

DRAFT

R-41-97E

(2) Amend Section 50262.5 to read:

(a) Children with a share of cost who have attained one year of age but have not attained six years of age are eligible to receive Medi-Cal benefits under the 133 Percent program if the following conditions are satisfied:

(1) - (3) No change.

(4) When determining eligibility for the 133 Percent Program, property shall be disregarded in accordance with Section 50401(b).

(b) No change.

(c) No change.

NOTE: Authority cited: Sections 10725 and 14124.5, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 14005.1, 14007.5, and 14050.1 and 14148.75, Welfare and Institutions Code; and Title 42, Sections 1395(a)(3)(E), 1396a(a)(10)(A)(i)(VI), (e)(7), ~~††~~ (U) and 1396b(v), United States Code.

DRAFT

R-41-97E

(3) Amend Section 50262.6 to read:

(a) Children ~~with a share of cost~~ who have attained six years of age but have not attained nineteen years of age, ~~who were born after September 30, 1983,~~ are eligible to receive Medi-Cal benefits under the 100 Percent program if the following conditions are satisfied:

(1) - (3) No change.

(4) When determining eligibility for the 100 Percent Program, property shall be disregarded in accordance with Section 50401(b).

(5) Notwithstanding Section 50014, children are defined for this program as persons under 19 years of age.

(b) Period of Eligibility:

(1) ~~For children born after September 30, 1983,~~ the The period of eligibility for the 100 Percent program shall begin no earlier than the first day of the month of the child's sixth birthday unless the child is an inpatient for whom medical services are provided during a continuous period that began before his/her sixth birthday and he/she remains eligible under Section 50262 or 50262.5. Once the continuous inpatient stay ends, the child must be evaluated for the 100 Percent program if he/she has not attained age nineteen.

(2) No change.

(c) No change.

NOTE: Authority cited: Sections 10725 and 14124.5, Welfare and Institutions Code.
Reference: Sections 14005.1, 14005.23, 14007.5, and 14050.1 and 14148.75, Welfare and Institutions Code; and Title 42, Sections 1395(a)(3)(E), 1396a(a)(10)(A)(i)(VII), (e)(7), ~~(U)~~, and 1396b(v), and 1396a(U)(1)(D), United States Code.

DRAFT

R-41-97E

(4) Amend Section 50401 to read:

(a) No change.

(b) No change.

(c) When determining eligibility under the Percent Programs as described under Sections 50262.5, and 50262.6, property shall be disregarded.

NOTE: Authority cited: Section 10725 and 14124.5, Welfare and Institutions Code.
Reference: Sections 14006 and 14148.5 and 14148.75, Welfare and Institutions Code.

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DE MEDI-CAL**
Aprobación de Beneficios
para el Programa del 100 Por Ciento

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre del/a trabajador/a: _____

Número del/la trabajador/a: _____

Teléfono del/la trabajador/a: _____

Notificación para: _____
(nombre)

A partir del _____, su/s hijo/s reúne/n los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal sin parte del costo conforme al Programa del 100 Por Ciento para niños de por lo menos 6 años hasta los 19 años de edad.

Pronto usted recibirá por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico para cada niño/a que reúna los requisitos. CADA VEZ QUE SU/S HIJO/S NECESITE/N ATENCIÓN MÉDICA, PRESENTE ESTA TARJETA AL PROVEEDOR MÉDICO. Esta tarjeta es válida mientras su/s hijo/s reúna/n los requisitos para recibir beneficios de Medi-Cal. NO TIRE LA/S TARJETA/S BIC DE SU/S HIJO/S.

Conforme a este programa, Medi-Cal proporcionará:

- Beneficios completos de Medi-Cal.
- Beneficios limitados de Medi-Cal (solamente en caso de emergencia o embarazo).

La regulación 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.

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DE MEDI-CAL
RECHAZO O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS
CONFORME AL PROGRAMA DE OMISIÓN DE INGRESOS
PARA MUJERES EMBARAZADAS Y BEBÉS**

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre del/la trabajador/a: _____

Número del/la trabajador/a: _____

Número de teléfono del/la trabajador/a: _____

Notificación para: _____
(Nombre)

El Programa de Omisión de Ingresos es un programa especial para mujeres embarazadas y bebés de hasta de hasta un año con ingresos familiares al 200 por ciento o menos por debajo del nivel federal de pobreza. Le proporciona servicios relacionados al embarazo y atención médica después del embarazo a mujeres, sin parte del costo, y atención médica para bebés menores de un año. Una revisión de su caso indica que:

- Su hijo/a no reúne los requisitos para este programa porque los ingresos de su familia exceden el límite permitido. Usted recibirá una notificación por separado acerca de su Medi-Cal regular.
- Usted no reúne los requisitos para este programa porque sus ingresos familiares exceden el límite permitido.
- Esto no afecta su elegibilidad para recibir Medi-Cal regular.
- Usted recibirá una notificación por separado acerca de su Medi-Cal regular.
- Usted no reúne los requisitos para este programa porque los ingresos de su familia exceden el límite permitido. Usted no reúne los requisitos para Medi-Cal regular porque los bienes de su familia exceden el límite.
- Su hijo/a no reúne los requisitos para este programa porque los ingresos de su familia exceden el límite permitido. Se le adjuntan formularios que necesita llenar y enviarnos para determinar si él/ella reúne los requisitos para Medi-Cal regular con 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 _____.
- Su hijo/a ha cumplido un año de edad.
- Usted recibirá una notificación por separado acerca de su elegibilidad para otros programas de Medi-Cal. Si su hijo/a es hospitalizado/a, hágaselo saber a su trabajador/a de inmediato.
- Se le adjuntan formularios que necesita llenar y enviarnos para determinar si él/ella reúne los requisitos para Medi-Cal regular con 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 _____.
- Usted ya no está embarazada y su período de 60 días después del embarazo ha terminado. Si usted reúne los requisitos para Medi-Cal regular, usted recibirá una notificación por separado.
- La elegibilidad para recibir beneficios conforme al Programa del 200 Por Ciento termina el _____ porque:

Las regulaciones que exigen esta acción son las secciones 50260, 50262 y 50401, del Título 22, del Código de Regulaciones de California. Si tiene alguna pregunta sobre esta acción, por favor escribanos o llámenos por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o concertaremos una cita para verle. En cualquier momento puede volver a solicitar Medi-Cal. **NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIOS (BIC).** Usted puede volverla a utilizar si reúne los requisitos para recibir Medi-Cal.

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

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL

NEGACIÓN O DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS CONFORME AL PROGRAMA DEL 133 POR CIENTO

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre del/la trabajador/a: _____

Número del/la trabajador/a: _____

Teléfono del/la trabajador/a: _____

Notificación para: _____

(Nombre)

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, hágasele 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 escribanos 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 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.