PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
SOLICITUD PARA ELEGIBILIDAD RETROACTIVA

(COUNTY STAMP)

Nombre del caso: _____
Número del caso: _____
Distrito: _____
Esto affecta a: _____
_____
(Nombres)

Hemos revisado toda la información que está a nuestra disposición sobre sus circunstancias y establecimos que:

❒ A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir beneficios completos de CMSP. Pronto, se le enviará a usted por correo una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de plástico. LLEVE ESTA TARJETA DE PLÁSTICO A CADA PROVEEDOR MÉDICO DEL CUAL RECIBA SERVICIOS. NO TIRE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE PLÁSTICO.

❒ Puesto que sus ingresos excedieron la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar la siguiente parte del costo para el costo del cuidado médico recibido:

$_____ para _____
$_____ para _____
$_____ para _____

Lleve su tarjeta de plástico a cada proveedor médico del cual recibió servicios en los meses mencionados arriba. Su Tarjita de Plástico indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted paga o se obliga a pagar a los proveedores médicos se calculará automáticamente.

❒ Usted no reúne los requisitos para recibir beneficios completos de CMSP durante el mes de _____ puesto que:

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 17 del Código Administrativo de California: 1498, et seq.

Esta acción no afecta su solicitud para obtener CMSP actual y continuo. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta acción, o si existe más información acerca de sus condiciones que no nos ha reportado, por favor escriba o llame por teléfono. Le contestaremos sus preguntas o haremos una cita para verle.

_____ Trabajador(a) de Elegibilidad
_____ Teléfono
_____ Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO