MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPROVAL FOR 60-DAY POSTPARTUM PROGRAM AND STATUS OF OTHER MEDI-CAL BENEFITS

(COUNTY STAMP)

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

60-Day Postpartum Program

You are eligible for the 60-day Postpartum Medi-Cal program. This program provides pregnancy-related and family planning services after childbirth, child delivery, or miscarriage. Your eligibility under this program begins_____ and ends _____.

These benefits will be provided whether or not you meet the other eligibility rules (such as property, share-of-cost, etc.). Your Medi-Cal benefits under this program will be limited to postpartum care services only.

Other Medi-Cal Programs:

Your eligibility to receive:

- ☐ full Medi-Cal coverage
- ☐ restricted Medi-Cal coverage for treatment of emergency medical conditions
- ☐ will continue.
- ☐ will be discontinued effective the last day of _____. The reason for this discontinuance is because your pregnancy ended on _____.

If you have any questions or if there is any information which you have not reported, please phone or write your eligibility worker right away.

You will receive a plastic Benefits Identification Card (BIC) in the mail soon. TAKE THIS PLASTIC CARD 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 ID CARD.

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections 50260 and 50701(d).

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN PARA EL PROGRAMA DE 60 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO Y LAS CONDICIONES DE OTROS BENEFICIOS DE MEDI-CAL

(COUNTY STAMP)

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

Programa de 60-Días Después del Parto

Usted reúne los requisitos para el programa de Medi-Cal de 60 días después del parto. Este programa proporciona servicios relacionados al embarazo y planificación familiar después del parto, nacimiento del niño o aborto involuntario. Su elegibilidad bajo este programa comienza el _____ y término el _____.

Se proporcionarán estos beneficios sin importar si usted cumple o no con otras reglas de elegibilidad (tales como bienes, parte del costo, etc.). Sus beneficios de Medi-Cal bajo este programa se limitarán solamente a los servicios de cuidado después del parto.

Otro Programas de Medi-Cal:

Su elegibilidad para recibir:

- ☐ cobertura completa de Medi-Cal
- ☐ cobertura limitada de Medi-Cal para el tratamiento de condiciones médicas de emergencia
- ☐ continuará.
- ☐ se descontinuará a partir del último día de _____. La razón de esta descontinuación es debido a que su embarazo terminó el _____.

Si tiene alguna pregunta o si existe cualquier información que no nos ha reportado, por favor llame o escriba de inmediato a su trabajador(a) de elegibilidad.

Pronto, recibirá usted por correo una Targeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE PLÁSTICO A SU PROVEEDOR MÉDICO CADA VEZ QUE NECESITE OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE ESTA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO.

Los ordenamientos que exigen esta acción son las secciones 50260 y 50701(d) del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPROVAL FOR SPECIAL ZERO SHARE-OF-COST 200% 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. In addition to other program requirements, eligibility under this program is based on your pregnancy and/or on your family's income.

❒ 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.

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

❒ 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 family's income.

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

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 PLASTIC BIC.

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

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

APROBACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA ESPECIAL DEL 200% SIN PAGO DE NINGUNA PARTE DEL COSTO PARA MUJERES EMBARAZADAS Y BEBÉS DE HASTA UN MÁXIMO 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 pago de una parte del costo, bajo un programa especial para mujeres embarazadas. Bajo este programa, usted solamente puede recibir servicios relacionados al embarazo, que incluyen la atención prenatal, servicios para las complicaciones del embarazo, el trabajo de parto, la atención después del parto y la planificación familiar. Además de los otros requisitos de este programa, la elegibilidad bajo este programa se basa en su embarazo o los ingresos de su familia.

❒ Usted continúa reuniendo los requisitos para recibir beneficios, con pago de una parte del costo, bajo el programa regular de Medi-Cal. Bajo este programa, es posible que usted también reciba servicios médicos no relacionados a su embarazo.

Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que pudieran afectar su elegibilidad, como por ejemplo, cambios en sus ingresos, propiedades, condición médica, dirección o situación en el hogar.

❒ A partir del _____, su bebé reúne los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, sin pago de una parte del costo, bajo un programa especial para bebés de hasta un máximo de 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 para emergencias).

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

Usted tiene que reportar, en un plazo de diez días, cualesquier cambios importantes que pudieran afectar el derecho de su hijo(a) a recibir beneficios, como por ejemplo, cambios en sus ingresos, condición médica, dirección o situación en el hogra.

Siempre presente su Tarjeta de Beneficios (*Benefits Identification Card—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 TARJETA *BIC* DE PLÁSTICO.

La regulación que requiere esta acción se establece en la Sección 50262, del Título 22, del Código de Regulaciones de California.

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
DENIAL OR DISCONTINUANCE OF BENEFITS UNDER THE 200% INCOME DISREGARD PROGRAM FOR PREGNANT WOMEN AND INFANTS

(COUNTY STAMP)

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

The 200% Income Disregard Program is a special program for pregnant women and infants up to one year old with family income at or below 200 percent of the federal poverty level. It provides zero share-of-cost pregnancy-related services and postpartum care to women and medical care to infants under one year of age. A review of your case shows that:

You are not eligible for this program because:

- ☐ Your family's income is over the allowable limit.
  - ☐ This does not affect your regular Medi-Cal eligibility.
- ☐ Your eligibility for benefits under this program ends _____ because:
  - ☐ You are no longer pregnant and your 60-day postpartum period has ended.
  - ☐ Other: _____
  - ☐ This does not affect your regular Medi-Cal eligibility.
- ☐ You will receive another notice if you are eligible for another program.

Your child is not eligible for this program because:

- ☐ Your family's income is over the allowable limit.
- ☐ Your child's eligibility for benefits under this program ends _____ because:
  - ☐ Your child has reached age one.
  - ☐ Other: _____
- ☐ You will receive another notice if your child is eligible for another program.
- ☐ Enclosed are forms that you need to complete and return to us to determine if you or your child is eligible for another program. Please return this information within _____ days.

If you have any questions about this action, please write or telephone. We will answer your questions or make an appointment to see you. You may reapply for Medi-Cal at any time. DO NOT THROW AWAY YOUR BENEFITS IDENTIFICATION CARD (BIC). You can use it again if you become eligible for Medi-Cal.

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Sections 50260 and 50262.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS BAJO EL PROGRAMA QUE IGNORA INGRESOS EN UN 200% 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 en un 200% 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 parto 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 _____ 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. Usted puede volver a solicitar beneficios de Medi-Cal en cualquier momento. 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.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPROVAL FOR
THE 133 PERCENT PROGRAM

(COUNTY STAMP)

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

Beginning _____, your child is eligible to receive Medi-Cal benefits without a share-of-cost under the 133 percent program for children from one to six years of age. Under this program, the child's Medi-Cal benefits will provide:

☐ Full Medi-Cal benefits.

☐ Restricted Medi-Cal benefits (services for treatment of emergency medical conditions only).

Eligibility under this program is based on your family's income, in addition to other program requirements.

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

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 PLASTIC BIC.

The regulation which requires this action is California Code of Regulations, Title 22, Section 50262.5.

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, dirección, 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.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
Denial or Discontinuance of Benefits Under the 100 Percent Program

(COUNTY STAMP)

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

The 100 Percent Program provides Medi-Cal benefits at no share-of-cost for children who are at least 6 years of age up to age 19 whose family income is at or below 100 percent of the federal poverty level. A review of your case shows that:

☐ Your child(ren) does not qualify for this program because your family's income is over the allowable limit. You will receive a separate notice about regular Medi-Cal.

☐ Your child(ren) does not qualify for this program because your family's income is over the allowable limit. Enclosed are forms that you need to complete and return to us to determine if he/she is eligible for regular Medi-Cal with a share-of-cost. Please return this information within ten days. If we do not receive this information, your child(ren)'s benefits will end _____.

☐ Eligibility for benefits under the 100 Percent Program ends because your child has reached age 19.

- ☐ A separate notice will be sent to you about regular Medi-Cal. If your child is hospitalized, let your worker know right away.
- ☐ Enclosed are forms that you need to complete for us to determine if he/she is eligible for regular Medi-Cal with a share-of-cost. Please return this information within ten days. If we do not receive this information, your child(ren)'s benefits will end _____.

☐ Eligibility for benefits under the 100 Percent Program ends _____ because:

The regulations which require this action are California Code of Regulations, Title 22, Section 50262.6.

If you have any questions about this action, please write or telephone. We will answer your questions or make an appointment to see you. You may reapply for Medi-Cal at any time. DO NOT THROW AWAY YOUR CHILD'S BENEFITS IDENTIFICATION CARD (BIC). Your child can use it again under another regular Medi-Cal program even if your child has a share-of-cost.

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE FOR APPEAL INFORMATION.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

Negación o Descontinuación de Beneficios Conforme al Programa del 100 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: _____

El Programa del 100 Por Ciento proporciona beneficios de Medi-Cal sin parte del costo a niños de por lo menos 6 años hasta los 19 años de edad, cuyos ingresos familiares están al o por debajo del 100 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/s hijo/s terminarán el _____.

☐ La elegibilidad para recibir beneficios conforme al Programa del 100 Por Ciento termina, puesto que su hijo/a ha cumplido los 19 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/s hijo/s terminarán el _____.

☐ La elegibilidad para recibir beneficios conforme al Programa del 100 Por Ciento termina el _____ puesto que:

La regulació que exige esta acción es la sección 50262.6, 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 puede volver a solicitar Medi-Cal. NO TIRE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN 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.

MEDI-CAL NOTICE OF ACTION
BENEFITS RESTRICTED TO EMERGENCY MEDICAL AND PREGNANCY-RELATED SERVICES

(County Stamp)

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

Effective_____ you will be eligible for RESTRICTED Medi-Cal benefits that will allow you to receive emergency medical and pregnancy-related services. You will soon receive a plastic Benefits Identification Card (BIC) in the mail. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal. TAKE THIS CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

An emergency medical condition is a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity, including severe pain, which in the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in any of the following: placing the patient's health in serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction to any bodily organ or part. The emergency must be certified by a physician or other appropriate medical provider (in accordance with Section 51056 of Title 22 of the California Code of Regulations). The Department of Health Services may review the provider's decision that an emergency existed and that certain follow-up treatment services were medically justified.

Pregnancy-related care means services required to assure the health of the pregnant woman or the unborn child. Pregnancy care may be provided prenatally and up to 60 days postpartum.

☐ Your application for restricted benefits has been approved.

☐ Your application for full benefits is denied. We have granted you, instead, eligibility for emergency medical treatment and pregnancy-related services.

We are taking this action because you are an alien who:

☐ Does not have satisfactory immigration status according to information received from the Immigration and Naturalization Service.

☐ Lacks documentary proof of satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.

☐ Has been admitted to the United States as a nonimmigrant for a limited period of time.

☐ Since your income was more than the amount allowed for living expenses, you have a share-of-cost you must pay or obligate to pay toward the costs of medical care received. 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	$ _____

Take your plastic card with you each time you receive medical care. The amount that you must pay or obliga to pay to the providers will be automatically computed. After your total share-of-cost has been paid obligated, you will not have to pay for medical services received that month from Medi-Cal providers.

This action is required by Section 14007.5 of the Welfare and Institutions Code and California Code Regulations, Title 22, Section(s):

If you have questions about this action or if there are more facts about your conditions which you have n reported to us, please write or telephone. We will answer your questions or make an appointment to see yo You must report all changes in your immigration status to us. A change in status may qualify you to receive f Medi-Cal benefits rather than just restricted services.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
BENEFICIOS LIMITADOS A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA Y A LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

(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: _____

A partir del _____ Ud. será elegible para los beneficios LIMITADOS de Medi-Cal que le permitirán recibir servicios médicos de emergencia y servicios relacionados con el embarazo. Pronto, Ud. recibirá por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. Esta tarjeta es válida mientras que Ud. sea elegible para recibir servicios de Medi-Cal. MUÉSTRELE ESTA TARJETA A SU PROVEEDOR MÉDICO SIEMPRE QUE NECESITE ASISTENCIA. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO.

Una afección médica de emergencia es aquella afección que se manifiesta con síntomas agudos de gran gravedad, incluyendo el dolor muy fuerte, que de no tratarse inmediatamente podría poner en grave peligro la salud del paciente, causar problemas graves con las funciones fisiológicas o perjudicar el funcionamiento de cualquier órgano o parte del cuerpo. La emergencia debe ser certificada por un doctor u otro proveedor médico adecuado (de acuerdo a la Sección 51056 del Título 22 del Código de Ordenamientos de California). El Departamento de Servicios de Salud puede examinar la decisión del proveedor sobre la existencia de una emergencia y sobre la justificación médica de ciertos tratamientos de seguimiento recibidos.

Los cuidados relacionados con el embarazo son aquellos servicios necesarios para asegurar el estado saludable de la mujer embarazada o el bebé que todavía no ha nacido. Los cuidados para el embarazo pueden ser proporcionados antes del embarazo y hasta 60 días después del parto.

- ☐ Su solicitud para los beneficios limitados ha sido aprobada.
- ☐ Su solicitud para beneficios completos ha sido denegada. En lugar de beneficios completos le hemos concedido elegibilidad para recibir tratamiento médico de emergencia y servicios relacionados con el embarazo.

Hemos tomado esta decisión ya que Ud. es un extranjero que:

- ☐ No posee un estado de inmigración satisfactorio de acuerdo a la información recibida por el Servicio de Inmigración y Naturalización.
- ☐ No posee la documentación necesaria que pruebe que su estado de inmigración es satisfactorio para la elegibilidad de Medi-Cal.
- ☐ Ha sido admitido a los Estados Unidos por un tiempo limitado como una persona no inmigrante.
- ☐ Debe pagar o comprometerse a pagar una parte del costo del costo del cuidado médico que ha recibido ya que sus ingresos sobrepasan el límite de los gastos necesarios para vivir. Su parte del costo es de $_____ a partir del _____. Su parte del costo fue calculada de la siguiente manera:

Ingresos Brutos	$ _____
Ingresos Netos No Exentos	$ _____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$ _____
Ingresos en Exceso/Parte del Costo	$ _____

Lleve su tarjeta de plástico consigo cada vez que reciba cuidado médico. La cantidad que Ud. debe pagar o comprometerse a pagar a los proveedores será calculada automáticamente. Después de que Ud. haya pagado toda su parte del costo, Ud. no tendrá que pagar por los servicios médicos proporcionados por los proveedores de Medi-Cal ese mes.

Esta acción debe llevarse a cabo como requisito de la Sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones y el Código de Ordenamientos de California, Título 22, Sección/es:

Si Ud. tiene alguna pregunta sobre la acción que se ha tomado o si existe mayor información sobre su salud de la que no nos ha informado, póngase en contacto con nosotros por escrito o llámenos por teléfono. Le responderemos a sus preguntas o haremos una cita para verle. Usted debe notificarnos de todos los cambios en su estado de inmigración. Un cambio en su estado de inmigración puede hacerle elegible para recibir beneficios completos de Medi-Cal en lugar de los servicios limitados.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
CHANGE FROM RESTRICTED SERVICES TO FULL BENEFITS

(COUNTY STAMP)

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

Effective _____, you are eligible to receive all the services covered by the Medi-Cal Program rather than the services restricted to treatment of an emergency medical condition or pregnancy-related care. This change in benefits results from the fact that:

- ☐ You are an alien otherwise eligible for Medi-Cal who has declared satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.
- ☐ You are an alien otherwise eligible for Medi-Cal who has provided reasonable evidence of satisfactory immigration status for Medi-Cal purposes.
- ☐ You are an alien legalized in accordance with Section 210, 210A, or 245A of the Immigration and Nationality Act who has passed your five-year disqualification period after applying for amnesty or you are age 65 or older, blind, disabled, under age 18, or a Cuban/Haitian entrant.
- ☐ Since your income exceeds the amount allowed for living expenses, you have a share-of-cost to pay or obligate toward your 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 PRESENT YOUR PLASTIC CARD TO YOUR MEDICAL PROVIDER WHENEVER YOU NEED CARE. This card is good as long as you are eligible for Medi-Cal.

This action is required by the Welfare and Institutions Code, Section 14007.5 and by the California Code of Regulations, Section(s):

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
CAMBIO DE SERVICIOS LIMITADOS A BENEFICIOS COMPLETOS

(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 todos los servicios cubiertos por el Programa de Medi-Cal, en vez de los servicios limitados al tratamiento de una condición médica de emergencia o cuidado relacionado al embarazo. Este cambio en los beneficios es debido a que:

- ☐ Usted es un extranjero que reúne los otros requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal que ha declarado una situación migratoria satisfactoria para propósitos de Medi-Cal.
- ☐ Usted es un extranjero que reúne los otros requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal, que ha proporcionado pruebas razonables de situación migratoria satisfactoria para propósitos de Medi-Cal.
- ☐ Usted es un extranjero legalizado, en conformidad con las secciones 210, 210A o 245A del Decreto de Inmigración y Nacionalidad, que ha pasado su período de descalificación de cinco años después de solicitar amnistía, o usted es una persona de edad avanzada (tiene 65 años de edad o más), es ciego, incapacitado, menor de 18 años o un entrante cubano/haitiano.
- ☐ Puesto que sus ingresos exceden la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar una parte del costo de su cuidado médico. Su parte del costo es de $_____ a partir del_____.

Su parte del costo se calculó de la manera siguiente:

Ingresos brutos	$ _____
Ingresos netos que no son exentos	$ _____
Ingresos necesarios para mantenerse	$ _____
Ingresos en exceso/parte del costo	$ _____

SIEMPRE PRESENTE SU TARJETA DE PLÁSTICO A SU PROVEEDOR MÉDICO CADA VEZ QUE NECESITE OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal.

Esta acción la exige la sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones, así como la(s) siguiente(s) sección(es) del Código de Ordenamientos de California:

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.

MEDI-CAL
NOTICE OF ACTION
APPLICATION FOR RETROACTIVE EMERGENCY MEDICAL AND PREGNANCY-RELATED SERVICES

(COUNTY STAMP)

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

We have reviewed all the information in your case file which relates to your application for retroactive emergency medical and pregnancy-related services. Our findings are indicated below.

Pregnancy-related care means services required to assure the health of the pregnant woman or the unborn child. Pregnancy care may be provided prenatally and up to 60 days postpartum.

☐ You are entitled to receive Medi-Cal benefits restricted to emergency and pregnancy-related services for _____.

☐ Since your income was more than the amount allowed for living expenses, you must pay or obligate to pay a share of the cost of your medical care.

	MONTH 1	MONTH 2	MONTH 3
Gross Income	$_____	$_____	$_____
Net Nonexempt Income	$_____	$_____	$_____
Maintenance Need	$_____	$_____	$_____
Excess Income/Share-of-Cost	$_____	$_____	$_____

☐ You are not entitled to receive Medi-Cal benefits restricted to emergency and pregnancy-related services for _____ for the following reasons:

☐ A plastic Benefits Identification Card (BIC) will be sent to you in the mail soon. TAKE THIS PLASTIC CARD TO EACH MEDICAL PROVIDER WHERE YOU RECEIVED SERVICE IN THE ABOVE MONTHS. Your Plastic Card will show your provider if you have a share-of-cost to pay. The amount that you pay or are obligated to pay the medical providers will be automatically computed. DO NOT THROW AWAY YOUR PLASTIC ID CARD.

This action is required by Section 14007.5 of the Welfare and Institutions Code and California Code of Regulations, Title 22, Section(s):

This action does not affect your application for current and continuing Medi-Cal. If you have any questions or if there are additional facts relating to your circumstances which you have not reported to us, please write or telephone. We will answer your questions over the telephone, in writing, or will make an appointment to see you in person.

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE.

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

SOLICITUD PARA RECIBIR SERVICIOS RETROACTIVOS MÉDICOS DE EMERGENCIA Y RELACIONADOS AL EMBARAZO

(COUNTY STAMP)

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

Hemos revisado toda la información en su expediente que se relaciona a su solicitud para recibir servicios retroactivos médicos de emergencia y los relacionados al embarazo. A continuación se encuentran nuestros resultados.

El cuidado relacionado al embarazo significa los servicios que se requieren para asegurar la salud de la mujer embarazada o del bebé por nacer. El cuidado de embarazo se puede proporcionar prenatalmente y hasta 60 días después del parto.

☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios limitados de Medi-Cal para servicios de emergencia y los relacionados al embarazo durante _____.

☐ Puesto que sus ingresos excedieron la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar una parte del costo de su cuidado médico.

	MES 1	MES 2	MES 3
Ingresos Brutos	$_____	$_____	$_____
Ingresos Netos que no Están Exentos	$_____	$_____	$_____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$_____	$_____	$_____
Ingresos en Exceso/Parte del Costo	$_____	$_____	$_____

☐ Usted no tiene derecho a recibir beneficios limitados de Medi-Cal para servicios de emergencia y relacionados al embarazo durante _____ debido a las siguientes razones:

☐ Pronto, se le enviará por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE PLÁSTICO A CADA UNO DE LOS PROVEEDORES MÉDICOS DE LOS CUALES RECIBIO SERVICIOS DURANTE LOS MESES MENCIONADOS ARRIBA. Su Tarjeta de Plástico le indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted pague o la que se comprometa u obligue a pagar a los proveedores médicos se calculará automáticamente. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO.

Esta acción la exige la sección 14007.5 del Código de Bienestar e Instituciones, así como, las siguientes secciones; del Título 22 del Código de Ordenamientos de California:

Esta acción no afecta su solicitud para recibir beneficios actuales o continuos de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta o si existe información adicional relacionada a sus circunstancias que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas por teléfono, por escrito o haremos una cita para verle en persona.

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.

SNEEDE V. KIZER
EXCLUDED CHILD STATEMENT FROM PARENT OR CARETAKER RELATIVE (Class Members Identified Through Status Report or Class Notice)

(COUNTY STAMP)

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

_____ is not getting Medi-Cal benefits because you did not
(Name of child)
want to include him (her) in your Medi-Cal case.

Under a new court case (Sneede v. Kizer), your child's income or property will not affect the Medi-Cal benefits which you and other family members get.

If you want to apply for Medi-Cal for this child, please contact me by _____. If we do not hear from you by that date, then this child will still not get any Medi-Cal benefits.

PLEASE READ THE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE

SNEEDE V. KIZER

DECLARACIÓN DEL PADRE/MADRE O PARIENTE ENCARGADO, SOBRE EL MENOR DE EDAD EXCLUIDO (Las Personas que Pertenecen a esta Categoría Se Identifican por Medio del Reporte de Actualización o por la Notificación de Clasificación)

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre del trabajador: _____

Número del trabajador: _____

Número de teléfono del trabajador: _____

Horas hábiles: _____

Notificación para: _____

_____ no está recibiendo beneficios de Medi-Cal porque
(Nombre del menor de edad)
usted no quizo que se incluyera en el caso suyo de Medi-Cal.

De acuerdo a un nuevo caso en la corte (Sneede v. Kizer), los ingresos o bienes del menor de edad no afectarán los beneficios de Medi-Cal que usted y otros miembros de su familia reciben.

Si desea solicitar beneficios de Medi-Cal para este menor de edad, favor de llamarnos antes de _____. Si no se comunica con nosotros para esta fecha, este menor de edad continuará sin recibir ningún beneficio de Medi-Cal.

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN

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 $_____ effective _____.

☐ 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 $_____ a partir de _____.

☐ 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
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 servícios 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 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: _____
(name)

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.
☐ Medically Indigent Program for a child who is the responsibility of a public agency.
☐ 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

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 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.
❒ Programa para Personas Indigentes Desde el Punto de Vista Médico para un(a) niño(a) que es la responsabilidad de una agencia publica.
❒ Otro: _____
❒ 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 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
APPROVAL 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.

The Section 1931(b) program provides no-cost Medi-Cal benefits to certain low-income persons with eligible children.

☐ You are entitled to full benefits beginning _____.

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

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

- Have an eligible child living in the home who qualifies for Medi-Cal with no share-of-cost because 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, address, or household situation.
- Complete the form for your Medi-Cal annual review when it is sent to you.

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 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

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: _____

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 determinar la elegibilidad para recibir Medi-Cal. Esto significa que es posible que algunos miembros de la familia no reúnan los requisitos o que tendrán que pagar una parte del costo.

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, dirección 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.