MEDI-CAL STATUS REPORT

ATTENTION: STATE LAW NOW REQUIRES YOU TO COMPLETE A MIDYEAR MEDI-CAL STATUS REPORT

YOU MUST RETURN THIS REPORT BY: _____ TO KEEP YOUR MEDI-CAL.

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

If the only persons in your family receiving Medi-Cal are aged, blind or disabled or individuals under the age of 21; and/or pregnant women whose eligibility is limited to pregnancy-only benefits, **you do not have to complete and return this report**.

If you need help in completing this report, call your worker whose name and telephone number are listed above.

SECTION 1: No changes to report

If in the last **6 months** you have not had any changes to the items listed in Section 2, check this box: **NO CHANGES** ☐

- Do not fill out Section 2. Go directly to Section 3.
- **Sign** and **date** this report in Section 3 on the back of this page. You must return the report in the enclosed pre-addressed postage-paid envelope by the date on the top of this page.

CHANGES TO REPORT

If in the last **6 months** you have changes to report you must complete Section 2 and Section 3.

- In Section 2, for each item where you had a change, mark the 'Yes' box and explain the change.
- Do not send any documentation with this form.
- Go to Section 3, **sign** and **date** this report. You must return the report in the enclosed pre-addressed postage-paid envelope by the date on the top of this page.

REMEMBER YOU MUST SIGN THE BACK

CONTINUE ON REVERSE SIDE

DO NOT SEND ANY DOCUMENTATION WITH THIS FORM

SECTION 2: Check "Yes" for all changes and explain

INCOME CHANGES **Yes** ☐

Did your household's income decrease or increase? Did someone in your household over the age of 14 start a new job or quit their job? For example: hourly wage, child support received, unemployment benefits, tips, government benefits, tax refunds, gifts, etc. **PLEASE EXPLAIN:**

EXPENSES PAID CHANGES **Yes** ☐

Have you had any changes in the amounts you pay for child care, health insurance, court-ordered child support, or educational expenses? **PLEASE EXPLAIN:**

LIVING SITUATION CHANGES **Yes** ☐

Did someone move in or out of your household (for example; child was born, household member got married, etc.)? If so, do they want Medi-Cal? [ ] Yes [ ] No **PLEASE EXPLAIN:**

OTHER CHANGES **Yes** ☐

Did someone in your household have a change in the amount of property they have (for example; money in bank accounts, vehicles, real estate, etc.) their immigration status, or other health insurance benefits? **PLEASE EXPLAIN:**

DISABLED **Yes** ☐

Has anyone in your household become disabled?
If yes, who?

PREGNANT

Has anyone in your household become pregnant? **Yes** ☐
If yes, who?
If yes, what is the expected due date?

SECTION 3: Must be completed

SIGNATURE and CERTIFICATION: I understand that I must report all changes in income, property, and/or other changes to the county. I declare under penalty of perjury that all information provided above is true and correct.

Signature:_____ Phone: ( )_____ Date:_____

Witness Signature:_____ Phone: ( )_____ Date:_____
(If person signed with a mark)

Signature of Person Acting for Beneficiary:_____ Relationship to Beneficiary_____ Date:_____

REPORTE PARA MEDI-CAL DE LA SITUACIÓN DE LA FAMILIA

ATENCIÓN: LA LEY ESTATAL AHORA REQUIRE QUE USTED LLENE EL REPORTE SOBRE EL ESTADO DE SU MEDI-CAL A MEDIADIOS DEL AÑO

TIENE QUE REGRESAR EL REPORTE PARA EL DÍA: _____ PARA MANTENER SU MEDI-CAL.

Fecha de notificación:
Número de caso:
Nombre del trabajador:
Número del trabajador:
Número de teléfono:
Horario de Oficina:

Si las personas de su familia que reciben Medi-Cal sólo son personas de edad avanzada, están ciegas, o incapacitadas o son personas menores de 21 año, **no tiene que llenar ni mandar este reporte.**

Si necesita ayuda para llenar este reporte, llame a su trabajador de Medi-Cal. El nombre del trabajador de Medi-Cal y número de teléfono aparecen arriba.

SECCIÓN 1: No hay cambios en el reporte

Si en los últimos **6 meses** no ha tenido cambios en la Sección 2, marque esta caja: **NO HAY CAMBIOS** ☐

- No llene la Sección 2. Váyase directamente a la Sección 3.
- **Firme** y **ponga** la fecha al otro lado de esta página en la Sección 3 del reporte. Tiene que mandar el reporte en el sobre proveído con el domicilio y el franqueo pagado para la fecha que aparece arriba en esta página.

CAMBIOS QUE REPORTAR

Si en los últimos **6 meses** usted tiene cambios que reportar, tiene que llenar la Sección 2 y la Sección 3.

- En la Sección 2, por cada uno de los cambios que haya tenido, marque la caja "Sí" y explique el cambio.
- No mande ningún tipo de documentación con esta forma.
- Vaya a la Sección 3, firme y ponga la fecha en este reporte. Tiene que regresar el reporte en el sobre proveído con el domicilio y el franqueo pagado para la fecha que aparece arriba en esta pagina.

RECUERDE QUE TIENE QUE FIRMAR AL OTRO LADO DE ESTA PÁGINA

CONTINÚE AL REVERSO DE ESTE LADO

NO MANDE NINGÚN TIPO DE DOCUMENTACIÓN CON ESTA FORMA

SECCIÓN 2: Marque "Sí" para todos los cambios y explique:

CAMBIOS EN LOS INGRESOS **Sí** ☐

¿Los ingresos de su hogar disminuyeron o incrementaron? ¿Alguien en su hogar mayor de 14 años comenzó o dejó su trabajo? Por ejemplo: salario por hora, recibió mantenimiento para hijos, beneficios de desempleo, propinas, beneficios de gobierno, reembolso de impuestos, regalos, etc. **POR FAVOR EXPLIQUE:**

CAMBIOS EN LOS GASTOS PAGADOS **Sí** ☐

¿Ha tenido cambios en las cantidades que paga por los servicios de cuidado de niños, seguro médico, mantenimiento para hijos ordenado por la corte, o gastos educacionales? **POR FAVOR EXPLIQUE:**

CAMBIOS EN EL HOGAR **Sí** ☐

¿Alguien se mudó a su hogar o se mudó de su hogar? (por ejemplo: nació un niño, un miembro de su hogar se casó, etc.) Si su respuesta es "Sí", ¿Ellos quieren Medi-Cal? [ ] Sí [ ] No **POR FAVOR EXPLIQUE:**

OTROS CAMBIOS **Sí** ☐

¿Alguien en su hogar tuvo un cambio con la cantidad de su propiedad que él/ella tiene, (por ejemplo, dinero en cuentas bancarias, vehículos, bienes raíces, etc.) su estado migratorio, u otros beneficios de seguro salud?
POR FAVOR EXPLIQUE:

INCAPACIDAD

¿Alguien en su hogar está incapacitado? **Sí** ☐
¿Si su respuesta es "Sí"? ¿Quién?

EMBARAZO

¿Alguien en su hogar está embarazada? **Sí** ☐
¿Si su respuesta es "Sí"? ¿Quién?
¿Si su respuesta es "Sí"? ¿Cuál es la fecha estimada del parto?

SECCIÓN 3: tiene que estar completa

FIRMA Y CERTIFICACIÓN: Yo entiendo que tengo que reportar todos los cambios de ingreso, propiedad, y/u otros cambios al condado. Yo declaro bajo pena de perjurio que toda la información proveída arriba es verdadera y correcta.

Firma: _____ Teléfono: ( ) _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Teléfono: ( ) _____ Fecha: _____
(Si la persona firmó con una marca)

Firma de la Persona que esta actuando como representate por el Beneficiario: _____

Relación al Beneficiario: _____ Fecha: _____