STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY GEORGE DEUKMEJIAN, *Governor*

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
714 P STREET
P.O. BOX 942732
SACRAMENTO, CA 94234-7320
(916) 739-2501

July 2, 1990
CMSP Letter 90-13

To: All CMSP County Welfare Directors

Subject: CMSP Statement of Citizenship, Alienage, and Immigration Status (Spanish)

This letter transmits to you a camera ready copy of the Spanish language version of the CMSP Statement of Citizenship, Alienage, and Immigration Status form (CMSP 13). The English version of this form was transmitted to you in CMSP Letter 90-1 (January 25, 1990). All applicants for CMSP must complete either the English or Spanish version of this form at application and redetermination.

Upon receipt of this letter, the county is responsible for the immediate reproduction of an adequate supply of this form using the enclosed camera ready copies. Please contact Albert Cooper of the CMSP unit at (916) 739-3141 if you have any questions regarding this letter.

Sincerely,

Jim Martinez

Jim Martinez, Chief
County Medical Services Program

Enclosures

cc: CMSP contact persons
(w/o camera ready copies)

DECLARACION DEL SOLICITANTE SOBRE SU ESTADO DE CIUDADANIA, EXTRANJERIA E INMIGRACION

Escriba el Nombre del Solicitante en Letra de Imprenta:	Fecha:
Escriba el Nombre de la Persona que Representa al Solicitante en Letra de Imprenta:	Su Relacion con el Solicitante:

Sección A: Beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) a los Ciudadanos y Extranjeros

Los ciudadanos de los EEUU pueden recibir todos los beneficios del CMSP si satisfacen todos los requisitos del programa.

Dependiendo de su condición migratoria, los extranjeros pueden calificar para recibir ya sea todos los beneficios del programa o los beneficios restringidos de emergencia.

Todos los beneficios pueden ser recibidos sólo por los extranjeros que pertenecen a una de las siguientes categorías: residentes legales permanentes, extranjeros residentes en forma condicional, extranjeros residiendo en los EEUU permanentemente bajo el amparo de la ley (PRUCOL), o extranjeros a quienes se les ha otorgado amnistía.

Los siguientes extranjeros pueden recibir sólo beneficios *restringidos* (servicios de emergencia): extranjeros sin documentos, no inmigrantes con visas que no han expirado (estudiantes, visitantes, etc.), o con libertad condicional que no ha expirado.

Sección B: Alcance de los Beneficios Solicitados

El solicitante pide:

- ❑ Todos los beneficios del CMSP
- ❑ Los beneficios restringidos del CMSP
- ❑ Otro (explique): _____

SI EL SOLICITANTE MENCIONADO ARRIBA PIDE SOLAMENTE LOS BENEFICIOS RESTRINGIDOS, OMITA LAS SECCIONES C, D, Y E.

Sección C: Ciudadanía y Condición de Extranjería

1. Yo, _____, declaro que el solicitante arriba mencionado es:
   ❑ Un ciudadano o nacional de los Estados Unidos* ❑ Un extranjero
   Si el solicitante es un ciudadano, ¿dónde él/ella nació? _____

   * Nacionales son las personas quienes, aunque no sean ciudadanos, deben lealtad permanente a los Estados Unidos. Los residentes permanentes de Samoa Americana y la isla de Swain son nacionales de los Estados Unidos.

   SI UD. ES UN CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS, PASE DIRECTAMENTE A LA SECCION E.

2. ¿Es el solicitante un residente legal permanente? ❑ Sí ❑ No
3. ¿Es el solicitante un extranjero con residencia condicional? ❑ Sí ❑ No
4. ¿Se le ha concedido amnistía al solicitante? ❑ Sí ❑ No
5. Si el solicitante reune todos los requisitos para recibir todos los beneficios del CMSP en su calidad de extranjero PRUCOL, indique la categoría de su estado que le da derecho a esa clasificación:

   - ❑ Admitido en los Estados Unidos con entrada condicional antes del 1° de abril de 1980
   - ❑ Extranjero con libertad condicional en los Estados Unidos, incluyendo cubanos/haitianos entrantes
   - ❑ Extranjero sujeto a una Orden de Supervisión
   - ❑ Extranjero a quien se le ha otorgado diferimiento indefinido de deportación
   - ❑ Extranjero a quien se le ha otorgado salida indefinida voluntaria
   - ❑ Extranjero en cuyo nombre se ha aprobado una petición de un familiar inmediato (INS Formulario I-130) que tiene derecho a una salida voluntaria
   - ❑ Extranjero quien ha presentado correctamente una solicitud para obtener residencia legal permanente
   - ❑ Extranjero a quien se le ha otorgado un diferimiento de deportación por un período específico
   - ❑ Extranjero a quien se le ha otorgado asilo
   - ❑ Refugiado admitido en los EEUU desde el 1° de abril de 1980
   - ❑ Extranjero en estado de acción diferida
   - ❑ Extranjero que entró a los EEUU desde antes del 1° de enero de 1972, que ha continuado residiendo en este país desde esa fecha, y que calificaría para obtener el estado de residente legal permanente mediante la Sección 249 de INA (elegible como extranjero empadronado)
   - ❑ Extranjero a quien se le ha otorgado suspensión de deportación y a quien INS no tiene intención de sacar del país
   - ❑ Extranjero a quien se le ha otorgado deportación retenida de acuerdo a INA Sección 243(h)
   - ❑ Extranjero, en ninguna de las categorías arriba mencionadas, quien puede demostrar que: (1) el INS sabe que está en los Estados Unidos; y (2) el INS no intenta deportarlo(a), ya sea debido a la clase de persona que es o a circunstancias individuales

Sección D: Verificación del Estado Migratorio

Todos los extranjeros solicitantes que piden todos los beneficios del programa deben establecer su condición migratoria y, para ayudarnos con este trámite, por favor proporcione la siguiente información:

Número del Seguro Social: _____

2. Número de su Registro de Extranjero y/o número de Admisión del Extranjero (INS Formulario I-94): _____
3. Fecha en que el solicitante entró por primera vez a los EEUU _____
4. Nombre del solicitante cuando entró por primera vez a los EEUU _____
5. ¿De qué país es ciudadano el solicitante? _____
6. ¿Dónde nació el solicitante? _____

Además, todos los extranjeros deben presentar su inscripción de extranjería u otro documento expedido por el INS que indique un estado correcto de inmigración para fines del CMSP. Si no tiene estos documentos con Ud. o si ellos son ilegibles tráiganos los recibos expedidos por el INS que demuestren que Ud. ha solicitado copias. Usted tendrá 30 días para hacerlo o hasta que se decida su solicitud, lo que tome más tiempo. Si ninguno de los documentos de inscripción de extranjería tiene la fotografía del solicitante, Ud. debe mostrarnos un documento de identificación que demuestre que el solicitante es la persona mencionada en los documentos de inmigración.

Sección E

NOTIFICACION PRIVADA Y CONFIDENCIAL

El Código de Bienestar e Instituciones, Secciones 14001 y 14012, autoriza a los departamentos de bienestar del condado a obtener cierta información de Ud. para determinar si Ud. o las personas que Ud. representa son elegibles para el Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP). La información que Ud. dé es confidencial y puede ser revelada sólo a ciertas personas u organizaciones y sólo después a la administración del CMSP. La información será usada por el departamento de bienestar del condado para establecer la inicial y continua elegibilidad para el CMSP; por los fiscales intermediarios del Estado para procesar los reclamos; por el Departamento de Servicios de Salud para la elaboración de las tarjetas del CMSP y para acciones de recobro por pago excesivo; para verificación del Número de la Cuenta del Seguro Social; y por los proveedores de servicios médicos y organizaciones del mantenimiento de la salud para certificar la elegibilidad.

La información solicitada es obligatoria. La omisión de proporcionarla dará como resultado su inelegibilidad para los beneficios del CMSP. Usted tiene el derecho de ver toda su información y puede hacerlo en la oficina de bienestar del condado durante las horas regulares de atención al público.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO DE ACUERDO A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON CORRECTAS Y VERDADERAS SEGUN MI MEJOR ENTENDIMIENTO.

_____ Firma del Solicitante _____ Fecha

_____ Firma del Representante del Solicitante _____ Fecha

FOR COUNTY USE ONLY

EW Signature: _____ Date: _____

Print EW Name: _____ County: _____

Action Taken:

- ☐ None necessary.
- ☐ Document Verification Request (INS Form G-845) and copies of INS-issued documentation of satisfactory immigration status sent to INS. Date: _____
- ☐ List INS documents, including INS form number (if any), copied and placed in case file: _____
- ☐ Person referred to INS to obtain placements of documents. Date: _____