MEDI-CAL
CONSENT FORM

County Return Address

Medi-Cal Recipient Address

Notice Date: _____
Case Number: _____
Worker Name: _____
Worker Number: _____
Worker Telephone Number: _____
Office Hours: _____
Notice For: _____

Your child listed above may be eligible for free or low-cost health coverage through the _____; a program that provides health care for children who do not qualify for full
(Insert name of program)
Medi-Cal or Healthy Families. If you give us your consent, we will forward your child's application to this program.

If you consent to our sending your child's Medi-Cal application to the program mentioned above, they will review the information to see if your child is eligible. If you consent, you will not have to complete a new application to apply for the program mentioned above, and a program representative will contact you to let you know what additional information is needed to enroll your child.

IMPORTANT If you wish to give consent to forward your child's information, you must check the box below that shows, **"I give my consent to forward my child's Medi-Cal application form to _____."**
(Insert name of program)

You must sign and date this form and return it to the county address above. You may also call your Medi-Cal worker to tell him/her that you wish to give consent.

If you do not wish to give consent, do NOT return this form. If you do not return this form, consent is NOT given. Your child's Medi-Cal application will not be sent and your child will not get health care coverage through other county programs unless you apply.

☐ **I give my consent to forward my child's Medi-Cal application form to _____**
(Insert name of program)

Sign:_____ Date:_____Phone:_____
(Return this form or call-in your response, within five days, to your worker at the address or phone number listed above)

If you have any questions or need additional information, please contact your Medi-Cal worker listed on the top right corner of this notice. Please call _____ if you want additional information
(Insert program phone number)
about _____.
(Insert name of program)

MEDI-CAL
FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

County Return Address

Medi-Cal Recipient Address

Fecha de Notificación: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Trabajador: _____

Número del Trabajador: _____

Número de Teléfono del Trabajador: _____

Horas de Oficina: _____

Notificación Para: _____

Su niño mencionado arriba puede ser elegible para recibir cobertura de salud gratis o a bajo costo a través del programa _____; un programa que da cuidado médico para
(Insert name of program)
niños que no califican para Medi-Cal completo o para el programa Healthy Families. Si nos da su consentimiento, enviaremos la solicitud de su niño a este programa.

Si nos da su consentimiento para que nosotros enviemos la solicitud de Medi-Cal de su niño al programa mencionado arriba, ellos revisarán la información para verificar si su niño es elegible. Si da su consentimiento, no tendrá que llenar otra solicitud para el programa mencionado arriba, y un representante del programa lo contactará para dejarle saber qué información adicional se necesita para inscribir a su niño.

IMPORTANTE Si desea dar su consentimiento de enviar la información de su niño, usted debe marcar la caja que aparece debajo y que dice, **"Yo doy mi consentimiento para que se envíe la solicitud de Medi-Cal de mi niño al programa_____."**
(Insert name of program)
Usted tiene que firmar y fechar esta forma y regresarla a la dirección del condado mencionada arriba. Usted también puede llamar a su trabajador de Medi-Cal para decirle que usted desea dar consentimiento.

Si no desea dar consentimiento, NO regrese esta forma. Si no regresa esta forma, No se dará el consentimiento. La solicitud de Medi-Cal de su niño no será enviada y su niño no tendrá cobertura de salud del programa _____a menos que usted lo solicite.
(Insert name of program)

☐ **Yo doy mi consentimiento para que se envíe la solicitud de Medi-Cal de mi niño al programa_____.**
(Insert name of program)

Firma:_____ Fecha:_____ Teléfono:_____
(Regrese este formulario o llame con su respuesta, en el plazo de cinco días, a su trabajador al domicilio o teléfono mencionado arriba.)

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, por favor póngase en contacto con su trabajador de Medi-Cal mencionado arriba, en la esquina derecha de esta notificación. Por favor llame al _____ si usted desea información adicional sobre el
(Insert program phone number)
programa_____.
(Insert name of program)