MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
SNEEDE V. KIZER
CHANGE IN SHARE-OF-COST

(COUNTY STAMP)

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

This case has been affected by a lawsuit called *Sneede v. Kizer*. A federal court ruled that Medi-Cal can only use the income of certain family members when figuring the share-of-cost of someone who receives Medi-Cal. This means that some family members may have different shares-of-cost.

☐ The Medi-Cal share-of-cost for person(s) listed above has changed from $_____ to $_____.

☐ The income used to figure the share-of-cost is as follows:

Person	Net Amount
(1)	$
(2)	$
(3)	$
(4)	$
(5)	$
Total net nonexempt income	$
Income limit	$
Excess income	$
Adjustment	$
Share-of-cost	$

ALWAYS SHOW 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.

If there are any changes in address, income, property, family members, living arrangements, or if you have any questions, please write or phone your worker within ten days.

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections 50653 and *Sneede v. Kizer.*

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
SNEEDE V. KIZER
CAMBIO EN LA PARTE DEL COSTO

(COUNTY STAMP)

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

Este caso ha sido afectado por una demanda conocida como *Sneede v. Kizer*. Un tribunal federal dictaminó que Medi-Cal solamente puede utilizar los ingresos y bienes de ciertos miembros de la familia, al calcular la parte del costo de alguien que recibe Medi-Cal. Esto significa que es posible que algunos miembros de la familia tengan partes del costo distintas.

☐ La parte del costo de Medi-Cal para la(s) persona(s) que se indica(n) anteriormente ha cambiado de $_____ a $_____.

☐ Los ingresos que se utilizaron para calcular la parte del costo fueron los siguientes:

Persona	Cantidad Neta
(1)	$
(2)	$
(3)	$
(4)	$
(5)	$
Total de ingresos netos no exentos	$
Límite de ingresos	$
Ingresos en exceso	$
Ajuste	$
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.

Si hay cualquier cambio de dirección, ingresos, bienes, miembros de la familia, arreglos de vivienda, o si usted tiene alguna pregunta, por favor escríbale o llámele por teléfono a su trabajador(a) en un plazo de diez días.

Las regulaciones que exigen esta acción son las Secciones 50653, del Título 22, del Código de Regulaciones de California y *Sneede v. Kizer*.

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
SNEEDE V. KIZER
APPROVAL FOR THE MEDICALLY NEEDY OR MEDICALLY INDIGENT PROGRAM BENEFITS

(COUNTY STAMP)

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

This case has been affected by a lawsuit called *Sneede v. Kizer*. A federal court ruled that Medi-Cal can only use the income and property of certain family members when figuring Medi-Cal eligibility. This means that some family members may not be eligible or will have a share-of-cost.

You have been:

☐ Approved for the following program:

☐ Transferred to the following program:

- You do not have to fill out monthly or quarterly status reports to get Medi-Cal.
- You must report within ten days any significant changes that could affect your eligibility, such as changes in your income, property, medical condition, or household situation.
- You will have to complete the form for your Medi-Cal annual review when it is sent to you.
- Receiving these Medi-Cal benefits does not count against any CalWORKS program time limits.

☐ Medically Needy Program for a family with a child whose parent(s) is/are absent from the home, deceased, incapacitated, unemployed, or working with limited earnings.

☐ Medically Needy Program for the aged, blind, or disabled.

☐ Medically Indigent Program for pregnant women.

☐ Medically Indigent Program for persons under age 21.

☐ Other: _____

☐ You are entitled to full benefits beginning _____.

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

☐ You are eligible with no share-of-cost.

☐ Your income exceeds the maintenance need amount. You have a share-of-cost to pay or obligate towards your monthly medical care. Your share-of-cost is $ _____ beginning _____.

Your share-of-cost was computed as follows:

Gross income: $ _____
Net nonexempt income: $ _____
Maintenance need: $ _____
Excess income/share-of-cost: $ _____

Always show 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 PLASTIC BIC.

The regulations that require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections 50203, 50251, and 50653.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

SNEEDE V. KIZER

APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA PARA PERSONAS NECESITADAS DESDE ELPUNTO 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: _____

Este caso ha sido afectado por una demanda conocida como *Sneede v. Kizer*. Un tribunal federal dictaminó que Medi-Cal solamente puede utilizar los ingresos y bienes de ciertos miembros de la familia, al calcular la elegibilidad de Medi-Cal. Esto significa que es posible que algunos miembros de la familia no reúnan los requisitos, o que tendrán una parte del costo.

A usted se le ha:

- ☐ Aprobado para el siguiente programa:
- ☐ Transferido al siguiente programa:

- 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*.
  - ☐ Programa para Personas Necesitadas Desde el Punto de Vista Médico para una familia con un(a) niño(a), cuyo(s) padre(s) está(n) ausente(s) del hogar, ha(n) muerto, está(n) incapacitado(s), está(n) desempleado(s) o está(n) trabajando 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 mujeres embarazadas.
  - ☐ Programa para Personas Indigentes Desde el Punto de Vista Médico para personas menores de 21 años de edad.
  - ☐ Otro: _____
  - ☐ Usted tiene derecho a beneficios completos, a partir del _____.
  - ☐ Sus beneficios sólo cubren los servicios de emergencia y los relacionados con el embarazo, a partir del _____.
  - ☐ 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 del _____

    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.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
SNEEDE V. KIZER
DENIAL OR DISCONTINUANCE FOR THE MEDICALLY NEEDY OR MEDICALLY INDIGENT PROGRAM BENEFITS

(COUNTY STAMP)

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

This case has been affected by a lawsuit called *Sneede v. Kizer*. A federal court ruled that Medi-Cal can only use the income and property of certain family members when figuring Medi-Cal eligibility. This means that some family members may not be eligible or will have a share-of-cost.

☐ Your application for Medi-Cal dated _____ has been denied because you are not eligible for any of the program(s) listed below:

☐ You are discontinued from the program(s) listed below effective _____:

- ☐ Medically Needy Program for a family with a child whose parent(s) is/are absent from the home, deceased, incapacitated, unemployed, or working with limited earnings.
- ☐ Medically Needy Program for the aged, blind, or disabled.
- ☐ Medically Indigent Program for pregnant women.
- ☐ Medically Indigent Program for persons under age 21.
- ☐ Other: _____

Here's why:

- ☐ You are no longer blind or disabled and you are not aged.
- ☐ You are no longer pregnant.
- ☐ You are age 21 or older but under age 65.
- ☐ You are not a family with a child whose parent(s) is/are absent from the home, deceased, incapacitated, unemployed, or working with limited earnings.
- ☐ Your property is above the allowable limit. The limit is: _____. Call your worker within ten days if you want advice about changing your property exemptions. If you do that, you may be eligible, but other family members may not be.
- ☐ Other: _____

You will receive another notice if you are eligible for another program. DO NOT THROW AWAY YOUR BENEFITS IDENTIFICATION CARD (BIC) IF YOU RECEIVED ONE. You can use it again if you become eligible for Medi-Cal.

The regulations that require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections 50203 and 50251.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

SNEEDE V. KIZER

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: _____

Este caso ha sido afectado por una demanda conocida como *Sneede v. Kizer*. Un tribunal federal dictaminó que Medi-Cal solamente puede utilizar los ingresos y bienes de ciertos miembros de la familia, al calcular la elegibilidad de Medi-Cal. Esto significa que es posible que algunos miembros de la familia no reúnan los requisitos, o que tendrán una parte del costo.

☐ Su solicitud para Medi-Cal, con fecha del _____ se ha rechazado 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), a partir del _____:

- ☐ Programa para Personas Necesitadas desde el Punto de Vista Médico para una familia con un(a) niño(a), cuyo(s) padre(s) 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.
- ☐ Otro: _____.

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(s) está(n) ausente(s) del hogar, ha(n) muerto, está(n) incapacitado(s), desempleado(s) o trabaja(n) con ingresos limitados.
- ☐ Sus bienes están sobrepasan el límite permitido. El límite es de _____. Llame a su trabajador(a) en un plazo de diez días, si desea consejo sobre el cambio de sus exenciones de bienes. Si usted hace esto, es posible que usted reúna los requisitos, pero que otros miembros de su familia no los reúnan.
- ☐ Otra 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.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
SNEEDE V. KIZER
CONTINUATION OF SECTION 1931(b) BENEFITS

(COUNTY STAMP)

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

This case has been affected by a lawsuit called *Sneede v. Kizer*. A federal court ruled that Medi-Cal can only use the income and property of certain family members when figuring Medi-Cal eligibility. This means that some family members may not be eligible or will have a share-of-cost.

Although your cash benefits for the California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) program have stopped, your Medi-Cal will continue under the Section 1931(b) program. This program provides no-cost Medi-Cal benefits to certain low-income persons with eligible children.

You do not have to fill out monthly or quarterly status reports to keep Medi-Cal; however, if your cash benefits stopped because you did not return your CalWORKs monthly report ***and*** you had changes that you haven't reported to your cash worker, you must report those to your Medi-Cal worker now.

Receiving these Medi-Cal benefits does not count against any CalWORKs program time limits.

In order to remain eligible for this Medi-Cal program, you must:

- Have an eligible child living in the home who qualifies for Medi-Cal with no share-of-cost and one parent is deceased, absent, incapacitated, unemployed (or working with limited earnings), or you must be an eligible child living with a relative.
- Have income and property under a certain limit.
- Continue to meet all other Medi-Cal requirements.
- Report within ten days any significant changes that could affect your eligibility such as changes in your income, property, medical condition, or household situation.
- Complete the form for your Medi-Cal annual review when it is sent to you.

Always show 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 PLASTIC BIC.

The regulation that requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50226.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
SNEEDE V. KIZER
CONTINUACIÓN 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: _____

Este caso ha sido afectado por una demanda conocida como *Sneede v. Kizer*. Un tribunal federal dictaminó que Medi-Cal solamente puede utilizar los ingresos y bienes de ciertos miembros de la familia, al calcular la elegibilidad de Medi-Cal. Esto significa que es posible que algunos miembros de la familia no reúnan los requisitos, o que tendrán una parte del costo.

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 toma 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.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
SNEEDE V. KIZER
SECTION 1931 (b)
DENIAL OR DISCONTINUANCE OF BENEFITS

(COUNTY STAMP)

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

This case has been affected by a lawsuit called *Sneede v. Kizer*. A federal court ruled that Medi-Cal can only use the income and property of certain family members when figuring Medi-Cal eligibility. This means that some family members may not be eligible or will have a share-of-cost.

☐ Your benefits under the Section 1931(b) program will be discontinued effective the last day of _____.

☐ You are not eligible for the Section 1931(b) program.

Here is/are the reason(s) why:

☐ Your income is over the limit.

☐ Your property is over the limit. The limit is _____.
Call your worker within ten days if you want advice about changing your property exemptions. If you do that, you may be eligible, but other family members may not be.

☐ You do not have an eligible child living in the home who qualifies for Medi-Cal without a share-of-cost.

☐ You are working 100 hours or more and your family's earned income is over the limit.

☐ Your child is over the age limit.

☐ Other: _____

_____

You will receive another notice if you are eligible for another Medi-Cal program.

DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC BENEFITS IDENTIFICATION CARD (BIC). You can use it again if you become eligible or are eligible for another Medi-Cal program.

The regulation that requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50226.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

SNEEDE V. KIZER

NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS BAJO 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: _____

Su caso ha sido afectado por una demanda conocida como *Sneede v. Kizer*. Un tribunal federal dictaminó que Medi-Cal solamente puede utilizar los ingresos y los bienes de ciertos miembros de la familia, al calcular la elegibilidad de Medi-Cal. Esto significa que es posible que algunos miembros de la familia no reúnan los requisitos, o que tendrán una parte del costo.

☐ Sus beneficios bajo el programa de la Sección 1931(b) se descontinuarán, a partir del último día de _____.

☐ Usted no reúne los requisitos para el programa de la Sección 1931(b).

Está(s) es/son la(s) razón(es):

☐ Sus ingresos sobrepasan el límite.

☐ Sus bienes sobrepasan el límite. El límite es de _____.

Llame a su trabajador(a) en un plazo de diez días, si usted desea consejos sobre el cambio de sus exenciones de bienes. Si usted hace eso, es posible que usted reúna los requisitos, pero que otros miembros de la familia no los reúnan.

☐ Usted no tiene un(a) niño(a) que reúne los requisitos viviendo en el hogar, que reúna los requisitos para Medi-Cal, sin una parte del costo.

☐ Usted está trabajando 100 horas o más, y los ingresos ganados de su familia sobrepasan el límite.

☐ Su niño(a) sobrepasa la edad límite.

☐ Otra: _____

_____

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

NO TIRE SU TARJETA DE BENEFICIOS (*BIC*) DE PLÁSTICO. 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.