AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS EXTENDIDOS DE MEDI-CAL

COUNTY USE ONLY	
Case name	Case number
Worker name	Worker number

Padre/Madre/Tutor(a): Si su niño(a) estaba recibiendo pagos del Seguro de Ingreso Suplementario *(Supplemental Security Income - SSI)*, mientras estaba en una institución, es menor de 18 años de edad, actualmente recibe beneficios de Medi-Cal, actualmente vive en el hogar, y actualmente está en un programa de servicios extendidos basado en el hogar y en la comunidad, él/ella posiblemente tenga derecho a recibir un pago mensual para necesidades personales del *SSI*. Por favor, complete esta parte del formulario, y envíelo a la Persona Encargada de los Servicios Extendidos del Condado, si su niño(a) está en un Programa de Servicios Extendidos sobre el Desarrollo o de Operaciones en el Hogar de Medi-Cal. Para otros servicios extendidos, envíe este formulario a: State of California, Department of Health Services, Medi-Cal Eligibility Branch, Mail Station 4608, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Después de que el Condado o el Estado haya verificado que su niño(a) está en un programa de servicios extendidos de Medi-Cal, presente este formulario a la Administración del Seguro Social *[Social Security Administration (SSA)]*, para obtener una determinación. La *SSA* continuará comunicándose al Condado o al Estado cada año, antes de continuar con el pago para necesidades personales.

Nombre del/de la niño(a)

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Teléfono ( )	

Padre/Madre/Tutor(a)

Dirección del padre/madre/tutor(a) (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal

Tipo de programa de servicios extendidos

Yo, el padre/madre/tutor(a) del/de la niño(a) mencionado(a) anteriormente, autorizo al Condado de _____, o al Estado de California, a que revele a la Administración del Seguro Social, información sobre la situación del/de la niño(a) mencionado(a) anteriormente en el programa de servicios extendidos basados en el hogar y en la comunidad de Medi-Cal.

Firma	Fecha
➤	

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO: Por favor, verifique que el/la niño(a) mencionado(a) anteriormente está recibiendo actualmente beneficios de Medi-Cal en el hogar, y que está recibiendo servicios bajo el programa de servicios extendidos Modelo o *DDS*.

Yo, certifico que el/la niño(a) mencionado(a) anteriormente está recibiendo beneficios de Medi-Cal, bajo uno de los siguientes programas de servicios extendidos basados en el hogar y en la comunidad:

❒ Programa de Servicios Extendidos de Establecimientos de Convalecencia de Programas de Servicios Extendidos de Operaciones en el Hogar de Medi-Cal (No se aplican los ingresos ni los recursos de los padres.)

❒ Programa de Servicios Extendidos sobre el Desarrollo (No se aplican los ingresos ni los recursos de los padres.)

Firma de la persona encargada de la autorización del condado

➤

Nombre con letra de molde	Puesto	Teléfono ( )	
Dirección del condado (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

ESTADO DE CALIFORNIA, DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD: Por favor, verifique que el/la niño(a) mencionado(a) anteriormente está recibiendo actualmente beneficios de Medi-Cal, y que está recibiendo servicios extendidos.

ESTADO DE

Firma de la persona encargada de la autorización del estado

➤

Nombre con letra de molde	Puesto	Teléfono ( )	
Dirección del estado (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

White: Parent copy *Yellow: County copy*