

	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 N° del seguro social (Para más información, vea las páginas 6 y 7.)					
<i>Opcional para solicitantes de Healthy Families o para quienes sólo soliciten servicios de atención de emergencia o del embarazo.</i>					
19 ¿Ciudadano o nacional de EE UU? (Para más información, vea las páginas 3 y 7.) Si No, fecha de entrada a EE UU	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	
20 N° de tarjeta de beneficios Medi-Cal (BIC), si lo tiene:					
21 ¿Tiene esta persona otro seguro de salud, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>Incluso si tiene otro seguro de salud, Medi-Cal tal vez cubre lo que no cubra su otro seguro.</i>					
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.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.) ____/____/____ mes día año La cobertura de salud terminó por que: <input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.) ____/____/____ mes día año La cobertura de salud terminó por que: <input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y por qué terminó.) ____/____/____ mes día año La cobertura de salud terminó por que: <input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>Es posible que Medi-Cal cubra gastos médicos de los últimos 3 meses.</i>					
24 Nombre de la madre: Apellido Nombre ¿Vive este niño con la madre?					
25 Nombre del padre: Apellido Nombre ¿Vive este niño con el padre?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Recorte aquí

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		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____
27		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____
28		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> 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

Recorte aquí

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 si 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 mí 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.

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: **Eric Tapia (888)599-7056** ~~1380059984~~. 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**
- Recibo de alquiler o cuenta de luz, gas o teléfono, **o**
- Licencia de manejar o tarjeta de identidad del Depto. de Vehículos Motorizados (DMV) de California, **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**

**Antes de Mandar esta Aplicación Necesitas
Llamar Eric Tapia para Verificar que es Completo.**

1-888-579-7056

CAA# 00052459M EE# 90443

Por favor Fax Completó, Firmó y fechó Aplicaciones junto con copias de:

1) Prueba de Ingresos para ésos en la casa que tiene un trabajo. Un talonario reciente de la paga, un firmado y fechó declaración de su empleador que muestra sus rentas brutas o Dura declaración de impuestos federal de año.

Para auto empleado: Dure forma W federal de impuesto de renta de año/Planifica C, C-EZ o F o una declaración detallada firmada de pérdida de ganancia para los últimos 3 meses).

2) documentos de Ciudadanos o inmigración para cada persona que aplica. Las copias de certificado de nacimiento (certificados), el pasaporte (pasaportes) o el certificado (certificados) de ciudadanía de EEUU.

3) Cualquier documentación si usted paga o recibe a niño o apoyo conyugal o si usted le paga a niño cuidado de día.

Telecopie esta documentación junto con completado
firmado y fechado aplicación a:

Vuelva Fax (909)599-7008

Or

O por correo:

**417 W. Allen Ave Suite #114
San Dimas, CA 91773**

Email: erictapia@yahoo.com

www.ApplyforHealthyFamilies.com

www.OneStopCoverage.com