguna persona que viva en la casa? . . . . . ☐ Sí ☐ No

*Si está, ¿quién?*_____ *¿Cuántos bebés espera?*____ *Fecha esperada del parto* ____/____/____ mes día año

Ingresos de la familia Escriba el ingreso de **todas** las personas mencionadas en esta solicitud. Incluya el mantenimiento de hijos y del cónyuge **recibido**, si lo hay. *(Anote cada fuente de ingreso en un renglón por separado.)*

	Nombre de la persona con ingreso *(Los niños que están en la escuela no tienen que poner sus ingresos de trabajo.)*	Fuente del ingreso *(trabajo, seguro social, pensiones, etc.)*	¿Cada cuánto recibe el ingreso? *(cada semana, cada quincena, cada mes)*	¿Cuánto es el ingreso? *(ingreso total bruto)*	Número del seguro social *(opcional)*
㉚				$	
㉛				$	
㉜				$	
㉝				$	
㉞				$	

Gastos Escriba los gastos mensuales de la persona en ① y de todas las personas indicadas arriba.

㉟ Cuidado de niños o de dependientes con discapacidades

Para *(nombre del niño o dependiente)*:_____ Edad:_____ ¿Cuánto paga?_____

Para *(nombre del niño o dependiente)*:_____ Edad:_____ ¿Cuánto paga?_____

Para *(nombre del niño o dependiente)*:_____ Edad:_____ ¿Cuánto paga?_____

㊱ Mantenimiento de hijos ordenado por la corte

Pagado a:_____ Pagado por:_____ ¿Cuánto paga?_____

Pagado a:_____ Pagado por:_____ ¿Cuánto paga?_____

㊲ Mantenimiento del cónyuge ordenada por la corte

Pagado a:_____ Pagado por:_____ ¿Cuánto paga?_____

Información sobre el hogar

㊳ ¿Desea Medi-Cal la persona en ①, alguna de las personas mencionadas arriba o alguna otra persona en el hogar? . . . . . ☐ Sí ☐ No

*¿Si contestó sí, quien?*_____ *(Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted.)*

㊴ ¿Tiene alguien en el hogar una discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo y desea Medi-Cal? . . . . . ☐ Sí ☐ No

*¿Si contestó sí, quien?*_____ *(Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted para ver si califica.)*

㊵ ¿Está involucrado alguno de los solicitantes en una demanda relacionada con una lesión o un accidente? *(Para más información, vea la página 6.)*. . . . . ☐ Sí ☐ No

㊶ ¿Hay más de un carro en la casa? *(Opcional)* . . . . . ☐ Sí ☐ No

㊷ ¿Hay más de $3,150 en las cuentas bancarias de la familia? *(Opcional)* . . . . . ☐ Sí ☐ No

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Application

A3

Pagina A4 de la Solicitud

A menos que marque abajo, los programas de salud pueden compartir su información:

43 ☐ Enviaremos su solicitud a Healthy Kids o a un programa similar del condado si su hijo no califica para Medi-Cal completo o Healthy Families. Si no quiere que la enviemos, marque aquí. *(Para más información, vea la página 6.)*

44 ☐ Medi-Cal compartirá la solicitud de su hijo con Healthy Families si su hijo deja de calificar para Medi-Cal gratis en el futuro. Si no desea que la enviemos, marque aquí.

Elija sus planes de Healthy Families:

Escriba abajo el nombre o el código de los planes que quiere. Si necesita ayuda, consulte el manual de Healthy Families, o llame al **1-800-880-5305**. O visite **www.healthyfamilies.ca.gov**.

45 Plan de salud _____ _____
Nombre Código

46 Doctor o clínica _____ _____
(Opcional) Nombre Código

47 Plan dental _____ _____
Nombre Código

48 Dentista o clínica _____ _____
(Opcional) Nombre Código

49 Plan de vista _____ _____
Nombre Código

50 Doctor o clínica de la vista _____ _____
(Opcional) Nombre Código

Marque todas las casillas que lo describen a usted:

51 ☐ Indígena norteamericano ☐ Trabajador forestal ☐ Trabajador agrícola ☐ Trabajador en la pesca

Si marcó alguna de estas casillas, es posible que sea elegible para el Plan de Población Especial, que cubre a su hijo en todos los condados de California. Busque el código de este plan especial en su manual de Healthy Families o en www.healthyfamilies.ca.gov.

¿Es usted (o el niño que solicita cobertura) indígena norteamericano o nativo de Alaska que quiere atención de la salud gratis de Healthy Families?

52 ☐ Sí ☐ No *Si contestó sí, vea la página 6.*

Disputas con el Programa Healthy Families

Cada plan tiene sus propias reglas para resolver disputas sobre la prestación de servicios y otras cuestiones. Algunos planes requieren que usen arbitraje obligatorio para estas disputas; otros no. Algunos planes dicen que los reclamos de negligencia médica se deben resolver con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que elige requiere el arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y la disputa no se puede resolver en un tribunal. Si quiere saber cómo un plan resuelve sus disputas, llame al plan o consulte su Manual de HFP. O visite: www.healthyfamilies.ca.gov.

Declaración y firma *(obligatorio)*

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que he leído esta solicitud, las respuestas provistas y los documentos adjuntos y que, a mi mejor saber y entender, son correctos y verdaderos. He leído y entiendo los Avisos y estoy haciendo las Declaraciones que figuran en la página 7.

Firma del solicitante aquí: _____ Fecha: _____

Firma del testigo aquí *(si el solicitante firmó con una marca)*: _____ Fecha: _____

Representante autorizado *(si lo hay)*: _____ Fecha: _____

Llene a continuación SÓLO si un Asistente de Solicitud Certificado (CAA) le ayudó a llenar este formulario.

☐ Marque esta casilla y firme a continuación para permitir que Healthy Families y Medi-Cal hablen con un representante de la Entidad de Inscripción (EE) indicada a continuación sobre el estado de esta solicitud. Este permiso termina cuando el programa le envía por correo su decisión sobre esta solicitud.

Certifico que el CAA que figura a continuación me ayudó a llenar esta solicitud. El CAA me ayudó gratis.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nº del CAA: _____ Nº de la EE: _____

Firma del CAA: _____ Fecha: _____

El Estado no reembolsará a la EE si el CAA no llena esta sección completa y correctamente cuando se envíe la solicitud.

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Application

A4

Página A1 de la Solicitud

La página A1 de la solicitud pide información de la persona que solicita Healthy Families Program o Medi-Cal for Families.

Información del solicitante

El solicitante, es la persona que llena la solicitud para sí mismo, un niño, mujer embarazada o niño por nacer. El niño debe con vivir con el solicitante, a menos que éste sea el padre natural o adoptivo y quiera solicitar Healthy Families Program solamente para los niños. Lea el Capítulo 7 (*Healthy Families Program)* para obtener más información sobre la solicitud de un padre ausente para su hijo.

El solicitante puede ser cualquiera de las siguientes personas

- Los padres naturales o adoptivos (ya sea que vivan o no con el niño)
- Los parientes que cuiden al niño, como por ejemplo, los abuelos, tíos y tías, primos, hermanos o algún otro miembro de la familia con quien viva el niño y que se encargue del cuidado y atención de él
- Los tutores legales - contar con una orden del tribunal o de alguna otra entidad jurídica que les autorice la atención médica y otras decisiones. NO es necesario entregar copia de la orden judicial al enviar la solicitud
- Los padres de crianza
- Padrastros
- La persona que solicite cobertura para sí misma (incluso las mujeres embarazadas)
- Los niños menores de 18 años pueden solicitar cobertura por sí mismos si no viven con un padre, pariente a cargo, tutor legal, padre de crianza o padrastro

NOTA: Los padres menores de edad (de 18 años o menos) que tengan hijos propios podrán llenar una solicitud para sus hijos. No obstante, si los padres menores de edad viven con sus propios padres y desean una cobertura, en ese caso son sus padres quienes deben hacer la solicitud.

Página A1 de la Solicitud

Solicitud

Llene las 4 páginas de este formulario. Escriba claramente en letras de molde, con tinta negra o azul solamente. Envíe su formulario llenado a:

Healthy Families/Medi-Cal
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-9984

HEALTHY FAMILIES
MEDI-CAL FOR FAMILIES

¿Necesita ayuda?
Llame al: 1-800-880-5305

Díganos sobre el familiar que llena este formulario.

① Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /

② Dirección de la casa *(número y calle)* **NO use apartado postal, excepto si está sin hogar** | Nº de Apto. | Teléfono en casa ( )

③ Ciudad | Condado | Código postal | Teléfono en el trabajo ( )

④ Dirección postal *(si no es la misma que la de su casa)* o apartado postal | Nº de Apto. | Tel. para mensajes o celular

⑤ Ciudad | Código postal | Correo electrónico *(opcional)*

⑥ ¿En qué idioma prefiere que le hablemos?

⑦ ¿En qué idioma prefiere que le escribamos?

Preguntas 1 - 7

1. Solicitante

   - Indique el apellido, nombre, e inicial del solicitante
   - Escriba la fecha de nacimiento del solicitante en la forma indicada: mes/día/año

2. Dirección de la casa

   - Anote la dirección, la calle o ruta rural o cualquier otra descripción física del lugar en que vive el solicitante

   NOTA: No ponga un apartado postal (PO Box), a menos que el solicitante no tenga domicilio fijo (por ejemplo, si el solicitante no tiene hogar o vive en un área rural donde solamente haya apartados postales disponibles)

   Número de apartamento

   - Escriba el número (o letra) de apartamento o unidad, si el solicitante vive en un apartamento
     Deje en blanco si el solicitante no vive en un apartamento

   Número de teléfono residencial

   - Escriba el número telefónico residencial, incluyendo el código de área.
     Deje en blanco si el solicitante no tiene teléfono en su casa

Página A1 de la Solicitud

NOTA: Los solicitantes deben proporcionar cuando menos un número de teléfono en la solicitud, para poder pedirles aclaraciones o información adicional cuando sea necesario. Éste también puede ser un número de teléfono del trabajo o un número de teléfono de algún servicio de mensajes (Lea las Preguntas 2, 3 y 4).

3. Ciudad

- Escriba la ciudad en que vive el solicitante

Condado

- Escriba el condado en que vive el solicitante

Código postal

- Escriba el código postal en que vive el solicitante

Nº de teléfono del lugar de trabajo

- Escriba el número de teléfono del lugar de trabajo del solicitante
- Deje en blanco si el solicitante no tiene teléfono en el trabajo

4. Dirección postal

- Escriba la dirección postal del solicitante si es diferente de la dirección de la casa indicada en la pregunta 2. Si el solicitante tiene un P.O. Box, indíquelo aquí
- Deje en blanco si la dirección postal es la misma que la dirección de la casa

Número de apartamento

- Escriba el número (o letra) de apartamento o unidad si el solicitante vive en un apartamento
- Deje en blanco si el solicitante no vive en un apartamento

Número de teléfono para mensajes o teléfono celular

- Anote el número de teléfono para mensajes o de teléfono celular
- Déjelo en blanco si el solicitante no tiene número de teléfono para mensajes ni teléfono celular

5. Ciudad

- Escriba la ciudad de la dirección postal del solicitante
- Deje en blanco si la dirección postal es la misma que la dirección de la casa

Código postal

- Escriba el código postal de la dirección postal
- Deje en blanco si la dirección postal es la misma que la dirección de la casa

Dirección electrónica

- Anote la dirección electrónica del solicitante. Esta información es opcional

6. Idioma en el que el solicitante quiera que le hablemos

- Anote el idioma que el solicitante habla mejor. Esta información se usa cuando se tiene que llamar por teléfono al solicitante. Tenemos representantes para ayudar en muchos idiomas, entre los que se encuentran, sin limitación:

Arabe	Hmong	Ruso
Armenio	Khmer (camboyano)	Español
Cantones	Coreano	Tagalo
Inglés	Mandarín	Ucraniano
Farsi	Punja bi / Hindi	Vietnamita

7. Idioma en el que el solicitante quiera que le escribamos

- Escriba el idioma que el solicitante lee mejor
- Esta información se usa cuando se envía correspondencia al solicitante

Página A1 de la Solicitud

Información sobre niños y mujer embarazada

En esta sección se pide información de los niños menores de 19 años de edad, de un niño por nacer y de la mujer embarazada que desean cobertura médica.

La solicitud tiene columnas para tres niños, una columna para mujeres embarazadas y una columna para niños por nacer.

Los solicitantes también pueden solicitar Healthy Families Program para un niño por nacer, hasta 3 meses antes de la fecha esperada del parto. Si los ingresos de la familia están dentro de los niveles de los requisitos de afiliación para "Niño desde el nacimiento hasta el primer año de edad" para Healthy Families Program (entre el 200% y el 250% de las Pautas de ingresos federales), entonces es posible que el niño por nacer reúna los requisitos para Healthy Families. En este caso, use la columna de "Niño por nacer" y marque la casilla para indicar que éste es un niño por nacer.

Preguntas 8 - 15

Díganos para quiénes solicita cobertura.
(Si es para más de 3 niños, fotocopie las páginas A1 y A2 y escriba los datos de los otros niños.)

		Niño 1	Niño 2	Niño 3	Mujer embarazada	Hijo por nacer
8 Nombre	Apellido					Mujeres embarazadas con Medi-Cal o AIM: no llenen esta parte.
	Nombre					
	Segundo nombre					
9 Nombre en el acta de nacimiento (si no es el mismo que el de arriba)	Apellido					☐ Marque aquí si solicita Healthy Families para su bebé antes de que nazca.
	Nombre					
	Segundo nombre					Tiene que: • tener al menos 6 meses de embarazo, • enviar prueba del embarazo de su médico o la clínica junto con la solicitud, y • enviar prueba de nacimiento cuando nazca el bebé.
10 ¿Vive este niño fuera del hogar?		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		
11 Dirección de la casa (si no es la misma que la dirección de la casa en 2)						
12 Dirección postal (si no es la misma que la dirección postal en 4)						
13 Fecha de nacimiento		____/____/____ mes día año	____/____/____ mes día año	____/____/____ mes día año	____/____/____ mes día año	(Más información en la página 5.)
14 Parentesco con la persona en 1		☐ Mi hijo/a ☐ Mi hijastro/a ☐ Otro: _____	☐ Mi hijo/a ☐ Mi hijastro/a ☐ Otro: _____	☐ Mi hijo/a ☐ Mi hijastro/a ☐ Otro: _____	Fecha de parto anticipada: ____/____/____	
15 Género		☐ Niño ☐ Niña	☐ Niño ☐ Niña	☐ Niño ☐ Niña	Número de bebés esperados: _____	

Página A1 de la Solicitud

Las preguntas 8 a 15 DEBEN contestarse para cada niño o mujer embarazada para quien se solicita la cobertura.

Preguntas 8 - 15

8. Nombre

- Escriba el nombre (apellido, nombre, inicial) de cada niño o mujer embarazada que desee cobertura

9. Nombre en el acta de nacimiento

- Escriba el nombre exactamente como aparece en el acta de nacimiento de cada niño o mujer embarazada
- Deje esta pregunta en blanco si el nombre en el acta de nacimiento es el mismo que en la Pregunta 8

10. ¿Este niño vive fuera del hogar?

- Indique si actualmente el niño vive fuera del hogar

11. Dirección de la casa

- Escriba la dirección del niño si el niño no vive con el solicitante. El niño o la mujer embarazada deben vivir en California para poder reunir los requisitos para Healthy Families Program o Medi-Cal for Families

12. Dirección postal

- Anote la dirección postal del niño si ésta es diferente de la del solicitante

13. Fecha de nacimiento

- Escriba la fecha de nacimiento de cada niño o mujer embarazada en la forma indicada: mes/día/año

14. Relación con la persona de la (1)

- Marque la casilla que mejor describa el parentesco del niño con la persona anotada en la Pregunta 1 (o sea, la persona que llena la solicitud). Si la persona por la que se está solicitando no es el hijo o hijastro, por favor anote "otro" en el tipo de parentesco. Esto podría incluir parentescos como nieto, sobrino, sobrina, primo, (p.ej.: un niño bajo la responsabilidad de un tutor), etc. Es importante identificar con precisión el parentesco, porque esta información se usa para determinar el tamaño de la familia y su responsabilidad financiera

Fecha esperada del parto

- Si alguna mujer embarazada solicita cobertura, indique la fecha esperada del parto como se muestra: Mes/Día/Año

15. Sexo del niño por el que se solicita

- Si la solicitante es la mujer embarazada
    - Número de niños que espera
- Se toman en cuenta los bebés por nacer de una mujer embarazada para el tamaño de la familia. Si la mujer embarazada espera más de un bebé (p.ej.: gemelos), indique cuántos bebés espera tener. La mujer embarazada deberá proporcionar pruebas del número de bebés que espera

Página A2 de la Solicitud

La Página A2 de la solicitud recoge la información acerca de los niños o de la mujer embarazada que quiere afiliarse a la cobertura de atención médica.

Las preguntas 16 a 25 DEBEN contestarse para cada niño o mujer embarazada para quien se solicita la cobertura. Debe contestar las Preguntas 24 y 25 por el niño por nacer.

<u>Preguntas 16 – 25</u>

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Mujer embarazada	Hijo por nacer
16 Etnicidad – *Opcional* *(Para más información, vea la página 6.)*					
17 Lugar de nacimiento — *Condado*					
Estado					
O país extranjero					
18 Nº del seguro social *(Para más información, vea las páginas 6 y 7.)*	*Opcional para solicitantes de Healthy Families o para quienes sólo soliciten servicios de atención de emergencia o del embarazo.*				
19 ¿Ciudadano o nacional de EE UU? *(Para más información, vea las páginas 3 y 7.)* Si No, fecha de entrada a EE UU	☐ Sí ☐ No ___/___/___ mes día año	☐ Sí ☐ No ___/___/___ mes día año	☐ Sí ☐ No ___/___/___ mes día año	☐ Sí ☐ No ___/___/___ mes día año	
20 Nº de tarjeta de beneficios Medi-Cal (BIC), si lo tiene:					
21 ¿Tiene esta persona otro seguro de salud, dental o de la vista?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
	Incluso si tiene otro seguro de salud, Medi-Cal tal vez cubre lo que no cubra su otro seguro.				
22 ¿Estuvo este niño cubierto por un plan de salud pagado por un empleador en los últimos 3 meses? *(Para más información, vea la página 6.)*	☐ No ☐ Sí *(Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.)* ___/___/___ mes día año La cobertura de salud terminó por que: ☐ Perdió el empleo ☐ Cambio de condición de trabajo ☐ Se mudó y no hay seguro disponible ☐ El empleador terminó los beneficios de todos los empleados ☐ Fallecimiento, divorcio o separación legal ☐ La cobertura COBRA terminó ☐ Otro _____	☐ No ☐ Sí *(Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.)* ___/___/___ mes día año La cobertura de salud terminó por que: ☐ Perdió el empleo ☐ Cambio de condición de trabajo ☐ Se mudó y no hay seguro disponible ☐ El empleador terminó los beneficios de todos los empleados ☐ Fallecimiento, divorcio o separación legal ☐ La cobertura COBRA terminó ☐ Otro _____	☐ No ☐ Sí *(Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.)* ___/___/___ mes día año La cobertura de salud terminó por que: ☐ Perdió el empleo ☐ Cambio de condición de trabajo ☐ Se mudó y no hay seguro disponible ☐ El empleador terminó los beneficios de todos los empleados ☐ Fallecimiento, divorcio o separación legal ☐ La cobertura COBRA terminó ☐ Otro _____		
23 ¿Esta persona quiere solicitar Medi-Cal para cubrir los gastos médicos de los últimos 3 meses? *(Para más información, vea la página 6.)*	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
	Es posible que Medi-Cal cubra gastos médicos de los últimos 3 meses.				
24 Nombre de la madre: *Apellido*					
Nombre					
¿Vive este niño con la madre?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		
25 Nombre del padre: *Apellido*					
Nombre					
¿Vive este niño con el padre?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No

Página A2 de la Solicitud

16. Etnicidad

- Indique la etnicidad de cada niño, mujer embarazada o niño por nacer

  Aquí hay una lista que puede ser útil:

Nativo de Alaska	Hispano
Amerasiático	Japonés
Indio asiático	Coreano
Negro o afro-americano	Laosiano
Camboyano	Indio americano
Chino	Otro Asiático
Filipino	Samoano
Guameño	Vietnamita
Hawaiano	Blanco
Otro	

17. Lugar de nacimiento

- Escriba el condado si el niño o la mujer embarazada nacieron en California
- Identifique el estado si el niño o la mujer embarazada nacieron en los EE.UU., pero fuera de California
- Anote el país de nacimiento si el niño o la mujer embarazada nacieron fuera de los EE.UU.

18. Número de Seguro Social

- Escriba el número de Seguro Social para cada niño o mujer embarazada al solicitar Medi-Cal. Si el solicitante no proporciona números de Seguro Social al llenar la solicitud, aún así la solicitud se enviará al Departamento de servicios sociales del condado. El Departamento de servicios sociales del condado se comunicará con el solicitante para pedir los números de Seguro Social del niño o la mujer embarazada

  NOTA: Healthy Families Program no pide números de Seguro Social. Para obtener más información consulte las páginas 6 "*Otras preguntas*" y 7 de la solicitud "*Avisos de Healthy Families y Avisos de Medi-Cal.”*

19. Ciudadano o nacional de EE.UU.

- Indique si el niño o la mujer embarazada son ciudadanos o nacionales de Estados Unidos. Los ciudadanos o nacionales de Estados Unidos son las personas que

  - Nacieron en EE.UU.
  - Son nativos americanos nacidos en Canadá
  - Nacieron en Puerto Rico

- Nacieron en las Islas Marianas del Norte
- Nacieron en Guam
- Nacieron en las Islas Vírgenes de EE. UU (St. Thomas, St. John y St. Croix)
- Nacieron en la isla de Swain
- Nacieron en Samoa Americana
- Ciudadanos naturalizados de los EE.UU.
- Personas que tienen ciudadanía adquirida o ciudadanía derivada

- Si la casilla "no" está marcada, escriba la fecha de entrada a EE.UU. Lea el Capítulo 6 (*Medi-Cal for Familias)* y el Capítulo 7 (*Healthy Families Program)* del Manual de Referencia del Asistente Certificado, para obtener más información acerca de los diferentes tipos de situaciones migratorias y confidencialidad

  NOTA: Para mas información vea la pagina 3 *"Necesita Ayuda?"* y pagina 7 *"Notificaciones de Healthy Families y Notificaciones de Medi-Cal"* de la aplicación.

20. Número de la tarjeta de beneficios de Medi-Cal

- Anote el número de la tarjeta de beneficios (BIC) de Medi-Cal del niño o mujer embarazada, si la tiene

  Lea el capítulo 6 (*Medi-Cal Program*) del Manual de referencia, para obtener más información y una muestra de una BIC.

21. Otro seguro

- Indique si el niño o la mujer embarazada tienen otro seguro médico, dental o de la vista

NOTA: Aunque el niño o la mujer embarazada tenga algún otro seguro médico, posible mente Medi-Cal puede cubrir lo que no cubre la aseguranza.

22. Seguro médico patrocinado por el patrón

- Si el niño estuvo cubierto por un seguro médico patrocinado por el patrón en los últimos tres meses, marque "Sí". Si no es así, marque "no"
- Si está marcada la casilla "sí", indique la fecha de terminación del seguro médico como se muestra: Mes/Día/Año
- Si está marcada la casilla "sí, indique también el motivo por el que terminó el seguro médico. Si ninguno de los motivos anotados se aplica a la realidad, marque "otro" y anote el motivo

23. Cómo solicitar Medi-Cal retroactivo:

- Si el niño o la mujer embarazada tiene gastos médicos de los tres meses anteriores y le gustaría solicitar que Medi-Cal cubra esos gastos, marque "sí". Si no es así, marque "no"

  Medi-Cal puede pagar facturas médicas si los solicitantes o niños tienen gastos médicos durante los tres meses anteriores a la fecha de la solicitud (cuando la

solicitud se recibe en SPE). Esto se llama Medi-Cal retroactivo. Lea el capítulo 6 (*Medi-Cal Program*) para obtener más información.

Cuando el Departamento de servicios sociales del condado recibe las solicitudes, se comunica con los solicitantes para obtener la información necesaria para la cobertura de los meses que se solicitan.

NOTA: Es posible que los niños que reúnen los requisitos para Healthy Families Program puedan reunir los requisitos para Medi-Cal con gastos médicos anteriores.

Si el final del mes está cerca y las familias están solicitando Medi-Cal retroactivo para el primer mes posible, es mejor que el solicitante vaya al Departamento de servicios sociales del condado para llenar la solicitud para gastos médicos retroactivos (anteriores) en lugar de usar la solicitud por correo. Si necesita más información o un ejemplo, lea el Capítulo 6 (*Medi-Cal Program).*

24. Nombre de la madre

- Escriba el apellido y nombre de la madre del niño o del niño por nacer
- No anote a la madrastra del niño
- Si el niño vive con la madre, marque "sí," si no es así, marque "no"

25. Nombre del padre

- Escriba el apellido y nombre del padre del niño o del niño por nacer
- No anote al padrastro del niño
- Si el niño o el niño por nacer vive con el padre, marque "sí", si no es así, marque "no"

Numero de personas en la familia

Esta sección pide información sobre otros familiares que aún no estén anotados en la solicitud en las Páginas A1 o A2. Esta información es necesaria para calcular exactamente el tamaño de la familia y los requisitos de afiliación al programa.

Si necesita más espacio, haga una copia de esta página o adjunte otra página.

Número de personas en la familia Escriba los nombres de **todos** los demás familiares que vivan en la casa. Incluya a niños menores de 21 años de edad, a los padrastros, al esposo de una mujer embarazada y al esposo/a de un adolescente que viven en la casa. **No** incluya a tíos, sobrinos, ni abuelos. *(Para más información, vea la página 4.)*

	Nombre	Género	Fecha de nacimiento	¿Qué parentesco tiene con la persona en ①?
㉖		☐ M ☐ F	____/____/____ mes día año	☐ Hijo/a ☐ Novio ☐ Esposo/a ☐ Hijastro/a ☐ Novia ☐ Otro _____
㉗		☐ M ☐ F	____/____/____ mes día año	☐ Hijo/a ☐ Novio ☐ Esposo/a ☐ Hijastro/a ☐ Novia ☐ Otro _____
㉘		☐ M ☐ F	____/____/____ mes día año	☐ Hijo/a ☐ Novio ☐ Esposo/a ☐ Hijastro/a ☐ Novia ☐ Otro _____

㉙ ¿Está embarazada alguna persona que viva en la casa? . . . . . ☐ Sí ☐ No

*Si está, ¿quién?*_____ *¿Cuántos bebés espera?*____ *Fecha esperada del parto* ____/____/____ mes día año

Preguntas 26 - 29

26-29. Numero de personas en la familia

- Anote a todos los familiares que vivan en la casa y que aún no haya anotado en la solicitud. Estos familiares pueden ser:
  - Niños que ya tengan cobertura médica
  - Niños de 19 a 21 años de edad
  - Niños que asisten a la escuela en otra población Y que sean declarados como dependientes con fines fiscales por sus padres
  - Padrastros que viven en la casa
  - El cónyuge de un adolescente o mujer embarazada que viva en la casa
  - El padre del bebé de una adolescente que viva en la casa
  - Novios o novias
  - NO anote tías, tíos, sobrinas, sobrinos o abuelos

NOTA: NO escriba los nombres de los niños que reciben SSI/SSP o asistencia pública. No se cuentan en el tamaño de la familia. Si necesita más información, lea el Capítulo 4 (*Tamaño de la familia y determinación de ingresos*)

Sexo

- Indique el sexo de cada persona anotada

Fecha de nacimiento

- Escriba la fecha de nacimiento de cada persona anotada de la siguiente manera: Mes/Día/Año

Cuál es el parentesco de esta persona con la persona anotada en (1):

- Marque la casilla que mejor describa el parentesco (hijo, hijastro, novio, novia, cónyuge, otro) entre la persona anotada aquí y la persona anotada en la Pregunta 1
- Si el parentesco es "otro", escriba el tipo de parentesco

29. ¿Alguna mujer de la casa está embarazada?

- Indique si alguna mujer de la casa está embarazada
- Si es "sí" indique a la mujer embarazada
- Anote a todos los familiares que estén embarazadas. Éstas pueden ser una adolescente embarazada, madre o madrastra que viva en el hogar. Se necesita esta información porque el niño por nacer se cuenta para el tamaño de la familia
- Si alguna mujer embarazada (mayor de 18 años de edad) quiere solicitar Medi-Cal, ella puede llenar una solicitud por separado o solicitar directamente al Departamento de servicios sociales local de su condado. Las mujeres en las últimas semanas de embarazo o que tengan un embarazo de alto riesgo, deben solicitar directamente al Departamento de servicios sociales local de su condado para que se determine si reúnen los requisitos de afiliación más rápidamente

¿Cuántos bebés espera?

- Indique cuántos bebés se esperan en este embarazo. Por ejemplo, si la mujer embarazada espera gemelos, debe anotar "2" en esta pregunta. La mujer embarazada tendrá que proporcionar pruebas del número de bebés que espera

Fecha esperada del parto

- Si alguna mujer embarazada solicita cobertura, indique la fecha esperada del parto como se muestra: Mes/Día/Año

Página A3 de la Solicitud

Ingresos de la familia

Esta sección de la solicitud recoge información acerca de las fuentes de ingresos de los miembros de la familia, qué tan seguido los reciben y cuánto suman sus ingresos brutos.

La información de esta sección se utiliza para determinar lo siguiente por cada miembro de la familia: los ingresos brutos, la fuente de ingresos y qué tan seguido recibe ingresos.

Ingresos de la familia Escriba el ingreso de **todas** las personas mencionadas en esta solicitud. Incluya el mantenimiento de hijos y del cónyuge **recibido**, si lo hay. *(Anote cada fuente de ingreso en un renglón por separado.)*

	Nombre de la persona con ingreso *(Los niños que están en la escuela no tienen que poner sus ingresos de trabajo.)*	Fuente del ingreso *(trabajo, seguro social, pensiones, etc.)*	¿Cada cuánto recibe el ingreso? *(cada semana, cada quincena, cada mes)*	¿Cuánto es el ingreso? *(ingreso total bruto)*	Número del seguro social *(opcional)*
30				$	
31				$	
32				$	
33				$	
34				$	

Preguntas 30 – 34

Nombre de la persona con ingresos

- Escriba el nombre de cada miembro de la familia que reciba ingresos
- Use un renglón separado para cada fuente de ingresos

RECORDATORIO: El mantenimiento infantil que recibe el niño son los ingresos DEL NIÑO y se deben incluir con el NOMBRE DEL NIÑO y NO con el nombre del padre. NO escriba los ingresos de las personas de la casa que no se cuenten en el tamaño de la familia. Los ingresos ganados de los niños mayores de 14 años contarán solamente si el niño no está en la escuela.

Fuente del ingreso

- Indique de dónde vienen los ingresos, como trabajo (dé el nombre del patrón o indique si es empleado por su cuenta) Seguro Social o mantenimiento infantil. Si necesita más información, lea el Capítulo 4 (*Tamaño de la familia y determinación de ingresos*)

RECORDATORIO: La asistencia pública, como SSI/SSP, CalWORKS y Asistencia general, que causa que el beneficiario NO SE CUENTE en el tamaño de la familia se debe incluir como ingresos y se debe enviar una comprobación. Estos ingresos no se contaran pero el SPE los necesita para asegurarse de que esas personas no se tomen en cuenta en el tamaño de la familia. Si necesita más información, lea el Capítulo 4 (*Tamaño de la familia y determinación de ingresos*).

Qué tan seguido recibe pago?

- Indique qué tan seguido se reciben los ingresos:
    - Semanalmente (se paga una vez a la semana)
    - Cada dos semanas (se paga cada dos semanas)
    - Dos veces al mes (se paga dos veces al mes, por ejemplo, el 15 y el 30 de cada Mes)
    - Mensualmente (se paga una vez al mes)
    - Cada año/anual

¿Cuánto suman los ingresos?

- Anote los ingresos brutos del talón de cheque de pago u otra prueba de ingresos (antes de impuestos u otras deducciones). Por ejemplo, si a sus familiares les pagan semanalmente, anote las cantidades que les pagan cada semana. No sume las cantidades de ingresos para calcular sus ingresos mensuales. Cada programa tendrá que validar los ingresos y la frecuencia de pago anotado en la solicitud. Los programas calculan las frecuencias de pago multiplicando 4.33 o 2.167, etc. para determinar los ingresos mensuales para cada niño

NOTA: Si sus familiares usan declaraciones federales de ingresos para probar sus ingresos, escriba "anual" en el campo "¿Qué tan seguido recibe ingresos?". Lea el Capítulo 4 (*Tamaño de la familia y determinación de ingresos)* para encontrar más información.

Número de Seguro Social

- Escriba los números de seguro social de los miembros de la familia con sus ingresos
- Esta información es OPCIONAL

Gastos

Esta sección pide información para determinar las deducciones de ingresos apropiadas. Algunas deducciones, como la deducción por gastos de trabajo de $90 y la deducción de $50 para cada hogar por recibir manutención infantil o pensión alimenticia (p.ej., dos personas que reciben manutención infantil tienen una deducción de $25 cada una), no se anotan en esta sección. Estas deducciones son otorgadas automáticamente de acuerdo con la prueba de ingresos incluida con la solicitud.

Esta sección se divide en tres partes

- Gastos por cuidado infantil y por cuidado de un dependiente incapacitado
- Manutención infantil por orden judicial
- Respaldo conyugal por orden judicial

Si la familia no hace estos pagos, deje en blanco.

Gastos Escriba los gastos mensuales de la persona en ① y de todas las personas indicadas arriba.

㉟ Cuidado de niños o de dependientes con discapacidades

Para *(nombre del niño o dependiente)*:_____ Edad:_____ ¿Cuánto paga?_____

Para *(nombre del niño o dependiente)*:_____ Edad:_____ ¿Cuánto paga?_____

Para *(nombre del niño o dependiente)*:_____ Edad:_____ ¿Cuánto paga?_____

㊱ Mantenimiento de hijos ordenado por la corte

Pagado a:_____ Pagado por:_____ ¿Cuánto paga?_____

Pagado a:_____ Pagado por:_____ ¿Cuánto paga?_____

㊲ Mantenimiento del cónyuge ordenada por la corte

Pagado a:_____ Pagado por:_____ ¿Cuánto paga?_____

Preguntas 35 – 37

35. Cuidado de niños o de dependiente con discapacidades

- Anote el nombre del los niños o dependientes discapacitados que recibe el cuidado de niño o de dependiente

Edad

- Anote las edades de los niños o dependientes discapacitados

Cantidad mensual pagada

- Escriba la cantidad mensual PAGADA MENSUALMENTE para cuidado de niños o dependientes, incluso si es mayor que el máximo de deducciones permitido. La deducción máxima depende de la edad de cada niño:
    - Hasta $200 por niño menor de 2 años de edad
    - Hasta $175 por niño de 2 años o más
    - Hasta $175 por dependiente discapacitado

36. Anote el nombre del niño que recibe la manutención infantil por orden judicial

Anote el nombre de la persona que paga la manutención infantil por orden judicial.

Anote la cantidad pagada de manutención infantil por orden judicial

NOTA: Sólo se pueden deducir los pagos hechos POR ORDEN DE UN JUEZ.

37. Anote el nombre de la persona que recibe el respaldo conyugal por orden judicial

Anote el nombre de la persona que paga el respaldo conyugal por orden judicial

Anote la cantidad pagada de respaldo conyugal por orden judicial

NOTA: Sólo se pueden deducir los pagos hechos POR ORDEN DE UN JUEZ.

Información sobre el hogar

Información sobre el hogar

38 ¿Desea Medi-Cal la persona en 1, alguna de las personas mencionadas arriba o alguna otra persona en el hogar? . . . . . ☐ Sí ☐ No

*¿Si contestó sí, quien?*_____ *(Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted.)*

39 ¿Tiene alguien en el hogar una discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo y desea Medi-Cal? . . . . . ☐ Sí ☐ No

*¿Si contestó sí, quien?*_____ *(Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted para ver si califica.)*

40 ¿Está involucrado alguno de los solicitantes en una demanda relacionada con una lesión o un accidente? *(Para más información, vea la página 6.)*. . . . . ☐ Sí ☐ No

Preguntas 38 – 40

38. Otros miembros de la familia que quieran Medi-Cal

- Indique si la persona anotada (o sea, el solicitante) en (1) o cualquier otra persona de la casa quiere Medi-Cal
- Si es "sí", escriba el nombre de la persona que quiera Medi-Cal. El Departamento de servicios sociales local del condado se comunicará con la familia para obtener información adicional necesaria para determinar si estos familiares reúnen los requisitos para Medi-Cal

39. Persona discapacitada en la casa

- Si alguno de los familiares en (1) o cualquier persona anotada de la casa tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo, marque "sí". Si no es así, marque "no"
- Si es "sí", anote el nombre de la persona con la discapacidad

40. Demanda en nombre del niño o la mujer embarazada

- Si se ha presentado una demanda judicial por algún accidente o lesión causada por otra persona o en el trabajo, marque "sí," si no es así, marque "no". Medi-Cal cubre los servicios necesarios por un accidente
- Si hay alguna decisión judicial a su favor por algún accidente o lesión y Medi-Cal cubrió su atención médica, posiblemente usted tenga que pagar a Medi-Cal por los servicios recibidos de la liquidación en efectivo

NOTA: La familia no paga a Medi-Cal si la persona no recibe una indemnización.

Preguntas 41 – 42

Esta información es VOLUNTARIA y NO afectará los requisitos de afiliación de la familia. El solicitante sólo tiene que indicar "sí" o "no".

Las respuestas a estas dos preguntas ayudarán al estado de California a reclamar fondos federales para sus programas de atención médica.

41 ¿Hay más de un carro en la casa? *(Opcional)*	☐ Sí	☐ No
42 ¿Hay más de $3,150 en las cuentas bancarias de la familia? *(Opcional)*	☐ Sí	☐ No

41. Más de un automóvil

- Si hay más de un automóvil en el hogar del niño o la mujer embarazada, marque "sí", si no es así, marque "no"

42. Más de $3,150 en cuentas bancarias

- Si hay más de $3,150 en efectivo en cuentas bancarias en el hogar de los niños o la mujer embarazada, marque "sí", si no es así, marque "no"

A menos que marque abajo, los programas de salud pueden compartir su información:

En esta seccion de programas de cuidado de salud pueden compartir su información para ver si califica para otros programas. A menos que marque las casillas de abajo.

A menos que marque abajo, los programas de salud pueden compartir su información:

43 ☐ Enviaremos su solicitud a Healthy Kids o a un programa similar del condado si su hijo no califica para Medi-Cal completo o Healthy Families. Si no quiere que la enviemos, marque aquí. *(Para más información, vea la página 6.)*

44 ☐ Medi-Cal compartirá la solicitud de su hijo con Healthy Families si su hijo deja de calificar para Medi-Cal gratis en el futuro. Si no desea que la enviemos, marque aquí.

Preguntas 43 – 44

43. No se envíe a Healthy Kids Program

- Marque esta casilla si el solicitante no quiere que su solicitud sea enviada a Healthy Kids Program, si por sus ingresos no reúne los requisitos para los programas Medi-Cal sin costo o Healthy Families

44. No compartir con Healthy Families Program

- Marque esta casilla si el solicitante NO quiere que su solicitud sea enviada a Healthy Families Program si por sus ingresos no reúne los requisitos para Medi-Cal sin costo

NOTA: Para obtener más información, consulte la página 6 de la solicitud *"Otras preguntas".*

Página A4 de la Solicitud

Elija sus planes de Healthy Families:

Esta sección recoge los planes de seguro médico, atención dental, cuidado de la vista y proveedor elegidos para el niño La información acerca de los planes disponibles de seguro médico, dental, de cuidado de la vista y proveedores, se encuentra en el sitio web de Healthy Families en www.healthyfamilies.ca.gov

Si el solicitante no selecciona planes de seguro médico, dental y de cuidado de la vista para los niños que reúnen los requisitos para Healthy Families Program, alguien se comunicará con él para que seleccione planes. Si el solicitante no elige planes después de que lo llamen, Healthy Families Program le asignará planes automáticamente.

La familia no tiene que elegir proveedores (médico, dentista, oftalmólogo o clínica) para los niños que reúnen los requisitos para Healthy Families al momento de presentar la solicitud. Si la familia no selecciona proveedores, los planes se los asignarán. Lea el capítulo 7 (*Healthy Families Program)* para obtener más información.

Elija sus planes de Healthy Families:

Escriba abajo el nombre o el código de los planes que quiere. Si necesita ayuda, consulte el manual de Healthy Families, o llame al **1-800-880-5305**. O visite **www.healthyfamilies.ca.gov**.

45 Plan de salud	Nombre	Código	46 Doctor o clínica *(Opcional)*	Nombre	Código
47 Plan dental	Nombre	Código	48 Dentista o clínica *(Opcional)*	Nombre	Código
49 Plan de vista	Nombre	Código	50 Doctor o clínica de la vista *(Opcional)*	Nombre	Código

Preguntas 45 – 50

45. Plan de seguro médico y Código

- Anote el nombre y número de código del plan de seguro médico seleccionado

46. Nombre y código del médico o clínica (opcional)

- Anote el nombre y el código del médico o clínica que eligió el solicitante

47. Plan de atención dental y código

- Anote el nombre y el número de código del plan de atención dental que eligió la familia

48. Nombre y código del dentista o clínica (opcional)

- Anote el nombre y el código del dentista o clínica que eligió el solicitante

49. Plan de cuidado de la vista y código

- Anote el nombre y el número de código del plan de cuidado de la vista que eligió la familia

50. Nombre y código del oftalmólogo o clínica (opcional)

- Anote el nombre y el código del oftalmólogo o clínica que eligió el solicitante

Plan de poblaciones especiales y cancelación de cuota

Éste es un plan opcional disponible para los indios americanos y las familias con trabajos de temporada o migratorios agrícolas, forestales o de pesca. Las familias que reúnen los requisitos para el Plan de poblaciones especiales no tienen que seleccionarlo. Ellos pueden seleccionar cualquiera de los planes disponibles en su condado. La ventaja del Plan de poblaciones especiales es que está a su disposición en todo el estado y las familias no tienen que cambiar los planes de sus hijos cuando se mudan de condado en condado.

La información acerca de los planes se encuentra en el Manual de Healthy Families en la sección "Planes de seguro por condado y por cuota" y en el sitio web de Healthy Families Program en www.healthyfamilies.ca.gov/Plans_Providers/?lang=es. Esto incluye el código de combinación de planes y la información sobre las cuotas.

Esta sección también da a los solicitantes indios americanos o nativos de Alaska la opción de pedir atención médica gratuita.

Marque todas las casillas que lo describen a usted:

51 ☐ Indígena norteamericano ☐ Trabajador forestal ☐ Trabajador agrícola ☐ Trabajador en la pesca

Si marcó alguna de estas casillas, es posible que sea elegible para el Plan de Población Especial, que cubre a su hijo en todos los condados de California. Busque el código de este plan especial en su manual de Healthy Families o en www.healthyfamilies.ca.gov.

¿Es usted (o el niño que solicita cobertura) indígena norteamericano o nativo de Alaska que quiere atención de la salud gratis de Healthy Families?

52 ☐ Sí ☐ No *Si contestó sí, vea la página 6.*

Preguntas 51 – 52

51. Si el solicitante es indio americano, trabajador forestal, trabajador agrícola o trabajador pesquero, marque la casilla apropiada

52. Si el solicitante o el niño que solicita es indio americano o nativo de Alaska y quiere que se le cancelen las cuotas, marque "sí" en la casilla de arriba. Si no quiere tener cobertura gratuita, marque "no" en la casilla de arriba

    NOTA: La solicitud debe incluir la prueba de que el padre o el niño es indio americano o nativo de Alaska o a más tardar dos meses después de la afiliación. Para obtener más información sobre qué enviar, lea la página 6, *"Otras preguntas"* de la solicitud.

Página A4 de la Solicitud

Disputas con el Progama Healthy Families

Cada plan tiene sus propias reglas para resolver disputas sobre la prestación de servicios y otras cuestiones. Algunos planes requieren que usen arbitraje obligatorio para estas disputas; otros no. Si el plan que elige resolver en un tribunal. Si quiere saber como un plan resuelve sus disputas, llame al plan o consulte su Manual de HFP. O visite: www.healthyfamils.ca.gov

El Manual de Healthy Families indica cuales planes requieren arbitraje obligatorio en la sección "Respuestas a preguntas frecuentes."

Disputas con el Programa Healthy Families

Cada plan tiene sus propias reglas para resolver disputas sobre la prestación de servicios y otras cuestiones. Algunos planes requieren que usen arbitraje obligatorio para estas disputas; otros no. Algunos planes dicen que los reclamos de negligencia médica se deben resolver con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que elige requiere el arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y la disputa no se puede resolver en un tribunal. Si quiere saber cómo un plan resuelve sus disputas, llame al plan o consulte su Manual de HFP. O visite: www.healthyfamilies.ca.gov.

Declaracion y firma

Declaración y firma *(obligatorio)*

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que he leído esta solicitud, las respuestas provistas y los documentos adjuntos y que, a mi mejor saber y entender, son correctos y verdaderos. He leído y entiendo los Avisos y estoy haciendo las Declaraciones que figuran en la página 7.

Firma del solicitante aquí: _____ Fecha: _____

Firma del testigo aquí *(si el solicitante firmó con una marca)*: _____ Fecha: _____

Representante autorizado *(si lo hay)*: _____ Fecha: _____

Firmas

- Requerimos que el solicitante firme y escriba la fecha en la línea indicada en su solicitud
- Los CAA deben explicar al solicitante que está certificando que la información es verdadera y correcta y que será procesado judicialmente si da información falsa en la solicitud
- Será necesaria la firma de un testigo si el solicitante firma con una marca, como con una "X"
- Un representante autorizado es una persona que puede hablar a nombre del solicitante. No se requiere que se presenten pruebas con la solicitud que demuestren que la persona sea la persona representante autorizado. El Departamento de servicios sociales del condado y Healthy Families se comunicarán con el solicitante si se necesita información adicional

Página A4 de la Solicitud

Asistentes certificados para solicitudes

Para poder reembolsar a la Entidad de afiliación, deberán estar llenos los campos de número de CAA, número de EE y la firma del CAA cuando sea la presentación inicial de la solicitud. El reembolso se enviará a la Entidad de afiliación cuando la solicitud llena tenga como resultado la afiliación de los niños a Healthy Families Program o que se les otorgue Medi-Cal con Afiliación acelerada (AE) (lea el Capítulo 6 del Manual de referencia para los CAA para obtener más información sobre la AE).

Llene a continuación SÓLO si un Asistente de Solicitud Certificado (CAA) le ayudó a llenar este formulario.

☐ Marque esta casilla y firme a continuación para permitir que Healthy Families y Medi-Cal hablen con un representante de la Entidad de Inscripción (EE) indicada a continuación sobre el estado de esta solicitud. Este permiso termina cuando el programa le envía por correo su decisión sobre esta solicitud.

Certifico que el CAA que figura a continuación me ayudó a llenar esta solicitud. El CAA me ayudó gratis.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nº del CAA: _____ Nº de la EE: _____

Firma del CAA: _____ Fecha: _____

El Estado no reembolsará a la EE si el CAA no llena esta sección completa y correctamente cuando se envíe la solicitud.

Marque la casilla de arriba si el solicitante quiere dar su permiso para que alguien de la Entidad de afiliación hable con Healthy Families Program con respecto a la situación de la solicitud. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe por correo la decisión de requisitos cumplidos.

Página 7 de las Instrucciones de la solicitud

Declaraciones y avisos de privacidad de Healthy Families y Medi-Cal

Avisos de Healthy Families

Declaraciones

Declaro que cada persona para la que solicito cobertura:

- Es residente de California
- No está en la cárcel ni en un hospital mental
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B
- No es elegible para ningún Programa de Beneficios de Salud del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de California o sí es elegible para algún Programa de Beneficios de Salud del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de California, pero el aporte del empleador para el/los dependiente(s) es de menos de $10.

Declaro además que:

- Todas las personas que figuran en esta Solicitud seguirán las reglas de participación, el proceso de revisión de la utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes en que estén inscritas.
- Leí y entiendo el *Manual de Healthy Families*. Entiendo lo que dice sobre los planes de salud, dentales y de la vista y sobre los beneficios que ofrecen.
- Solicito cobertura para todos mis hijos que sean elegibles para Healthy Families, excepto si ya están inscritos o si sólo estoy solicitando cobertura para mi mismo.
- Doy permiso a Healthy Families para que verifique los ingresos de mi familia, la cobertura de salud, la condición de inmigración de las personas para las que solicito cobertura y otros datos en esta Solicitud.
- Acepto notificar al programa dentro de los 30 días de cualquier cambio de dirección de todas las personas aceptadas en el programa, así como cualquier cambio en la dirección postal del solicitante.

Privacidad

La ley requiere que proporcione la información requerida para solicitar participación en Healthy Families. (Título 10, CCR, Secc. 2699.6600) La información médica y personal que usted proporcione se empleará únicamente para identificarlo y administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con las agencias y los planes en los que desee inscribirse.

Información sobre ciudadanía e inmigración

La solicitud le pregunta sobre su condición de ciudadanía e inmigración. Tiene que contestar esas preguntas. Empleamos sus respuestas para administrar el programa y determinar si es elegible. Si usted es padre o tutor de un menor y no está solicitando cobertura para usted mismo, no compartiremos información sobre su inmigración con otras agencias, incluyendo las autoridades de inmigración. Si no responde a las preguntas, podremos negar su solicitud.

Etnicidad

A menos que esté solicitando beneficios basados en su ascendencia de indígena norteamericano, no tiene obligación de responder las preguntas sobre sus antecedentes.

Número del Seguro Social

No tiene obligación de dar su número del Seguro Social si no quiere hacerlo.

Acceso a sus datos

Tiene derecho a tener acceso a los datos mantenidos por Managed Risk Medical Insurance Board que contengan su información personal. Para hacerlo, póngase en contacto con:

Managed Risk Medical Insurance Board
Attn.: HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695

Avisos de Medi-Cal

Derechos, responsabilidades y declaraciones

Tengo derecho a:

- Que me traten justa y equitativamente independientemente de mi raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad o creencias políticas.
- Pedir un intérprete.
- Pedir una audiencia imparcial si me parece que una decisión sobre mi caso de Medi-Cal es injusta o incorrecta. Tengo que pedir la audiencia dentro de los 90 días de haber recibido una "Notificación de acción". Para información sobre audiencias equitativas de Medi-Cal, llame sin cargo al 1-800-952-5253.

Tengo la responsabilidad de:

- Enviar un informe de condición cuando mi condado me lo pida.
- Informar dentro de los 10 días todos los cambios que ocurran en la información que proporcioné en esta Solicitud.
- Informar al condado si algún familiar solicita beneficios por discapacidad, está en una institución pública u obtiene atención médica por cualquier accidente o lesión causados por otra persona.
- Cooperar si se hace una revisión de mi caso.

Declaro que todas las personas para las que solicito cobertura:

- Viven en California.
- No están recibiendo asistencia pública de fuera de California.
- No están en la cárcel, prisión ni otra institución correccional.

Declaro además que:

- Entiendo que como condición de participación en Medi-Cal todos los derechos de mantenimiento médico y de pago de terceros se asignan automáticamente al Estado de California.
- Entiendo que si no soy elegible para este Programa de Medi-Cal, es posible que sea elegible para otros programas, y que tengo derecho a solicitar participación en ellos.
- Entiendo que si deliberadamente no doy datos necesarios o que si doy información falsa, me pueden negar o suspender beneficios y que es posible que tenga que pagar los servicios recibidos. También me pueden investigar por fraude.

Confidencialidad

La información que usted proporciona en esta Solicitud es privada y confidencial. Sólo se revelará según lo requiera la ley. *(Código de Bienestar e Instituciones, Seccs. 10850 y 14100.2)*

Privacidad

La ley requiere que los solicitantes de Medi-Cal respondan a todas las preguntas en esta solicitud que no estén indicadas como optativas. (Código de Bienestar e Instituciones Secc. 14011 y Título 22, Reglamentaciones CCR) La información personal y médica que proporcione se empleará únicamente para identificarlo y administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con agencias federales, estatales y locales.

Información sobre ciudadanía e inmigración

Si está solicitando beneficios, tiene que contestar las preguntas sobre la condición de ciudadanía e inmigración. Si usted es padre, madre o tutor y no está solicitando para sí mismo, no tiene que dar información sobre inmigración. Si está solicitando Medi-Cal completo, confirmaremos su situación de inmigración con Inmigración (USCIS) sólo para ver si califica. No compartiremos su información sobre inmigración con Inmigración ni con ninguna otra agencia por ningún otro motivo. Su solicitud estará incompleta si no contesta estas preguntas para las personas que soliciten y es posible que rechacemos su solicitud.

Números del Seguro Social

A menos que esté solicitando beneficios de emergencia o vinculados al embarazo, tiene que proporcionar su número del Seguro Social. (Código de Bienestar e Instituciones, Secc. 14011.2 y Ley de Seguro Social, Secc. 1137(a)(1)).

Acceso a sus datos

Tiene derecho a tener acceso a los datos que tiene el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud con su información personal. Para hacerlo, póngase en contacto con la oficina de salud y servicios humanos de su condado o con la oficina de servicios sociales.

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Instructions

7

El Asistente certificado para solicitudes debe revisar con el solicitante las declaraciones de Healthy Families y Medi-Cal escritas en esta sección.

Se exige que el solicitante haga las siguientes declaraciones de Healthy Families Program anotadas más abajo

El solicitante declara que todas las personas por las que solicita

- Es residente de California
  Los niños deben ser residentes de California para reunir los requisitos para Healthy Families
- No esta en la carcel ni en un hospital mental
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B
  Los niños que reúnan los requisitos para Medicare Parte A y Parte B no reúnen los requisitos para Healthy Families

- No es elegible para ningun Programa de Beneficios de Salud del Sistema de Jubilación de Empleados Publicos de California (CALPERS):

  - Los niños que reúnen los requisitos para los beneficios médicos de CALPERS no reúnen los requisitos para Healthy Families, a menos que CALPERS pague menos de $10 mensuales para los beneficios de los niños
  - Los ejemplos de empleados que pueden reunir los requisitos para CALPERS pueden incluir empleados condales, estatales o federales, así como los empleados del distrito escolar

El solicitante declara además que

- Todas las personas que figuran en esta Solicitud seguirán las reglas de participación, el proceso de revisión de la utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes en que estén inscritas
- Leí y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice sobre los planes de salud, dentales y de la vista y sobre los beneficios que ofrecen
  El manual contiene información importante sobre requisitos de afiliación, cuotas y otros detalles del programa
- Solicito cobertura para todos mis hijos que sean elegibles para Healthy Families, excepto si ya están inscritos o si solo estoy solicitando cobertura para mi mismo
- Doy permiso a Healhty Families para que verifique los ingresos de me familia, la cobertura de salud, la condición de inmigración de las personas para las que solicito cobertura y otros datos en esta Solicitud
- Acepto notificar al programa dentro de los 30 días de cualquier cambio de dirección de todas las personas aceptadas en el programa, así como cualquier cambio en la dirección postal del solicitante

Aviso de privacidad

La información de esta sección explica cómo Healthy Families Program usará la información proporcionada en la solicitud por el solicitante.

Los CAA deben revisar esta sección con el solicitante

- La ley requiere que proporcione la información requerida para solicitar participación

en Healthy Families (Titulo 10, CCR, Secc.2699.660) La información medica y personal que usted proporcione se empleara únicamente para identificarlo y administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con las agencias y los planes en los que desee inscribirse.

Derechos, responsabilidades y declaraciones de Medi-Cal

Tengo derecho a

- Que me traten justa y equitativamente independientemente de mi raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad o creencias políticas
- Pedir un intérprete
- Pedir una audiencia imparcial se me parece que una decisión sobre me caso de Medi-Cal es injusta o incorrecta. Tengo que pedir la audiencia dentro de los 90 días de haber recibido una "Notificación de acción." Para información sobre audiencias equitativas de Medi-Cal, llame sin cargo al 1-800-952-5253

Tengo la responsabilidad de

- Enviar un informe de condición cuando mi condado me lo pida
- Informar dentro de los 10 días todos los cambios que ocurran en las información que proporcione en esta Solicitud
- Informar al condado si algún familiar solicita beneficios por discapacidad, esta en una institución publica u obtiene atención medica por cualquier accidente o lesión causados por otra persona
- Cooperar si se hace una revisión de mi caso

Declaro que todas las personas para las que solicito cobertura

- Viven en California
- No están recibiendo asistencia publica de fuera de California
- No están en la cárcel, prisión ni otra institución correccional

Declaro además que

- Entiendo que como condición de participación en Medi-Cal todos los derechos de mantenimiento medico y de pago de terceros se asignan automáticamente al Estado de California
- Entiendo que si no soy elegible para este Programa de Medi-Cal, es posible que sea elegible para otros programas, y que tengo derecho a solicitar participación en ellos
- Entiendo que si deliberadamente no doy datos necesarios o que si doy información falsa, me pueden negar o suspender beneficios y que es posible que tenga que pagar los servicios recibidos. También me pueden investigar por fraude

Confidencialidad de Medi-Cal

- La información que usted proporciona en esta Solicitud es privada y confidencial. Solo

se revelara según lo requiera la ley. (Código de Bienestar e Instituciones, Seccs. 10850 y 14100.2)

Privacidad de Medi-Cal

- La ley requiere que los solicitantes de Medi-Cal respondan a todas las preguntas en esta solicitud que no estén indicadas como optativas. (Código de Bienestar e Instituciones Secc. 14011 y Titulo 22, Reglamentaciones CCR) La información personal y medica que proporcione se empleara únicamente para identificarlo y administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con agencias federales, estatales y locales

Hoja de comprobación de documentos de la solicitud, Página 2

Para solicitar, haga lo siguiente:

¿Está embarazada?
Vea la página 5.

1 Llene la solicitud de 4 páginas.

Si no entiende una pregunta o si no tiene uno de los documentos, llame al: **1-800-880-5305**. O busque la información que necesite en las páginas 3 a 7.

2 Envíenos copias de documentos de ingresos y gastos.

(Es posible que pueda usar otros documentos que no figuren aquí.)

☐ **Un documento para cada persona que vive en el hogar y que tiene empleo:**
- Un talón de cheque de pago reciente (de hace menos de 45 días), ***o***
- Una declaración firmada y fechada de su empleador que muestre sus ingresos brutos y cada cuánto le pagan, ***o***
- La declaración de impuestos federales del año pasado.

☐ **Un documento para cada persona que vive en la casa y que trabaja por cuenta propia:**
- La declaración de impuestos federales del año pasado con los formularios C, C-EZ o F, ***o***
- Una declaración firmada y detallada de las ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses. Para obtener una muestra de declaración de ganancias y pérdidas, visite: www.healthyfamilies.ca.gov y haga clic en *Download Forms and Documents*.

☐ **Si tiene ingreso de discapacidad, pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de veteranos, compensación del trabajador o desempleo, envíe una copia de:**
- La carta de notificación de beneficios, el cheque **o** el estado de cuenta del banco que muestre el depósito directo del pago más reciente.

☐ **Si recibe o paga mantenimiento de los hijos o de cónyuge, envíe una copia de:**
- La orden de la corte, un talón del cheque de sueldo que muestre la deducción de mantenimiento, recibos o el cheque de mantenimiento mensual, ***o***
- Una declaración del Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos o de la persona que paga el mantenimiento que diga: la cantidad mensual, para quién(es) es, quién lo paga y quién(es) lo recibe(n).

☐ **Si paga por el cuidado de niños o de un dependiente discapacitado, envíe una copia de:**
- Su cheque cobrado **o** recibo **o** una declaración firmada de la persona que le cuida sus hijos que diga cuánto paga cada mes.

3 Envíe documentos de ciudadanía o de inmigración de todas las personas que soliciten.

(Envíelos ya mismo o lo antes que pueda.)

☐ **Ciudadanos o nacionales:** Envíe una copia del acta de nacimiento, pasaporte, certificado de ciudadanía de EE UU o de naturalización u otra prueba de ciudadanía para cada persona que solicite. Es posible que le pidamos más información más adelante.

☐ **No ciudadanos:** Envíe prueba de condición de inmigración. Haga copias de los dos lados de los documentos. O envíe un recibo de Inmigración (USCIS) que muestre que solicitó reemplazar documentos extraviados.
Puede solicitar Medi-Cal incluso si la persona que solicita no tiene papeles de inmigración.

4 ☐ Envíe un documento por hogar que pruebe residencia en California.

(Es posible que pueda usar otros documentos que no figuren aquí.)

- Un talón de pago de sueldo que muestre su dirección en California, ***o***
- Licencia de manejar o tarjeta de identidad del Depto. de Vehículos Motorizados (DMV) de California, ***o***
- Recibo de alquiler o cuenta de luz, gas o teléfono, ***o***
- Prueba de asistencia escolar de su hijo.

5 Firme la solicitud y envíela por correo *(La solicitud está en las páginas A1 a A4.)*

Envíe su solicitud y copias de los documentos en el sobre adjunto. ¡No necesita ponerle estampillas!
Envíela a: **Healthy Families/Medi-Cal, P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-9984**

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Instructions

2

Hoja de comprobación de documentos de la solicitud, Página 2

Para solicitar, haga lo siguiente

Los Asistentes certificados para solicitudes (CAA) deben revisar esta lista de comprobación de documentos importantes con los solicitantes. Esta lista de comprobación le da los detalles de los cinco pasos para presentar una solicitud completa. Esto le garantizará que la solicitud sea procesada tan rápidamente como sea posible sin retrasos a causa de que falte información o que esta sea incompleta. Incluye los pasos para ayudar a los solicitantes a entender los diferentes documentos necesarios de ingresos y gastos, ciudadanía e inmigración y a dónde enviar solicitud completa.

Los solicitantes y los CAA deben utilizar este documento como una herramienta para garantizar la presentación de todos los documentos. Estos pasos incluyen

- Llenar la solicitud de 4 páginas
- Enviarnos copias de los documentos de ingresos y gastos
- Enviar copias de los documentos de ciudadanía o inmigración de todas las personas anotadas en la Pregunta 8 de la solicitud
- Enviar una prueba de residencia en California
- Firmar y enviar por correo la solicitud (La solicitud son las páginas A1 a A4)

Preguntas frecuentes, Página 3

¿Necesita ayuda?

¡Podemos ayudarle!

- Por teléfono – Podemos ayudarle a llenar la solicitud por teléfono.
- En persona – Un asistente capacitado le ayudará con la solicitud. Algunos asistentes pueden llenar su solicitud por Internet.
- ¡Le podemos ayudar en cualquier idioma!
- *¡Toda la ayuda es gratis!*

Llame al: **1-800-880-5305**

TDD: **1-800-735-2929**

¿Puedo obtener ayuda por Internet?

Sí. Para más información sobre Healthy Families, visite: *www.healthyfamilies.ca.gov*.

¿Quién puede solicitar cobertura para un niño?

La madre, el padre, los padrastros, el tutor o un pariente a cargo de cuidarlo pueden solicitar cobertura. Los menores de edad emancipados pueden solicitar por sí mismos.

¿El niño o mujer embarazada debe ser ciudadano o nacional de EE UU?

No. Los inmigrantes documentados e indocumentados pueden calificar para Medi-Cal. Algunos inmigrantes sólo pueden calificar para servicios de embarazo y de emergencia. Otros pueden calificar para beneficios de Medi-Cal completos.

Para Healthy Families, el niño tiene que ser ciudadano de EE UU, nacional o ser un inmigrante elegible. Para más información lea el manual de Healthy Families o haga clic en "FAQs" en: *www.healthyfamilies.ca.gov.*

¿Tengo que dar información de inmigración sobre todos mis familiares?

No. Ponga sólo información sobre los familiares que soliciten beneficios de salud.

Los padres no tienen que dar información sobre su inmigración si sólo solicitan para sus hijos.

La información sobre inmigración que nos da es privada y confidencial. Sólo la usamos para ver si es elegible. Tampoco usamos su información de inmigración para exigir pago de servicios recibidos legalmente.

¿Es privada la información que les doy?

Sí. Sólo usamos su información para ver si es elegible o para administrar los programas. Vea la página 7.

¿Tengo que pagar algo?

No para Medi-Cal.

Para Healthy Families no tiene que pagar ahora. Pero una vez inscrito, el costo será de $4 a $15 por mes, por cada niño, hasta un máximo de $45 por familia. Si paga las primas de 3 meses completos ahora, ¡le daremos un mes gratis!

¿Qué pasa después de presentar la solicitud?

Le enviaremos una carta para decirle en qué programas podrán participar sus hijos y cuándo empezará la cobertura. Su solicitud puede tardar hasta 45 días en ser procesada.

¿Cuándo sabré lo que pasa con mi solicitud?

Llámenos dentro de 10 a 15 días después de enviar la solicitud.

1-800-880-5305

¿Estarán todos mis hijos en el mismo programa?

Tal vez. Depende del número de personas en su familia, de sus ingresos y de la edad de los niños. Puede tener un niño más pequeño en Medi-Cal y un niño mayor en Healthy Families.

¿Qué pasa si no puedo enviar ahora copias de los documentos que necesitan?

La manera más rápida de solicitar cobertura es de enviar todos sus documentos ahora. Si no, envíelos lo antes posible. O envíelos por fax al:
1-866-848-4974

Si necesitamos más información, le hablaremos por teléfono y le enviaremos una carta.

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Instructions

3

¿Necesita ayuda?

Los CAA deberán estar consientes de la información importante contenida en cada sección de las preguntas frecuentes. La sección *"¿Necesita ayuda?"* incluye información importante sobre las maneras diferentes de obtener ayuda con su solicitud. Esto incluye solicitudes por teléfono, recomendaciones con los CAA, números telefónicos y opciones en internet.

También incluye información clara acerca de las preguntas frecuentes sobre ciudadanía e inmigración para mujeres y niños que soliciten la cobertura, así como sobre quién tiene que proporcionar esta información en el hogar. Esta página informa a los CAA y los solicitantes qué esperar después de presentar una solicitud.

Preguntas frecuentes, Página 4

Número de personas en la familia e ingresos familiares

¿Cómo usan mi información personal y financiera?

Nos fijamos en el número de personas en la familia y los ingresos familiares para ver si usted o sus hijos son elegibles para los programas. Es posible que no contemos a todos como parte de su familia. También es posible que no contemos el ingreso de todos. Nosotros haremos el cálculo.

¿A quiénes debo poner como familiares que viven en mi casa?

Debe poner a:

- Todos los hijos menores de 21 años que viven en su casa o que están estudiando y viven fuera de su casa, que usted pueda reclamar como dependientes en la declaración de impuestos
- Los padres naturales, adoptivos o padrastros que viven con un niño que solicita cobertura
- La mujer embarazada y su hijo por nacer (Si está casada, ponga también a su esposo.)
- El cónyuge de cualquier adolescente que viva en su casa
- Un menor de edad emancipado

No ponga a los:

- tíos
- primos
- sobrinos
- abuelos.

Pero si alguno de esos parientes desea Medi-Cal, marque "Sí" en la pregunta 38 de su solicitud.

¿Qué pasa si mis ingresos son demasiado altos para ser elegible?

Es posible que sus hijos sean elegibles porque descontamos de su ingreso familiar sus gastos por pagos de cuidado de los niños, mantenimiento de hijos, cuidado de personas a su cargo y mantenimiento del cónyuge. También descontamos hasta $90 por cada familiar que trabaja o recibe Seguro por Discapacidad del Estado o Compensación del Trabajador.

Si aun así sus ingresos son demasiado altos, es posible que sus hijos califiquen para Healthy Kids. Vea la página 6.

¿Qué efecto tiene el mantenimiento de hijos o de cónyuge sobre mis ingresos?

Si *paga* mantenimiento de sus hijos o de su cónyuge, descontamos la cantidad que paga de sus ingresos familiares.

Si *recibe* mantenimiento para sus hijos o de cónyuge, contamos lo que recibe como parte de sus ingresos familiares, menos un máximo de $50.

¿Descuentan de mis ingresos mis gastos de cuidado de mis hijos o de un dependiente discapacitado?

Descontamos estos gastos de sus ingresos familiares si:

- La persona que lo paga vive en su casa y
- Los adultos en su casa no pueden cuidar a la persona porque trabajan o se están entrenando para trabajar.

La cantidad máxima que podemos descontar depende de la edad de la persona que recibe el cuidado. Vea a continuación:

Niño menor de 2 años de edad $200
Niño de 2 años de edad o mayor $175
Dependiente discapacitado (de cualquier edad) $175

¿Qué pasa si mis ingresos cambiarán pronto?

Si sabe que sus ingresos familiares van a cambiar en los próximos meses por un ascenso, porque lo van a suspender del trabajo o por otro cambio, adjunte una hoja separada y explique.

Por ejemplo:

Este mes mi cheque del trabajo fue de $1000. Pero por lo general mi cheque es de $800. El mes pasado gané $200 más por horas extra. No habrá horas extra en los próximos 6 meses.

¿Qué es el ingreso "bruto"?

El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de que le descuenten los impuestos y otras cosas que le descuentan.

¿Cuáles son mis ingresos brutos si trabajo por cuenta propia?

Nos fijamos en su ganancia o pérdida (en su Formulario C del año pasado o en su Declaración de Ganancias y Pérdidas de los últimos 3 meses). Después añadimos sus gastos de comidas, entretenimiento y depreciación. Si perdió alguna cantidad de dinero en algún mes o durante el año, contaremos sus ingresos como $0 para ese periodo de tiempo.

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Instructions

4

Número de personas en la familia e ingresos familiares

Esta sección de las preguntas frecuentes, responde quién debe ser anotado en la solicitud, cómo se calculan los ingresos con gastos de dependientes y qué hacer cuando cambien sus ingresos. El CAA y el solicitante deben entender perfectamente los cálculos del número de personas en la familia e ingresos familiares , para entender a qué programa los niños o la mujer embarazada puede reunir los requisitos

Los CAA y los solicitantes deben revisar estas preguntas frecuentes durante el proceso de solicitud.

Preguntas frecuentes, Página 5

¿Está embarazada?

Las mujeres embarazadas pueden solicitar Medi-Cal para:

- Servicios de embarazo (incluyendo algunos servicios dentales), o
- Servicios completos de cuidado de salud.

¿Cómo solicito la cobertura?

Si *sólo* quiere servicios relacionados con el embarazo llene la solicitud y envíenos los documentos indicados en la página 2. Si quiere servicios de salud *completos*, también debe enviar prueba de embarazo del médico o clínica.

Su solicitud puede tardar hasta 45 días en ser procesada, y sólo entonces podrá saber si es elegible.

¿Puedo obtener servicios de embarazo antes?

Sí. Hay un programa que ofrece servicios inmediatos y temporales gratuitos relacionados con el embarazo a las mujeres que soliciten Medi-Cal. Se llama *Presumptive Eligibility for Pregnant Women*. Pregunte a su proveedor de salud si participa en este programa.

Para más información, llame al **1-800-824-0088**

¿Me reembolsarán por servicios relacionados con el embarazo mientras que se aprueba mi solicitud?

Si su solicitud se aprueba, es posible que Medi-Cal le reembolse lo que pagó por servicios relacionados con el embarazo que recibió durante los 3 meses antes de presentar su solicitud, incluso si los servicios no fueron prestados por un proveedor de Medi-Cal. Pero después de que envía su solicitud sólo le pueden devolver lo que pagó si obtiene servicios de un proveedor inscrito en Medi-Cal.

¿Qué pasa si no soy elegible para Medi-Cal?

Si sus ingresos son demasiado altos para Medi-Cal gratis, puede solicitar AIM. (AIM es la abreviatura de *Access for Infants and Mothers*.)

AIM es un programa para mujeres embarazadas sin seguro pero con ingresos demasiado altos para participar en Medi-Cal gratis.

Para más información, llame al: **1-800-433-2611**
O visite: **www.aim.ca.gov**

¿Cómo inscribo a mi recién nacido si ya tengo cobertura de Medi-Cal o AIM?

No tiene que llenar esta solicitud.

Si tiene **Medi-Cal**, póngase en contacto con su trabjador de elegibilidad para asegurarse de que su bebé esté cubierto desde que nace. O llene el *Formulario de Información de Recién Nacidos*. Imprima el formulario en: **http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/MEB%20Translated%20Forms/MC%20330%20_SP_.pdf**.

Si tiene **AIM**, es posible que su bebé sea elegible para Healthy Families desde el nacimiento. Póngase en contacto con Healthy Families para darles la información sobre el nacimiento de su bebé. Llame al: **1-800-880-5305**. O visite: **www.aim.ca.gov** y haga clic en "Register Your Baby".

Si no tengo Medi-Cal o AIM para mi embarazo, ¿puedo solicitar Healthy Families para mi bebé antes de que nazca?

Sí, haga lo siguiente:

1. Solicite Healthy Families cuando tenga al menos 6 meses de embarazo. Llene esta solicitud y marque la casilla en la página A1 (en la columna Hijo por nacer).
2. Junto con su solicitud envíe una nota de su médico o clínica que diga que está embarazada y la fecha de parto anticipada.
3. Si su bebé califica para Healthy Families, envíe prueba de nacimiento dentro de 30 días. La prueba de nacimiento puede ser:
   - una carta firmada por el proveedor de la salud que atendió el parto o por alguien del personal del hospital en que nació el bebé o
   - un acta de nacimiento del hospital o
   - un acta de nacimiento.

   La prueba de nacimiento tiene que tener el nombre y apellido, la fecha de nacimiento, el lugar de nacimiento y el género del bebé.

¡Aviso importante! Si no estaba cubierta por AIM para su embarazo, la cobertura Healthy Families de su bebé empieza **13 días** después de que obtenemos prueba de nacimiento.

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Instructions

5

¿Está embarazada?

Esta sección de las preguntas frecuentes, responde las preguntas de los CAA y las mujeres embarazadas acerca de la atención médica del embarazo y los gastos relativos a estos servicios. También se encuentran importantes números teléfono y referencias en internet para obtener más ayuda.

Cuando las mujeres embarazadas buscan servicios de atención médica, es importante que ellas conozcan y entiendan las opciones de atención médica para el niño por nacer o el recién nacido. Esta sección ofrece respuestas a estas preguntas.

Los CAA deberán usar esta herramienta para las solicitudes de las mujeres embarazadas y para ayudar a las solicitantes a entender los recursos de embarazo a su disposición.

Preguntas frecuentes, Página 6

Otras preguntas

¿Qué pongo para etnicidad?

Escriba el grupo étnico al cual pertenece el niño o la mujer embarazada:

Nativo de Alaska	Hispano
Asiático americano	Japonés
Indio asiático	Coreano
Negro o afronorteamericano	Laosiano
Camboyano	Indígena norteamericano
Chino	Otro asiático
Filipino	Samoano
Guameño	Vietnamita
Hawaiano	Blanco
Otro	

¿Qué pasa si quiero Medi-Cal completo pero no tengo un número de Seguro Social?

Es posible que pueda obtener Medi-Cal completo si solicita un número de Seguro Social y nos lo da dentro de los 60 días.

Para obtener un número de Seguro Social, póngase en contacto con la Administración del Seguro Social: **1-800-772-1213** *(sin cargo)*

Si no puede obtener un número de Seguro Social, es posible que igual pueda obtener servicios de atención del embarazo y de emergencia.

¿Qué pasa si mi hijo tenía seguro por medio del trabajo de uno de los padres, pero terminó?

Si es elegible, Medi-Cal puede cubrirlo inmediatamente.

Healthy Families cubre a los niños elegibles a los 3 meses después de que se termina la cobertura. Si la cobertura finalizó por un cambio de condición en su trabajo, porque se mudó, terminaron los beneficios de todos los empleados, hubo un fallecimiento, separación legal o divorcio, o terminó la cobertura COBRA, es posible que califique antes para cobertura.

¿Me puede ayudar Medi-Cal a pagar servicios médicos pasados?

Sí. Es posible que Medi-Cal cubra sus gastos médicos (pagados o no) de hasta 3 meses antes de presentar la solicitud. Marque *Sí* en 23 de la solicitud.

¿Qué pasa si soy parte de una demanda y recibo dinero?

Si hay un fallo legal a su favor por un accidente o una lesión y Medi-Cal cubrió la atención de su salud, es posible que tenga que pagar a Medi-Cal lo que pagó por sus servicios con el dinero que le dieron.

¿Me ayudará Medi-Cal a pagar servicios médicos hasta que se apruebe mi solicitud?

Si quiere que Medi-Cal pague, verifique que su proveedor esté inscrito en Medi-Cal antes de obtener servicios. Es posible que Medi-Cal le reembolse lo que pagó por servicios que obtuvo de un proveedor inscrito después de que presente su solicitud.

¿Cómo elijo mi plan de salud de Medi-Cal?

Le enviaremos un paquete. Si no desea esperar, llame a Health Care Options, al **1-800-430-4263**. Le dirán si hay planes de salud de Medi-Cal en su condado.

Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska:

Si no califica para Medi-Cal gratis, puede obtener Healthy Families gratis. Verifique que marcó *Sí* en la casilla 52 de la solicitud. También tiene que enviar uno de los siguientes documentos (para el padre o el niño) ahora o dentro de los 2 meses de haberse inscrito:

- Documento de inscripción de su tribu reconocida federalmente, *o*
- Certificado de Grado de Sangre Indígena (CDIB) de la Dirección de Asuntos Indígenas, *o*
- Carta de Herencia Indígena de una clínica de cuidado de salud de indígenas en California.

¿Qué pasa si mis hijos no son elegibles para los programas?

Es posible que califiquen para otro programa de salud gratuito o de bajo costo para niños que no califican para Medi-Cal completo o Healthy Families.

En muchos condados el programa se llama *Healthy Kids*. Si el programa de su condado puede aceptar esta solicitud, se la enviaremos.

Para saber si su condado tiene un programa Healthy Kids, llame al: **1-800-880-5305**

MC 321 HFP (rev. 12/07)
Instructions

6

Otras preguntas

Esta sección de Preguntas frecuentes habla de las Preguntas 16, 18, 22, 23 y 52 de la solicitud. Consulte esta página de las Preguntas frecuentes para encontrar información importante. Los CAA revisan esta página con los solicitantes al ir llenando la solicitud. Esta página ayuda a los solicitantes dándoles una lista de antecedentes étnicos, para que puedan responder la Pregunta 16 de la solicitud. Si los solicitantes tienen gastos médicos anteriores, esta página puede darles las respuestas a preguntas comunes.

Cuando los niños no reúne los requisitos para Healthy Families Program o para Medi-Cal sin costo, posiblemente reúnan los requisitos para Healthy Kids Program. En esta página encontrará datos importantes acerca de a dónde comunicarse.