NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE LA SECTION 1931(b)

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

Aunque sus beneficios de dinero en efectivo del programa de Oportunidades de Empleo y Responsabilidad hacia los Hijos de California *(California Work Opportunity and Responsibility to Kids—CalWORKs)* han parado, sus beneficios de Medi-Cal continuarán bajo el programa de la Sección 1931(b). Este programa proporciona beneficios de Medi-Cal, sin costo alguno, a ciertas personas de bajos ingresos con niños que reúnen los requisitos.

Usted no tiene que llenar reportes mensuales o trimestrales sobre su situación para retener la Medi-Cal. Sin embargo, si sus beneficios en efectivo pararon porque usted no regresó su informe mensual de *CalWORKs* ***y*** tuvo cambios en su situación que no ha reportado a su trabajador(a) encargado(a) del efectivo, usted tiene que reportárselos ahora a su trabajador(a) de Medi-Cal.

El recibir estos beneficios de Medi-Cal no se toman en cuenta para cualesquier límites de tiempo del programa de *CalWORKs*.

A fin de seguir reuniendo los requisitos para este programa de Medi-Cal, usted tiene que:

- Tener un(a) niño(a) que reúne los requisitos viviendo en su hogar, que cumpla con los requisitos para recibir Medi-Cal, sin parte del costo, porque uno de sus padres ha muerto, está ausente, incapacitado(a), desempleado(a), (o trabaja con ingresos limitados), o usted tiene que ser un(a) niño(a) que reúne los requisitos, que vive con un(a) pariente.
- Tener ingresos y bienes por debajo de cierto límite.
- Continuar reuniendo todos los otros requisitos de Medi-Cal.
- Reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que podrían afectar su elegibilidad, como por ejemplo cambios en sus ingresos, bienes, condición médica o situación en el hogar.
- Completar el formulario para su evaluación anual de Medi-Cal, cuando éste se le envíe.

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC* DE PLÁSTICO.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50226, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE LA SECCIÓN 1931(b)

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

El programa de la Sección 1931(b) proporciona beneficios de Medi-Cal, sin costo alguno, a ciertas personas de bajos ingresos que tengan niños que reúnan los requisitos.

☐ Usted tiene derecho a beneficios completos, a partir del _____.

☐ Sus beneficios cubren sólo los servicios de emergencia y los relacionados con el embarazo, a partir del _____.

A fin de seguir reuniendo los requisitos para este programa, usted tiene que:

- Tener un(a) niño(a) que reúna los requisitos viviendo en su hogar, que cumpla con los requisitos para recibir Medi-Cal, sin parte del costo, porque uno de sus padres ha muerto, está ausente, incapacitado(a), desempleado(a) (o trabaja con ingresos limitados), o usted tiene que ser un(a) niño(a) que reúne los requisitos, que vive con un(a) pariente.
- Tener ingresos y bienes por debajo de cierto límite.
- Continuar reuniendo todos los otros requisitos de Medi-Cal.
- Reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que podrían afectar su elegibilidad, como por ejemplo cambios en sus ingresos, bienes, condición médica o situación en el hogar.
- Completar el formulario para su evaluación anual de Medi-Cal, cuando éste se le envíe.

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida, mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC* DE PLÁSTICO.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50226, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DE LA SECCIÓN 1931(b)

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del/de la trabajador(a): _____
Número del/de la trabajador(a): _____
Número de teléfono del/de la trabajador(a): _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

- ☐ Sus beneficios bajo el programa de la Sección 1931(b) se descontinuarán, a partir del último día de _____.
- ☐ Usted no reúne los requisitos bajo el programa de la Sección 1931(b).

Ésta(s) es/son la(s) razón(es):

- ☐ Sus ingresos están por encima del límite.
- ☐ Sus bienes están por encima del límite. El límite es de _____.
- ☐ Usted no tiene un(a) niño(a) que reúna los requisitos viviendo en su hogar, que cumpla con los requisitos para recibir Medi-Cal, sin parte del costo.
- ☐ Usted está trabajando 100 horas o más, y los ingresos ganados de su familia están por encima del límite.
- ☐ Su niño(a) sobrepasa la edad límite.
- ☐ Otra razón: _____

_____

Usted recibirá otra notificación, si reúne los requisitos para otro programa de Medi-Cal.

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS DE PLÁSTICO *(BIC)*. Usted puede usarla de nuevo, si vuelve a reunir los requisitos, o si reúne los requisitos para otro programa de Medi-Cal.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50226, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA PARA PERSONAS NECESITADAS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO O PARA PERSONAS INDIGENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____
(nombre)

A usted se le ha aprobado para el/los siguiente(s) programa(s):

- ☐ Programa para Personas Necesitadas desde el Punto de Vista Médico para una familia con un(a) niño(a), cuyo(s) padre/madre/padres está(n) ausente(s) del hogar, ha(n) muerto, está(n) incapacitado(s), desempleado(s) o trabaja(n) con ingresos limitados.
- ☐ Programa para Personas Necesitadas desde el Punto de Vista Médico para los ancianos, ciegos o incapacitados.
- ☐ Programa para Personas Indigentes desde el Punto de Vista Médico para las mujeres embarazadas.
- ☐ Programa para Personas Indigentes desde el Punto de Vista Médico para menores de 21 años de edad.
- ☐ Programa para Personas Indigentes desde el Punto de Vista Médico para un(a) niño(a) que está bajo la responsabilidad de una agencia pública.
- ☐ Otro: _____
- ☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios de Medi-Cal, a partir del primer día de _____.
  - Usted no tiene que llenar reportes mensuales o trimestrales sobre su situación, para obtener Medi-Cal.
  - Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que podrían afectar su elegibilidad, como por ejemplo cambios en sus ingresos, bienes, condición médica o situación en el hogar.
  - Usted tendrá que completar el formulario para su evaluación anual de Medi-Cal, cuando éste se le envíe.
  - El recibir estos beneficios de Medi-Cal no se toma en cuenta para cualesquier límites de tiempo del programa de *CalWORKs*.
- ☐ Usted tiene derecho a beneficios completos, a partir de _____.
- ☐ Sus beneficios sólo cubren los servicios de emergencia y los relacionados con el embarazo, a partir de _____.
- ☐ Usted reúne los requisitos, sin parte del costo.
- ☐ Sus ingresos exceden la cantidad de necesidad para mantenerse. Usted tiene que pagar una parte del costo o comprometerse a pagar su atención médica mensual. Su parte del costo es de $ _____ a partir de _____.

Su parte del costo se calculó de la manera siguiente:

Ingresos brutos	$ _____
Ingresos netos no exentos	$ _____
Necesidad para mantenerse	$ _____
Exceso de ingresos/parte del costo	$ _____

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida, mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC* DE PLÁSTICO.

Las regulaciones que exigen esta acción son las Secciones 50203, 50251 y 50653, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA PARA PERSONAS NECESITADAS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO O PARA PERSONAS INDIGENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____
(nombre)

☐ Su solicitud para Medi-Cal, con fecha del _____ se ha negado porque usted no reúne los requisitos para ninguno de los siguientes programas:

☐ A usted se le están descontinuando los beneficios del/de los siguiente(s) programa(s) en efectivo a _____:

- ☐ Programa para Personas Necesitadas desde el Punto de Vista Médico para una familia con un(a) niño(a), cuyo(s) padre/madre/padres está(n) ausente(s) del hogar, ha(n) muerto, está(n) incapacitado(s), desempleado(s) o trabaja(n) con ingresos limitados.
- ☐ Programa para Personas Necesitadas desde el Punto de Vista Médico para los ancianos, ciegos o incapacitados.
- ☐ Programa para Personas Indigentes desde el Punto de Vista Médico para las mujeres embarazadas.
- ☐ Programa para Personas Indigentes desde el Punto de Vista Médico para los menores de 21 años de edad.
- ☐ Programa para Personas Indigentes desde el Punto de Vista Médico para un(a) niño(a) que está bajo la responsabilidad de una agencia pública.
- ☐ Otro razón: _____.

Ésta(s) es/son la(s) razón(es):

- ☐ Usted ya no está ciego(a) o incapacitado(a), ni es un(a) anciano(a).
- ☐ Usted ya no está embarazada.
- ☐ Usted tiene 21 años o más, pero tiene menos de 65 años.
- ☐ Usted no es una familia con un(a) niño(a), cuyo(s) padre/madre/padres está(n) ausente(s) del hogar, ha(n) muerto, está(n) incapacitado(s), desempleado(s) o trabaja(n) con ingresos limitados.
- ☐ Usted ya no está bajo la responsabilidad de una agencia pública.
- ☐ Sus bienes están por encima del límite permitido. El límite es de _____.
- ☐ Otro razón: _____.

Usted recibirá otra notificación, si reúne los requisitos para otro programa. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS *(BIC)*, SI RECIBIÓ UNA. Usted puede usarla de nuevo, si vuelve a reunir los requisitos para Medi-Cal.

Las regulaciones que exigen esta acción son las Secciones 50203 y 50251, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
APROBACIÓN DE BENEFICIOS PARA PERSONAS DE 21 A 65 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN UN CENTRO DE CONVALECENCIA

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre del trabajador: _____

Número del trabajador: _____

Número de teléfono del trabajador: _____

Horas hábiles: _____

Notificación para: _____
(Nombre)

Este programa proporciona beneficios de Medi-Cal a personas de 21 a 65 años de edad que viven en un centro de convalecencia, y que no reúnen los requisitos para ningún otro programa de Medi-Cal. Sus beneficios cubren solamente los servicios que reciban mientras vivan en un centro de convalecencia de cuidados especializados o intermedios. Éstos no cubren los beneficios de cuidados críticos que reciban mientras están en un hospital.

☐ Usted tiene derecho a beneficios a partir del _____.

☐ Puesto que sus ingresos exceden la cantidad permitida, usted tiene que pagar o está obligado(a) a pagar una parte del costo para su atención médica. Su parte del costo es de $ _____ a partir del _____. Su parte del costo se calculó de la manera siguiente:

Ingresos brutos	$ _____
Ingresos netos no exentos	$ _____
Necesidad de mantenimiento	$ _____
Ingresos/parte del costo en exceso	$ _____

A fin de seguir reuniendo los requisitos para este programa, usted tiene que:

- Tener bienes por debajo de cierto límite.
- Continuar reuniendo los otros requisitos de Medi-Cal.
- Usted no tiene que llenar reportes mensuales o trimestrales sobre su situación para obtener beneficios de Medi-Cal.
- Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios en sus ingresos, bienes o situación en el hogar. Además, reporte si su condición médica empeora.
- Usted tendrá que completar un formulario para su evaluación anual de Medi-Cal.

Su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* de plástico se le enviará por correo en el establecimiento de atención a largo plazo. NO TIRE ESTA TARJETA. Ésta es válida, mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50251(b), del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA PARA PERSONAS DE 21 A 65 AÑOS DE EDAD EN UN CENTRO DE CONVALECENCIA

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

❒ Sus beneficios bajo este programa se descontinuarán, a partir del último día de _____.

❒ Usted no reúne los requisitos para este programa.

Ésta(s) es/son la(s) razón(es):

❒ Sus bienes están por encima del límite. El límite de bienes es de _____.

❒ Usted no vive, o ya no vive más, en un centro de convalecencia.

❒ Otra razón: _____

_____

Usted recibirá otra notificación, si reúne los requisitos para otro programa de Medi-Cal.

NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS DE PLÁSTICO *(BIC)*. Usted puede usarla de nuevo, si vuelve a reunir los requisitos, o si reúne los requisitos para otro programa de Medi-Cal.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50251(b), del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN DE BENEFICIOS COMPLETOS O LIMITADOS BAJO EL PROGRAMA DE MEDI-CAL DE TRANSICIÓN *(TMC)*

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del/de la trabajador(a): _____
Número del/de la trabajador(a): _____
Número de teléfono del/de la trabajador(a): _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

EL *TMC* ES UN PROGRAMA QUE PROPORCIONA BENEFICIOS CONTINUOS DEL PROGRAMA DE MEDI-CAL, DURANTE UN MÁXIMO DE DOS AÑOS, A CIERTAS PERSONAS QUE YA NO REÚNEN LOS REQUISITOS BAJO SU PROGRAMA DE MEDI-CAL ACTUAL, DEBIDO A SUS INGRESOS DE EMPLEO.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir beneficios iniciales bajo el *TMC* durante el período del_____ al_____.

☐ Usted tiene derecho a beneficios completos.

☐ Usted tiene derecho a beneficios en caso de emergencia y relacionados con el embarazo.

Usted continuará recibiendo beneficios bajo el *TMC* durante este período, si usted tiene un(a) niño(a) que reúna los requisitos viviendo en su hogar, y usted sigue trabajando. El recibir estos beneficios de Medi-Cal no se toma en cuenta para cualesquier límites de tiempo del programa de *CalWORKs*.

Es posible que reúna los requisitos para recibir seis meses adicionales de beneficios del *TMC*, sin costo alguno, si usted:

- Devuelve el reporte sobre su situación, que el condado le enviará, a más tardar el día 21 de _____ y cae dentro de los límites de ingresos.
- Adjunta, al reporte sobre su situación, una prueba de los ingresos mensuales en bruto de su familia, y los costos reales de cuidado de niños que usted pague. Guarde todos sus estados de cuenta de ingresos y sus recibos de cuidado de niños.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir seis meses adicionales de beneficios durante el período del_____ al_____.

A fin de seguir reuniendo los requisitos para recibir los seis meses adicionales de beneficios del *TMC*, a usted se le requerirá completar y devolver dos reportes sobre su situación, que el condado le envíe durante este período. El primer reporte se vencerá el día 21 del primer mes, y el segundo reporte se vencerá el día 21 del cuarto mes de este período adicional de seis meses. Además, usted tiene que:

- Seguir empleado(a).
- Tener ingresos por debajo de cierto límite.
- Tener un(a) niño(a) que reúna los requisitos viviendo en su hogar.

Cuando sus seis meses adicionales de beneficios del *TMC* se hayan terminado, se evaluará su situación para determinar si reúne los requisitos para recibir el segundo año de beneficios del *TMC* o de otros programas de Medi-Cal.

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida, mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC*.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50244, del Título 22, del Código de Regulaciones de

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
SECOND YEAR OF TRANSITIONAL MEDI-CAL (TMC) APPROVAL FOR BENEFITS

(COUNTY STAMP)

Notice date: _____
Case number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Office hours: _____
Notice for: _____

A SECOND YEAR OF TMC IS AVAILABLE TO WORKING PERSONS AGE 19 AND OVER WHO RECEIVED ONE YEAR OF TMC BECAUSE THEY WERE NO LONGER ELIGIBLE FOR THEIR CURRENT MEDI-CAL PROGRAM DUE TO EMPLOYMENT.

☐ You are eligible for up to 12 additional months of TMC at no cost for the period _____ through _____ .

☐ You are entitled to full benefits.

☐ Your benefits only cover emergency and pregnancy-related services.

You must:

- Continue to be employed.
- Have an eligible child in the home.
- Have average earnings minus child care costs at or below 185 percent of the Federal Poverty Level.
- Report any changes in your income or household composition within ten days.

When your benefits have ended, you will be evaluated for other Medi-Cal programs.

Always present your Benefits Identification Card (BIC) to your medical provider whenever you need care. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. DO NOT THROW AWAY YOUR BIC.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50244.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
APROBACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGUNDO AÑO DE MEDI-CAL DE TRANSICIÓN *(TMC)*

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horario del trabajador: _____
Notificación para: _____

UN SEGUNDO AÑO DE BENEFICIOS DEL *TMC* ESTÁ A LA DISPOSICIÓN DE PERSONAS QUE TRABAJAN DE 19 AÑOS DE EDAD Y MAYORES QUE RECIBIERON UN AÑO DE BENEFICIOS DEL *TMC* PORQUE YA NO REUNÍAN LOS REQUISITOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE SU PROGRAMA DE MEDI-CAL ACTUAL DEBIDO A SU EMPLEO.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir 12 meses adicionales de beneficios del *TMC,* sin costo alguno, para el período del _____ al _____ .

☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios completos.

☐ Sus beneficios sólo cubren los servicios en casos de emergencia o relacionados con el embarazo.

Usted tiene que:

- Seguir empleado(a).
- Tener un(a) niño(a) que reúna los requisitos viviendo en su hogar.
- Contar con ingresos promedio, menos los costos de cuidado de niños, al o por debajo del 185 por ciento del Nivel de Pobreza Federal.
- Informar a este Departamento dentro de diez días si sus ingresos o composición en los miembros de su familia cambian.

Cuando sus beneficios terminen, se le evaluará para ver si es elegible para otros programas de Medi-Cal.

Cada vez que necesite atención, siempre presente su Targeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC.*

El ordenamiento que exige esta acción es la Sección 50244, del Título 22, del Código de Ordenamientos de California.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPROVAL FOR SPECIAL ZERO SHARE-OF-COST PROGRAM FOR PREGNANT WOMEN AND BABIES UP TO ONE YEAR OLD

(COUNTY STAMP)

Notice date: _____
Case number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Office hours: _____
Notice for: _____

☐ Beginning _____, you are eligible to receive limited Medi-Cal services without a share-of-cost under a special program for pregnant women. Under this program, you can receive only pregnancy-related services which include prenatal care, services for complications of pregnancy, labor, delivery, postpartum care, and family planning.

☐ You continue to be eligible for benefits with a share-of-cost under the regular Medi-Cal program. Under this program you may also receive medical services not related to your pregnancy.

☐ Beginning _____, your baby is eligible to receive Medi-Cal benefits without a share-of-cost under a special program for babies up to one year old. Under this program, the baby's Medi-Cal coverage will provide:

- ☐ full Medi-Cal benefits.
- ☐ restricted Medi-Cal benefits (emergency only).

In addition to other program requirements, eligibility under this program is based on your pregnancy and/or on your family's income.

You must report within ten days any significant changes that could affect your or your child's eligibility, such as changes in your income, property, medical condition, or household situation.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50262.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA ESPECIAL DE CERO PARTE DEL COSTO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y BEBÉS HASTA DE UN AÑO DE EDAD

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

☐ A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir servicios limitados de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo un programa especial para mujeres embarazadas. Bajo este programa, usted puede recibir sólo servicios relacionados con el embarazo, entre los que se incluyen la atención prenatal, servicios por complicaciones del embarazo, dolores del parto, alumbramiento, atención después del parto y planificación familiar.

☐ Usted sigue reuniendo los requisitos para beneficios, con una parte del costo, bajo el programa regular de Medi-Cal. Bajo este programa, es posible que usted también reciba servicios médicos que no estén relacionados con el embarazo.

☐ A partir del _____, su bebé reúne los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo un programa especial para bebés de hasta un año de edad. Bajo este programa, la cobertura de Medi-Cal del/de la bebé le proporcionará:

- ☐ beneficios completos de Medi-Cal.
- ☐ beneficios limitados de Medi-Cal (sólo en caso de emergencia).

Además de otros requisitos del programa, la elegibilidad bajo este programa se basa en su embarazo, o en los ingresos de su familia.

Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que podrían afectar su elegibilidad o la de su niño(a), como por ejemplo cambios en sus ingresos, bienes, condición médica o situación en el hogar.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50262, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA QUE IGNORA INGRESOS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y BEBÉS

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

El Programa que Ignora los Ingresos es un programa especial para mujeres embarazadas y bebés de hasta un año de edad, con ingresos al o por debajo del 200 por ciento del nivel federal de pobreza. Éste proporciona servicios relacionados con el embarazo y atención después del embarazo a las mujeres y atención médica a los bebés menores de un año, con cero parte del costo. Una evaluación de su caso indica que:

Usted no reúne los requisitos para este programa puesto que:

- ☐ Los ingresos de su familia están por encima del límite permitido.
  - ☐ Esto no afecta su elegibilidad para recibir beneficios de Medi-Cal regular.
- ☐ Su elegibilidad para beneficios bajo este programa termina el _____ puesto que:
  - ☐ Usted ya no está embarazada, y se ha terminado su período de 60 días después del parto.
  - ☐ Otra razón:
  - ☐ Esto no afecta su elegibilidad para recibir beneficios de Medi-Cal regular.
- ☐ Usted recibirá otra notificación, si reúne los requisitos para otro programa.

Su niño(a) no reúne los requisitos para este programa puesto que:

- ☐ Los ingresos de su familia están por encima del límite permitido.
- ☐ La elegibilidad de su niño(a) para beneficios bajo este programa termina el _____ puesto que:
  - ☐ Su niño(a) ha cumplido un año de edad.
  - ☐ Otra razón:
- ☐ Usted recibirá otra notificación, si su niño(a) reúne los requisitos para otro programa.
- ☐ Se le adjuntan los formularios que usted necesita llenar y regresarnos, a fin de determinar si usted o su niño(a) reúne los requisitos para otro programa. Por favor, regrese esta información, en un plazo de diez días.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta acción, por favor escríbanos o llámenos por teléfono. Nosotros le contestaremos sus preguntas, o concertaremos una cita para entrevistarnos con usted. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS *(BIC)*. Usted puede usarla de nuevo, si vuelve a reunir los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

Las regulaciones que exigen esta acción son las Secciones 50260 y 50262, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DEL 100 POR CIENTO

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del/de la trabajador(a): _____
Número del/de la trabajador(a): _____
Número de teléfono del/de la trabajador(a): _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

A partir del _____, su(s) niño(s) reúne(n) los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo el Programa del 100 por Ciento para niños de por lo menos 6 a 19 años de edad.

Bajo este programa, Medi-Cal proporcionará:

☐ Beneficios completos de Medi-Cal.

☐ Beneficios limitados de Medi-Cal (sólo para el embarazo y condiciones médicas de emergencia).

La elegibilidad bajo este programa se basa en los ingresos de su familia, además de otros requisitos del programa.

Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que podrían afectar la elegibilidad de su niño(a), como por ejemplo cambios en sus ingresos, bienes, condición médica o situación en el hogar.

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida, mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC* DE PLÁSTICO.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50262.6, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA DEL 133 POR CIENTO

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horas hábiles: _____
Notificación para: _____

A partir del _____, su(s) niño(s) reúne(n) los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin una parte del costo, bajo el programa del 133 por ciento para niños de uno a seis años de edad. Bajo este programa, los beneficios de Medi-Cal de su niño(a) le proporcionarán:

- ❒ Beneficios completos de Medi-Cal.
- ❒ Beneficios limitados de Medi-Cal (servicios sólo para el tratamiento de condiciones médicas de emergencia).

La elegibilidad bajo este programa se basa en los ingresos de su familia, además de otros requisitos del programa.

Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que podrían afectar la elegibilidad de su niño(a), como por ejemplo cambios en sus ingresos, bienes, condición médica o situación en el hogar.

Siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios *(BIC)* a su proveedor médico, cada vez que necesite atención. Esta tarjeta es válida, mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE SU *BIC* DE PLÁSTICO.

La regulación que exige esta acción es la Sección 50262.5, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

NOTIFICACION DE ACCION DE MEDI-CAL

NEGACION O DESCONTINUACION DE BENEFICIOS CONFORME AL PROGRAMA DEL 133 POR CIENTO

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del trabajador: _____
Número del trabajador: _____
Número de teléfono del trabajador: _____
Horario de la oficina: _____
Notificación para: _____

El Programa del 133 Por Ciento proporciona beneficios médicos sin parte del costo a niños que tienen de uno a seis años de edad, cuyos ingresos familiares están al o por debajo del 133 por ciento del nivel federal de pobreza. Una revisión de su caso indica que:

- ☐ Su/s hijo/s no reúne/n los requisitos para recibir beneficios de este programa, puesto que sus ingresos familiares exceden el límite permitido. Usted recibirá una notificación por separado sobre su Medi-Cal regular.

- ☐ Su/s hijo/s no reúne/n los requisitos para recibir beneficios de este programa, puesto que sus ingresos familiares exceden el límite permitido. Necesita llenar y enviarnos los formularios adjuntos para determinar si él/ella reúne los requisitos para recibir Medi-Cal regular con una parte del costo. Por favor envíenos esta información en un plazo de diez días Si no la recibimos, los beneficios de su hijo/a terminarán el _____.

- ☐ La elegibilidad para recibir beneficios conforme al Programa del 133 Por Ciento termina, puesto que su hijo/a ha cumplido seis años de edad.

  - ☐ Se le enviará una notificación por separado sobre su Medi-Cal regular. Si a su hijo/a se le hospitaliza, hágaselo saber de inmediato a su trabajador/a.

  - ☐ Necesita llenar y enviarnos los formularios adjuntos para determinar si él/ella reúne los requisitos para recibir Medi-Cal regular con una parte del costo. Por favor, envíenos esta información en un plazo de diez días. Si no la recibimos, los beneficios de su hijo/a terminarán el _____.

- ☐ La elegibilidad para recibir beneficios conforme al Programa del 133 Por Ciento termina el _____ puesto que:

La regulación que exige esta acción es la sección 50262.5, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

Si tiene alguna pregunta sobre esta acción, por favor escríbanos o llámenos por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o concertaremos una cita para atenderle personalmente. En cualquier momento usted puede volver a solicitar Medi-Cal. NO TIRE LA TARJETA DE IDENTIFICACION DE BENEFICIOS *(BIC)* DE SU HIJO/A. Su hijo/a la puede volver a usar para otro programa regular de Medi-Cal, aun si su hijo/a tiene que pagar una parte del costo.

PARA INFORMACIÓN SOBRE APELACIONES, POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.