DESPEGUE AQUÍ

SOLICITUD PARA MEDI-CAL

Para llenar este formulario, lea las instrucciones. Escriba claramente en letra de molde. Use tinta negra o azul solamente.

SECCIÓN 1 Datos de la persona que quiere Medi-Cal para sí mismo, para su familia o para los menores que tiene a su cargo.

1 APELLIDO	NOMBRE DE PILA		INICIAL MEDIA
2 DIRECCIÓN PARTICULAR (NÚMERO Y CALLE)	**NO PONGA UN APARTADO POSTAL** A MENOS QUE SEA UNA PERSONA SIN HOGAR	**3** NÚMERO DE APARTAMENTO	**4** TELÉFONO PARTICULAR ( )
5 CIUDAD	**6** CONDADO/ESTADO	**7** CÓDIGO POSTAL	**8** TELÉFONO EN EL TRABAJO ( )
9 DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DE MÁS ARRIBA) O APARTADO POSTAL		**10** NÚMERO DE APARTAMENTO	**11** TELÉFONO PARA MENSAJES ( )
12 CIUDAD			**13** CÓDIGO POSTAL
14A ¿QUÉ IDIOMA O DIALECTO HABLA USTED MEJOR?		**14B** ¿EN QUÉ IDIOMA LEE MEJOR?	

SECCIÓN 2 Datos de la persona nombrada en la Sección 1, de su familia y de los menores que tiene a su cargo, aunque éstos no quieran cobertura.

	Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
15 Nombre: Apellido					
Nombre de pila					
Inicial Media					
16 Parentesco con la persona de la Sección 1.					
17 Si la dirección no es la misma que la indicada en la Sección 1, ponga la dirección donde está viviendo:					
18 Sexo:	❑ Masculino ❑ Femenino	❑ Masculino ❑ Femenino	❑ Masculino ❑ Femenino	❑ Masculino ❑ Femenino	❑ Masculino ❑ Femenino
19 Estado civil:	❑ Soltero/a ❑ Casado/a ❑ Divorciado/a ❑ Separado/a ❑ Viudo/a	❑ Soltero/a ❑ Casado/a ❑ Divorciado/a ❑ Separado/a ❑ Viudo/a	❑ Soltero/a ❑ Casado/a ❑ Divorciado/a ❑ Separado/a ❑ Viudo/a	❑ Soltero/a ❑ Casado/a ❑ Divorciado/a ❑ Separado/a ❑ Viudo/a	❑ Soltero/a ❑ Casado/a ❑ Divorciado/a ❑ Separado/a ❑ Viudo/a
20 Nombre de los cónyuges de los menores casados que viven en la casa.					
21 Fecha de nacimiento:	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO
22 Embarazada:	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Fecha del parto:	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO	/ / MES DÍA AÑO
23 ¿Tiene una incapacidad física, mental o emocional?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
¿Cuánto se espera que dure la incapacidad?	❑ 30 días o más ❑ 12 meses o más	❑ 30 días o más ❑ 12 meses o más	❑ 30 días o más ❑ 12 meses o más	❑ 30 días o más ❑ 12 meses o más	❑ 30 días o más ❑ 12 meses o más

DESPEGUE AQUÍ

SECCIÓN 2 Continuación

	Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
24 ¿Ha recibido alguien alguna vez **asistencia monetaria, seguridad de ingreso suplemental (SSI), estampillas para alimentos** o **Medi-Cal?**	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Si "Sí," ¿bajo qué nombre?					
25 Número de la tarjeta de identificación de Medi-Cal (BIC), si usted tiene uno:					
26 ¿Quiere beneficios médicos?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
27 ¿Tiene usted o está por comprar una casa fuera de California?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

SECCIÓN 3 Conteste por *todos* los menores mencionados en la Sección 2.

28 Nombre de la madre:	Nombre de la madre:	Nombre de la madre:	Nombre de la madre:
Está la madre: ❑ Empleada ❑ Incapacitada ❑ Desempleada ❑ Fallecida ❑ Ausente	Está la madre: ❑ Empleada ❑ Incapacitada ❑ Desempleada ❑ Fallecida ❑ Ausente	Está la madre: ❑ Empleada ❑ Incapacitada ❑ Desempleada ❑ Fallecida ❑ Ausente	Está la madre: ❑ Empleada ❑ Incapacitada ❑ Desempleada
29 Nombre del padre:	Nombre del padre:	Nombre del padre:	Nombre del padre:
Está el padre: ❑ Empleado ❑ Incapacitado ❑ Desempleado ❑ Fallecido ❑ Ausente	Está el padre: ❑ Empleado ❑ Incapacitado ❑ Desempleado ❑ Fallecido ❑ Ausente	Está el padre: ❑ Empleado ❑ Incapacitado ❑ Desempleado ❑ Fallecido ❑ Ausente	Está el padre: ❑ Empleado ❑ Incapacitado ❑ Desempleado ❑ Fallecido ❑ Ausente

SECCIÓN 4 Indique *todos* los ingresos/dineros que reciben las personas mencionadas en la Sección 2.

30 NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS/DINERO	31 FUENTE DE LOS INGRESOS O DINERO RECIBIDO (Empleo, Seguridad Social)	32 CUÁNTO INGRESO/DINERO RECIBE	33 CON CUÁNTA FRECUENCIA RECIBE INGRESOS/DINERO (Mensualmente, bimensualmente, semanalmente, quincenalmente, diariamente)

SECCIÓN 5 Dé información sobre los gastos/costos enumerados a continuación pagados por *todas* las personas nombradas en la Sección 2.

TIPO DE PAGO QUE HACE SU FAMILIA	34 NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	35 CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE
Mantenimiento de hijos		
Pensión alimenticia		
Prima de otro seguro de salud		
Prima de Medicare		

36 CUIDADO DE NIÑOS O PERSONAS A SU CARGO *(Ponga el nombre del niño o la persona a su cargo)*	37 EDAD	38 NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA	39 CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE
1.			
2.			
3.			
4.			

DESPEGUE AQUÍ

SECCIÓN 6 *Salte esta Sección si su solicitud es **sólo** para menores de 19 años y/o mujeres embarazadas (servicios relacionados con el embarazo solamente).*

De lo contrario, conteste por *todas* las personas nombradas en la Sección 2.

40	¿Tiene alguien dinero en efectivo o cheques a cobrar? Si "Sí," ponga aquí la cantidad _____ (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No
41	¿Tiene alguien una cuenta de cheques, de ahorros o un seguro de vida? (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No
42	¿Tiene la familia más de un coche? (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No
43	¿Tiene alguien un arreglo o fallo ordenado por el tribunal? (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No
44	¿Tiene alguien seguro de salud de largo plazo? (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No
45	¿Posee alguien cualquiera de los siguientes recursos: acciones, bonos, fondos de jubilación, fideicomisos, bienes raíces, vehículos automotores para un negocio, cuentas comerciales, pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomisos, vehículos de recreación, fondos o fideicomisos funerarios, anualidades, joyas (que no sean reliquias de familia o de casamiento), títulos de derechos petrolíferos o minerales? (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No
46	¿Alguien nombrado en este formulario ha transferido, vendido, negociado o regalado recursos tales como los antes mencionados en los últimos 30 meses? (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No
47	¿Se ha gastado o utilizado alguno de los recursos mencionados en esta sección como garantía para costos médicos? (Vea las instrucciones)	❑ Sí ❑ No

SECCIÓN 7 Conteste *sólo* por las personas que quieren Medi-Cal.

		Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
48	Número de Seguridad Social:					
		Usted podrá recibir Medi-Cal aun cuando no tenga un número de Seguridad Social.				
49	Lugar de nacimiento *Estado o país*					
50	¿Ciudadano americano natural o legal? Si "No," escriba la fecha en que entró a EE.UU.	❑ Sí ❑ No / / MES DÍA AÑO	❑ Sí ❑ No / / MES DÍA AÑO	❑ Sí ❑ No / / MES DÍA AÑO	❑ Sí ❑ No / / MES DÍA AÑO	❑ Sí ❑ No / / MES DÍA AÑO
51	¿Esta viviendo en un establecimiento de cuidado a largo plazo o de hospedaje y cuidado?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
	Si "Sí," nombre del establecimiento:					
	¿Piensa volver a su casa?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
	¿Piensa volver a su casa dentro de seis meses?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
52	¿Tiene cobertura de salud, dental o de la vista?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
53	¿Ha tenido gastos médicos dentro de los 3 meses previos al mes en que solicitó Medi-Cal y quiere Medi-Cal para esos gastos?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
54	¿Tiene pendiente algún juicio debido a un accidente o lesión?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

DESPEGUE AQUÍ

SECCIÓN 7 Continuación

	Adulto 1/Usted	Adulto 2	Menor 1	Menor 2	Menor 3
55 Para los adultos, cónyuge o padres de los menores, indique si prestaron o están prestando servicio en los Servicios Militares de EE.UU.	❑ Sí ❑ No ❑ Usted ❑ Cónyuge ❑ Padre/Madre	❑ Sí ❑ No ❑ Usted ❑ Cónyuge ❑ Padre/Madre	❑ Sí ❑ No ❑ Usted ❑ Cónyuge ❑ Padre/Madre	❑ Sí ❑ No ❑ Usted ❑ Cónyuge ❑ Padre/Madre	❑ Sí ❑ No ❑ Usted ❑ Cónyuge ❑ Padre/Madre
56 Origen étnico: (raza) (opcional)					
57 ¿Estudia a tiempo completo?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
58 ¿Vive fuera del hogar?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

SECCIÓN 8 Divulgación de información (opcional).

59 Si un miembro de la familia no puede obtener Medi-Cal sin costo, pero podría conseguir cobertura de atención médica de bajo costo, ¿puede la oficina local de asistencia social enviar este formulario al Healthy Families Program (Programa de Familias Saludables)? ❑ Sí ❑ No

60 Recibí ayuda de (ponga el nombre de la persona) _____ para llenar esta solicitud. Estoy de acuerdo en que la oficina local de asistencia social le proporcione a esta persona información sobre la situación de esta solicitud. ***El solicitante debe poner sus iniciales*** _____

SECCIÓN 9 Firma y certificación.

61 Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que las respuestas que he dado en esta solicitud, y los documentos adjuntos, son correctas y válidas según mi entender y conocimiento.

Declaro que he leído y entendido las instrucciones para llenar la solicitud, las declaraciones y toda la información impresa en esta solicitud.

Firma _____ Fecha _____

Firma del testigo (*si la persona firmó con un signo*) _____ Fecha _____

Firma de la persona que ayudó al solicitante a llenar el formulario _____ Número de teléfono _____ Relación con el solicitante _____ Fecha _____

Firma de la persona que actúa en representación del solicitante/beneficiario _____ Número de teléfono _____ Relación con el solicitante _____ Fecha _____

Para obtener información acerca de cualquiera de los siguientes programas marque cualquiera de los casilleros siguientes y le enviaremos información; vea el folleto de Medi-Cal "Atención Médica para Familias con Hijos" o visite nuestro sitio Web, www.dhs.ca.gov

❑ Programa de servicios de atención personalizada (PCSP, por sus siglas en inglés). Un programa para atención en el hogar.

❑ Acceso para bebés y madres (AIM por sus siglas en inglés). Un programa para ayudar a las mujeres embarazadas de ingresos moderados a obtener atención médica.

❑ Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC por sus siglas en inglés). Un programa de nutrición para mujeres embarazadas y en posparto y para niños menores de 5 años.

❑ Planificación familiar.

❑ Programa de prevención de enfermedades e incapacidades infantiles (CHDP por sus siglas en inglés). Atención médica preventiva para niños y jóvenes. ¿Quiere que su niño o adolescente sea referido al programa CHDP? Sí ❑ No