LEA ESTO PRIMERO

USE ESTAS INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE REDETERMINACIÓN ANUAL DE MEDI-CAL ADJUNTO

(Presente el formulario en el departamento de asistencia pública de su condado)

1. ***ESCRIBA*** todas sus respuestas con tinta **en letra de imprenta** (de preferencia use tinta negra).
2. Tome en cuenta lo siguiente:

   "Solicitante" significa: (a) usted, si usted está solicitando Medi-Cal para usted mismo y/o para su familia; o (b) la persona para la cual usted está llenando este formulario (incluyendo a la persona que esté en cuidado a largo plazo).

   "Persona encargada del cuidado continuo de otro" significa un pariente que no sea el padre o la madre, y que presenta la solicitud a nombre de niños menores de 21 años. Esta persona puede solicitar que se le incluya en el caso de Medi-Cal de los niños.

   "Miembro de la familia" significa: (a) usted, incluso si Ud. es soltero; (b) su cónyuge o el padre/madre de los niños, que viva con usted; (c) los hijos menores de 21 años de edad que vivan con usted o que estén lejos en la escuela; (d) los hijos de su cónyuge o del padre o madre, menores de 21 años de edad que vivan con usted o que estén lejos en la escuela; (e) su bebé que aún no haya nacido.
3. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, ***pídale ayuda a su trabajador.***
4. Si necesita más espacio para contestar alguna pregunta, o tiene que reportar información adicional, use el espacio que se proporciona en la ***casilla 21.***

State of California—Health and Human Services Agency Department of Health Services

LEA ESTO PRIMERO

USE ESTAS INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE REDETERMINACIÓN ANUAL DE MEDI-CAL ADJUNTO

(Presente el formulario en el departamento de asistencia pública de su condado)

1. ***ESCRIBA*** todas sus respuestas con tinta **en letra de imprenta** (de preferencia use tinta negra).
2. Tome en cuenta lo siguiente:

   "Solicitante" significa: (a) usted, si usted está solicinando Medi-Cal para usted mismo y/o para su familia; o (b) la persona para la cual usted está llenando este formulario (incluyendo a la persona que esté en cuidado a largo plazo).

   "Persona encargada del cuidado continuo de otro" significa un pariente que no sea el padre o la madre, y que presenta la solicitud a nombre de niños menores de 21 años. Esta persona puede solicitar que se le incluya en el caso de Medi-Cal de los niños.

   "Miembro de la familia" significa: (a) usted, incluso si Ud. es soltero; (b) su cónyuge o el padre/madre de los niños, que viva con usted; (c) los hijos menores de 21 años de edad que vivan con usted o que estén lejos en la escuela; (d) los hijos de su cónyuge o del padre o madre, menores de 21 años de edad que vivan con usted o que estén lejos en la escuela; (e) su bebé que aún no haya nacido.
3. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, ***pídale ayuda a su trabajador.***
4. Si necesita más espacio para contestar alguna pregunta, o tiene que reportar información adicional, use el espacio que se proporciona en la ***casilla 21.***

MC 210 RV (SP) (8/99) INSTRUCTION SHEET

REDETERMINACIÓN ANUAL DE MEDI-CAL

¿Desea seguir obteniendo beneficios de Medi-Cal? ❒ SÍ ❒ NO Si no, firme y feche la última página de este formulario Si sí, conteste todas las preguntas.

PARA USO DEL CONDADO

Case name: _____

Worker Number: _____

Date: _____

MIEMBROS ADULTOS DE LA FAMILIA

1 Nombre del Solicitante o Tutor (Nombres, Apellido) | Parentesco/Relación los Niños

Número de Seguro Social | Estado Civil (marque uno) ❒ Casado (Fecha) _____ ❒ Nunca casado ❒ Unión libre ❒ Separado (Fecha) _____ ❒ Viudo ❒ Divorciado | Sexo ❒ Femen. ❒ Masc.

¿Trabaja? ❒ Sí ❒ No | ¿Es ciego o está minusválido o incapacitado? ❒ Sí, ¿Desde cuándo?: _____ ❒ No | ¿Embarazada? ❒ Sí ❒ No | ¿Solicitó Medi-Cal? ❒ Sí ❒ No

2 Domicilio (Número y Calle) | Ciudad | Código Postal

Dirección Postal (Si es diferente a la anterior) | Ciudad | Código Postal

(Área) Teléfono particular ( ) | (Área) Teléfono del Trabajo ( ) | (Área) Teléfono para Mensajes ( ) | Persona con quien dejar Mensaje:

3 Cónyuge/padre o madre del niño (Nombres, Apellido) | Parentesco con el Solicitante

Número de Seguro Social | Estado Civil (marque uno) ❒ Casado (Fecha) _____ ❒ Nunca casado ❒ Unión libre ❒ Separado (Fecha) _____ ❒ Viudo ❒ Divorciado | Sexo ❒ Femen. ❒ Masc.

¿Trabaja? ❒ Sí ❒ No | ¿Es ciego o está minusválido o incapacitado? ❒ Sí, ¿Desde cuándo?: _____ ❒ No | ¿Embarazada? ❒ Sí ❒ No | ¿Solicitó Medi-Cal? ❒ Sí ❒ No

NIÑOS Y OTROS ADULTOS QUE VIVAN EN CASA

4 ESCRIBA EL NOMBRE DE TODOS LOS NIÑOS Y OTROS ADULTOS QUE VIVAN EN SU CASA:

Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	¿Embarazada? Sí	¿Embarazada? No	¿Estudiante? Sí	¿Estudiante? No	¿Solicitó Medi-Cal? Sí	¿Solicitó Medi-Cal? No	Linkage	FSD Referral	Sneede

ARREGLOS DE MANTENIMIENTO EN ESPECIE

5 Usted o alguien de su familia:

a. ¿Está pagando una casa o departamento? Cantidad $ _____ ..... ❒ Sí ❒ No

b. ¿Recibe hospedaje, servicios públicos, comida o ropa gratuitos?..... ❒ Sí ❒ No

c. ¿Trabaja a cambio de hospedaje, servicios públicos, comida o ropa?..... ❒ Sí ❒ No

Si repondió sí a las preguntas b o c, conteste a las siguientes preguntas:

¿Qué fue lo que recibió?	¿Quién lo recibió?	¿Quién se lo dio?

❒ MC 210 SI

DEPENDIENTE PARA IMPUESTOS

6 ¿Es Ud. u otro miembro de la familia dependiente de alguien fuera del hogar para fines de impuestos? ❒ Sí ❒ No

Nombre y dirección de la persona que reclama la deducción de impuestos: _____

RESIDENCIA

7 ¿Ha cambiado el estado migratorio/ciudadanía de alguno de ustedes en los últimos 12 meses? ❒ Sí ❒ No

¿De quién? _____ Número de Residente: _____

¿Quál fue el cambio? _____ Fecha: _____

❒ MC 13

DED

8 ¿Padece Ud. o algún miembro de su familia de algún problema fisico o emocional que le dificulte trabajar o cuidar de sus necesidades personales? ❒ Sí ❒ No

¿Quién?: _____

❒ DED packet

❒ DED Re-exam date _____

SEGURO MÉDICO

9 ¿Tiene Ud. o algún miembro de la familia seguro médico? ❒ Sí ❒ No

¿Quién? _____

¿Obtuo Ud. o alguien de la familia un seguro o coberura médica o dental, o de Medicare nuevos? ❒ Sí ❒ No

❒ DHS 6155 form given

PARA USO DEL CONDADO

PREGUNTAS SOBRE EMPLEO

10 Adjunte copias de los tres ultimos talones de pago de cada persona que esté trabajando.

Persona Número 1—Nombre			Ingreso Neto Mensual $
Empleador	Teléfono de su Trabajo ( )	Fecha de Inicio (Si es un trabajo nuevo) _____ /_____ /_____	
Dirección (Número y Calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Horas de Trabajo a la Semana / Horas de Trabajo al Mes	❒ Pago semanal ❒ Pago quincenal ❒ Pago dos veces al mes ❒ Otro		Ingreso por Propinas $

❒ Wage Stubs
❒ If U-Parent, MC 210 SW
❒ Student exemption

Persona Número 2—Nombre			Ingreso Neto Mensual $
Empleador	Teléfono de su Trabajo ( )	Fecha de Inicio (Si es un trabajo nuevo) _____ /_____ /_____	
Dirección (Número y Calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Horas de Trabajo a la Semana / Horas de Trabajo al Mes	❒ Pago semanal ❒ Pago quincenal ❒ Pago dos veces al mes ❒ Otro		Ingreso por Propinas $

❒ Wage Stubs
❒ If U-Parent, MC 210 SW
❒ Student exemption

Persona Número 3—Nombre			Ingreso Neto Mensual $
Empleador	Teléfono de su Trabajo ( )	Fecha de Inicio (Si es un trabajo nuevo) _____ /_____ /_____	
Dirección (Número y Calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Horas de Trabajo a la Semana / Horas de Trabajo al Mes	❒ Pago semanal ❒ Pago quincenal ❒ Pago dos veces al mes ❒ Otro		Ingreso por Propinas $

❒ Wage Stubs
❒ If U-Parent, MC 210 SW
❒ Student exemption

11 Si alguien de la familia trabaja por cuenta propia, adjunte copia de la última Declaración (Federal de Impuestos o Declaración) de Ingresos.
Ingreso Neto de la última Declaración Federal de Impuestos después de cualquier ajuste $_____ ¿Cambió su ingreso? ❒ Sí ❒ No

❒ Profit/loss statement

NEGOCIOS

12 a. ¿Efectivo o cuenta de cheques/ahorros del negocio o de la persona que trabaja por cuenta propia? ❒ Sí ❒ No

$ _____

b. Equipo comercial, vehículos, herramientas, inventario, o material (incluyendo ganado o aves que no sean para uso personal):

_____

$ _____

c. Tipo de equipo: _____

OTROS INGRESOS

13 ¿Usted, el padre/madre, su cónyuge, o los niños que viven en casa tienen algún otro ingreso? ❒ Sí ❒ No
Si sí, nombre la fuente de ingreso y la cantidad mensual. Si dicho ingreso no se recibe mensualmente, indique con que frecuencia se recibe. Adjunte prueba de dicho ingreso.

Fuente de Ingreso	Solicitante	Cónyuge	Hijo
Jubilación de Ferrocarril o Seguro Social	$	$	$
SSI/SSP	$	$	$
Beneficios para Veteranos (incluya pagos de Asistencia y Cuidados)	$	$	$
Jubilación o Pensión	$	$	$
Ingresos por cobro de Intereses o Dividendos	$	$	$
Contribuciones (incluyendo las de sus parientes)	$	$	$
Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia	$	$	$
Beneficios por desempleo	$	$	$
Beneficios por incapacidad proporcionados por el Estado	$	$	$
Compensación por lesiones de trabajo	$	$	$
CalWORKS	$	$	$
Otro (describa)	$	$	$

❒ Verifications
❒ Temporary
❒ Permanent

OTROS GASTOS

14 ¿Paga alguna de las personas que trabaja gastos de cuidado de un menor o adulto incapacitado? ❒ Sí ❒ No
Si sí, conteste lo siguiente (adjunte recibos):

Nombre de la Persona que Recibe Cuidado	Edad de la Persona que Recibe Cuidado	Cantidad del Pago	Frecuencia del Pago
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			

¿A quién le paga por este servicio? _____
Nombre

_____
Dirección

❒ Receipts

15 ¿Paga algún miembro de la familia mantenimiento de hijos o pensión alimenticia por orden de la corte? ❒ Sí ❒ No Cantidad $_____

❒ Court order
❒ Verified actual payment

16 ¿Recibe alguien de la familia becas o préstamos escolares? ❒ Sí ❒ No ¿Quién? _____

❒ MC 210 SE

RECURSOS EN EFECTIVO

17 Anote todas sus posesiones, las del padre/madre, conyuge o niños en casa. Incluyendo las suyas que estén a nombre de otro.

a. Dinero en efectivo o cheques sin cobrar: Contidad $ _____

b. Anote todas las cuentas comientes o ahorros en el banco, cuentas de ahorros y préstamos, uniones de crédito, IRA, KEOGH, compensación diferida, cuentas de jubilación, anualidades, acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas a plazo fijo o fondos mutualistas:

Institución Financiera	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Valor/Saldo

PARA USE DEL CONDADO

❒ Copies of accounts

BIENES RAÍCES Y PROPIEDAD PERSONAL

18 a. Anote todos los bienes raíces que posea en cualquier país, estado, o condado (terrenos que posea, o comparta título de propiedad) ARTÍCULOS: casas, terrenos, departamentos, casas móviles consideradas como bienes raíces para fines de impuestos, u otro. Si la propiedad es nueva, adjunte copia de escrituras de fideicomiso y declaración de impuestos.

Dirección o descripción de la propiedad: _____

_____

Valor de la nueva propiedad: $ _____ Cantidad que debe: $_____ Pago mensual: $ _____

b. Dirección o descripción de la propiedad que ya no le pertenece:_____

¿Vendió esta propiedad? ❒ Sí ❒ No Si sí: ¿Cuándo? _____ Valor de dicha propiedad $ _____

¿Regaló esta propiedad a alguien? ❒ Sí ❒ No Si sí: ¿A quién? _____

Si vendió o regaló la propiedad, adjunte documentos que lo prueben.

c. Anote todos los seguro de vida, fideicomiso para entierro, lotes de cementerio, ataudes o criptas: _____

_____

Valor nominal de sus seguros de vida, fideicomisos de entierro, lotes de cementerio, ataudes o criptas: $_____

❒ Exempt? ❒ Yes ❒ No

❒ Escrow papers

❒ Sold

❒ Given away

❒ CSV

VEHÍCULOS

19 Anote todos los autimóviles, camiones, cámpers, remolques, motocicletas, aviones, botes, tráilers, vehículos todo terreno (aun si no funcionan) que le pertenezcan a Ud. o su familia. Adjunte copias de los registros de los vehículos. Si no tiene ninguno, escriba "none."

Fabricante y Modelo	Número de Serie	Año	Propietario	Cantidad que todavía debe	¿Se emplea para Transporte? Yes	No

❒ Exempt? ❒ Yes ❒ No

❒ Vehicle registrations

❒ Registered class

SERVICIOS

20 a. ¿Desea información sobre los servicios de salud del Programa de Salud y Prevención de Incapacidad para Niños y Adolescentes (CHDP) disponibles para menores de 21 años? ❒ Sí ❒ No

b. ¿Desea información sobre el programa especial de ayuda suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) para mujeres embarazadas o que estén amamantando y para niños menores de 5 años? ❒ Sí ❒ No

❒ CHDP brochure/referral

❒ WIC referral

INFORMACIÓN ADICIONAL

21 Información Adicional: (Anote cualquier información adicional a las preguntas 1 a la 20.)

_____

_____

_____

_____

CERTIFICACIÓN

- He leído y recibido un ejemplar del formulario Información Importante para Solicitantes de Medi-Cal (MC 219).
- Estoy informado, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todas las responsabilidades descritas en el formulario MC 219.
- Entiendo que toda la información que he proporcionado, incluyendo la referente a ingresos y beneficios, está sujeta a investigación y verificación.
- Entiendo que la Sección 1137 del Acta del Seguro Social requiere que proporcione me Número de Seguro Social (SSN) así como el de mis familiares, si yo (nosotros) declaro(amos) tener un estado migratorio satisfactorio. Entiendo que mi SSN y el de mis familiares serán verificados y utilizados para comparar por medio de una computadora los ingresos y recursos declarados con información del departamento de asistencia pública, de empleo del estado, de impuestos, de la Administración del Seguro Social y otras agencias. Entiendo que esto se lleva a cabo a fin de verificar mi (nuestra) eligibilidad y la parte del costo, si la hay, y que sean correctas.

Es responsabilidad del solicitante/beneficiario y de la persona que representa al solicitante/beneficiario reportar al Trabajador de Elegibilidad cualquier cambio en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que ocurra.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta Declaración de Datos y cualquiera de los formularios suplementarios que me pudieran pedir que complete es verídica y correcta.

Firma de Solicitante		Fecha
Firma del Testigo, Intérprete o de la persona que ayudó al solicitante a llenar el formulario	Número de Teléfono ( )	Fecha
Firma del Trabajador de Elegibilidad (EW)		Fecha