



Cuidado de salud gratis y de bajo costo para niños y mujeres embarazadas

¡Un futuro más saludable empieza hoy!

Servicios de cuidado de salud gratis y de bajo costo, incluyendo:

- Cuidado preventivo
- Cuidado prenatal
- Visitas al médico
- Cuidado dental y de la vista
- Salud mental
- Medicamentos recetados
- Estadías en el hospital
- Atención de emergencia

Vea adentro

- Cómo solicitar 2
- Solicitud A1-A4
- ¿Necesita ayuda? 3
- Tamaño e ingreso de la familia. 4
- ¿Está embarazada? 5
- Otras preguntas 6
- Avisos 7

Esta solicitud está disponible en los siguientes idiomas: inglés, vietnamés, chino, coreano, ruso, armenio, farsi, camboyano, hmong, árabe y tagalog English, Việt Ngữ, 中文, 한국어, Русский, Հայերեն, فارسی, မြန်မာစာ, Hmoob, العربية, Tagalog

Solicite Medi-Cal y Healthy Families ahora.

Siga estos pasos:

- ① Llene la solicitud incluida.
- ② Envíenos copias de los documentos indicados en la página 2.
- ③ Si está embarazada, vea la página 5.
- ④ Firme la solicitud y envíela por correo.



¿Quién puede solicitar?

- Niños menores de 19 años de edad cuyos padres trabajan pero tienen bajos ingresos
- Mujeres embarazadas

Los niños y las mujeres embarazadas podrían ser elegibles para cobertura limitada de Medi-Cal incluso si no tienen papeles de inmigración.

¿Cuánto cuesta?

Medi-Cal es gratis. Healthy Families cuesta entre \$4 y \$24 por niño por mes.

¿Desea saber si es elegible?

Depende del número de personas en su familia, sus ingresos y de la edad del niño. Vea el cuadro en la contraportada.

Le podemos ayudar, ¡gratis!

- Por teléfono – Le ayudaremos a llenar su solicitud por teléfono.
- En persona – Un asistente capacitado se puede reunir con usted.
- ¡Le podemos ayudar en cualquier idioma!

Llame: **1-800-880-5305** o TDD: **1-800-735-2929**

Lunes a viernes de 8 a.m. – 8 p.m.,
Sábados de 8 a.m. – 5 p.m.

1 Llene la solicitud de 4 páginas.

Si no entiende una pregunta o si no tiene uno de los documentos, llame al: **1-800-880-5305**. O busque la información que necesite en las páginas 3 a 7.

2 Envíenos copias de documentos de ingresos y gastos.

(Es posible que pueda usar otros documentos que no figuren aquí.)

Un documento para cada persona que vive en el hogar y que tiene empleo:

- Un talón de cheque de pago reciente (de hace menos de 45 días), **o**
- Una declaración firmada y fechada de su empleador que muestre sus ingresos brutos y cada cuánto le pagan, **o**
- La declaración de impuestos federales del año pasado.

Un documento para cada persona que vive en la casa y que trabaja por cuenta propia:

- La declaración de impuestos federales del año pasado con los formularios C, C-EZ o F, **o**
- Una declaración firmada y detallada de las ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses. Para obtener una muestra de declaración de ganancias y pérdidas, visite: www.healthyfamilies.ca.gov y haga clic en "en español".

Si tiene ingreso de discapacidad, pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de veteranos, compensación del trabajador o desempleo, envíe una copia de:

- La carta de notificación de beneficios, el cheque **o** el estado de cuenta del banco que muestre el depósito directo del pago más reciente.

Si recibe o paga mantenimiento de los hijos o de cónyuge, envíe una copia de:

- La orden de la corte, un talón del cheque de sueldo que muestre la deducción de mantenimiento, recibos o el cheque de mantenimiento mensual, **o**
- Una declaración del Departamento de Servicios de Mantenimiento de Hijos o de la persona que paga el mantenimiento que diga: la cantidad mensual, para quién(es) es, quién lo paga y quién(es) lo recibe(n).

Si paga por el cuidado de niños o de un dependiente discapacitado, envíe una copia de:

- Su cheque cobrado **o** recibo **o** una declaración firmada de la persona que le cuida sus hijos que diga cuánto paga cada mes.

3 Envíe documentos de ciudadanía o de inmigración de todas las personas que soliciten.

(Envíelos ya mismo o lo antes que pueda.)

Ciudadanos o nacionales: Envíe una copia del acta de nacimiento, pasaporte, certificado de ciudadanía de EE UU o de naturalización u otra prueba de ciudadanía para cada persona que solicite. Es posible que le pidamos más información más adelante.

No ciudadanos: Envíe prueba de condición de inmigración. Haga copias de los dos lados de los documentos. O envíe un recibo de Inmigración (USCIS) que muestre que solicitó reemplazar documentos extraviados.

Puede solicitar Medi-Cal incluso si la persona que solicita no tiene papeles de inmigración.

4 Envíe un documento por hogar que pruebe residencia en California.

(Es posible que pueda usar otros documentos que no figuren aquí.)

- Un talón de pago de sueldo que muestre su dirección en California, **o**
- Recibo de alquiler o cuenta de luz, gas o teléfono, **o**
- Licencia de manejar o tarjeta de identidad del Depto. de Vehículos Motorizados (DMV) de California, **o**
- Prueba de asistencia escolar de su hijo.

5 Firme la solicitud y envíela por correo *(La solicitud está en las páginas A1 a A4.)*

Envíe su solicitud y copias de los documentos en el sobre adjunto. ¡No necesita ponerle estampillas!

Envíela a: **Healthy Families/Medi-Cal, P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-9984**

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Mujer embarazada	Hijo por nacer
16) Etnicidad – Opcional (Vea la página 6.)					
17) Lugar de nacimiento Condado Estado o país extranjero					
18) N° del seguro social (Vea las páginas 6 y 7.)	Opcional para solicitantes de Healthy Families o para quienes sólo soliciten servicios de atención de emergencia o del embarazo.				
19) ¿Ciudadano o nacional de EE UU? (Vea las páginas 3 y 7.) Si No, fecha de entrada a EE UU	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ____/____/____ mes día año	
20) N° de tarjeta de beneficios Medi-Cal (BIC), si lo tiene:					
21) ¿Tiene esta persona otro seguro de salud, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Incluso si tiene otro seguro de salud, Medi-Cal tal vez cubre lo que no cubra su otro seguro.					
22) ¿Tuvo este niño seguro de salud a través del trabajo de alguien más en los últimos 3 meses? (Vea la página 6.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y marque abajo la razón) ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y marque abajo la razón) ____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y marque abajo la razón) ____/____/____ mes día año		
Marque el cuadro y díganos por qué terminó la cobertura de salud:					
	<input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> Otro _____		
23) ¿Esta persona quiere solicitar Medi-Cal para cubrir los gastos médicos de los últimos 3 meses? (Vea la página 6.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Es posible que Medi-Cal cubra gastos médicos de los últimos 3 meses.					
24) Nombre de la madre: Apellido Nombre Segundo Nombre					
¿Vive este niño con la madre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
25) Nombre del padre: Apellido Nombre Segundo Nombre					
¿Vive este niño con el padre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Recorte aquí

Si necesita más espacio, haga una copia de esta página o adjunte otra página.

Número de personas en la familia Escriba los nombres de **todos** los demás familiares que vivan en la casa. Incluya a niños menores de 21 años de edad, a los padrastros, al esposo de una mujer embarazada y al esposo/a de un adolescente que viven en la casa. **No** incluya a tíos, sobrinos, ni abuelos. (Para más información, vea la página 4.)

	Nombre	Género	Fecha de nacimiento	¿Qué parentesco tiene con la persona en ①?		
26		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____
27		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____
28		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____

29 ¿Está embarazada alguna persona que viva en la casa? Sí No
Si está, ¿quién? _____ ¿Cuántos bebés espera? _____ Fecha esperada del parto ____/____/____
mes día año

Ingresos de la familia Escriba el ingreso de **todas** las personas mencionadas en esta solicitud. Incluya el mantenimiento de hijos y del cónyuge **recibido**, si lo hay. (Anote cada fuente de ingreso en un renglón por separado.)

	Nombre de la persona con ingreso (Los niños que están en la escuela no tienen que poner sus ingresos de trabajo.)	Fuente del ingreso (trabajo, seguro social, pensiones, etc.)	¿Cada cuánto recibe el ingreso? (cada semana, cada quincena, cada mes)	¿Cuánto es el ingreso? (ingreso total bruto)	Número del seguro social (opcional)
30				\$	
31				\$	
32				\$	
33				\$	
34				\$	

Gastos Escriba los gastos mensuales de la persona en ① y de todas las personas indicadas arriba.

- 35 Cuidado de niños o de dependientes con discapacidades
Para (nombre del niño o dependiente): _____ Edad: _____ ¿Cuánto paga? _____
Para (nombre del niño o dependiente): _____ Edad: _____ ¿Cuánto paga? _____
Para (nombre del niño o dependiente): _____ Edad: _____ ¿Cuánto paga? _____
- 36 Mantenimiento de hijos ordenado por la corte
Pagado a: _____ Pagado por: _____ ¿Cuánto paga? _____
Pagado a: _____ Pagado por: _____ ¿Cuánto paga? _____
- 37 Mantenimiento del cónyuge ordenado por la corte
Pagado a: _____ Pagado por: _____ ¿Cuánto paga? _____

Información sobre el hogar

- 38 ¿Desea Medi-Cal la persona en ①, alguna de las personas mencionadas arriba o alguna otra persona en el hogar? Sí No
¿Si contestó sí, quien? _____ (Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted.)
- 39 ¿Tiene el niño o alguien en el hogar una discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo y desea Medi-Cal? Sí No
¿Si contestó sí, quien? _____ (Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted para ver si califica.)
- 40 ¿Está involucrado alguno de los solicitantes en una demanda relacionada con una lesión o un accidente? (Para más información, vea la página 6.) Sí No
- 41 ¿Hay más de un carro en la casa? (Opcional) Sí No
- 42 ¿Hay más de \$3,150 en las cuentas bancarias de la familia? (Opcional) Sí No

Recorte aquí

A menos que marque abajo, los programas de salud pueden compartir su información:

- 43 Enviaremos su solicitud a Healthy Kids o a un programa similar del condado si su hijo no califica para Medi-Cal completo o Healthy Families. Si no quiere que la enviemos, marque aquí. (Para más información, vea la página 6.)
- 44 Medi-Cal compartirá la solicitud de su hijo con Healthy Families si su hijo deja de calificar para Medi-Cal gratis en el futuro. Si no desea que la enviemos, marque aquí.

Elija sus planes de Healthy Families:

Escriba abajo el nombre o el código de los planes que quiere. Si necesita ayuda, consulte el manual de Healthy Families, o llame al 1-800-880-5305. O visite www.healthyfamilies.ca.gov y haga clic en "en español".

- | | |
|--|---|
| 45 Plan de salud _____
Nombre Código | 46 Doctor o clínica _____
(Opcional) Nombre Código |
| 47 Plan dental _____
Nombre Código | 48 Dentista o clínica _____
(Opcional) Nombre Código |
| 49 Plan de vista _____
Nombre Código | 50 Doctor o clínica de la vista _____
(Opcional) Nombre Código |

Marque todas las casillas que lo describen a usted:

- 51 Indígena norteamericano Trabajador forestal Trabajador agrícola Trabajador en la pesca

Si marcó alguna de estas casillas, es posible que sea elegible para el Plan de Población Especial, que cubre a su hijo en todos los condados de California. Busque el código de este plan especial en su manual de Healthy Families o en www.healthyfamilies.ca.gov.

¿Es usted (o el niño que solicita cobertura) indígena norteamericano o nativo de Alaska que quiere atención de la salud gratis de Healthy Families?

- 52 Sí No Si contestó sí, vea la página 6.

Disputas con el Programa Healthy Families

Cada plan tiene sus propias reglas para resolver disputas sobre la prestación de servicios y otras cuestiones. Algunos planes requieren que usen arbitraje obligatorio para estas disputas; otros no. Algunos planes dicen que los reclamos de negligencia médica se deben resolver con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que elige requiere el arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y la disputa no se puede resolver en un tribunal. Si quiere saber cómo un plan resuelve sus disputas, llame al plan o consulte su Manual de HFP. O visite: www.healthyfamilies.ca.gov y haga clic en "en español".

Declaración y firma (obligatorio)

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que he leído esta solicitud, las respuestas provistas y los documentos adjuntos y que, a mi mejor saber y entender, son correctos y verdaderos. He leído y entiendo los Avisos y estoy haciendo las Declaraciones que figuran en la página 7.

Firma del solicitante aquí: _____ Fecha: _____

Firma del testigo aquí (si el solicitante firmó con una marca): _____ Fecha: _____

Representante autorizado (si lo hay): _____ Fecha: _____

Llene a continuación SÓLO si un Asistente de Solicitud Certificado (CAA) le ayudó a llenar este formulario.

- Marque esta casilla y firme a continuación para permitir que Healthy Families y Medi-Cal hablen con un representante de la Entidad de Inscripción (EE) indicada a continuación sobre el estado de esta solicitud. Este permiso termina cuando el programa le envía por correo su decisión sobre esta solicitud.

Certifico que el CAA que figura a continuación me ayudó a llenar esta solicitud. El CAA me ayudó gratis.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

N° del CAA: _____ N° de la EE: _____

Firma del CAA: _____ Fecha: _____

El Estado no reembolsará a la EE si el CAA no llena esta sección completa y correctamente cuando se envíe la solicitud.

¿Necesita ayuda?

¡Podemos ayudarle!

- Por teléfono – Podemos ayudarle a llenar la solicitud por teléfono.
- En persona – Un asistente capacitado le ayudará con la solicitud. Algunos asistentes pueden llenar su solicitud por Internet.
- ¡Le podemos ayudar en cualquier idioma!
- ¡*Toda la ayuda es gratis!*

Llame al: **1-800-880-5305**

TDD: **1-800-735-2929**

¿Puedo obtener ayuda por Internet?

Sí. Para más información sobre Healthy Families, visite: www.healthyfamilies.ca.gov y haga clic en “en español”.

¿Quién puede solicitar cobertura para un niño?

La madre, el padre, los padrastros, el tutor o un pariente a cargo de cuidarlo pueden solicitar cobertura. Los menores de edad emancipados pueden solicitar por sí mismos.

¿El niño o mujer embarazada debe ser ciudadano o nacional de EE UU?

No. Los inmigrantes documentados e indocumentados pueden calificar para Medi-Cal si satisfacen los requisitos. Algunos inmigrantes sólo pueden calificar para servicios de embarazo y de emergencia. Otros pueden calificar para beneficios de Medi-Cal completos.

Para Healthy Families, el niño tiene que ser ciudadano de EE UU, nacional o ser un inmigrante elegible. Para más información lea el manual de Healthy Families o haga clic en “FAQs” en: www.healthyfamilies.ca.gov.

¿Tengo que dar información de inmigración sobre todos mis familiares?

No. Ponga sólo información sobre los familiares que soliciten beneficios de salud.

Los padres no tienen que dar información sobre su inmigración si sólo solicitan para sus hijos.

La información sobre inmigración que nos da es privada y confidencial. Sólo la usamos para ver si es elegible. Tampoco usamos su información de inmigración para exigir pago de servicios recibidos legalmente.

¿Es privada la información que les doy?

Sí. Sólo usamos su información para ver si es elegible o para administrar los programas. Vea la página 7.

¿Tengo que pagar algo?

No para Medi-Cal.

Para Healthy Families no tiene que pagar ahora. Pero una vez inscrito, el costo será de \$4 a \$24 por mes, por cada niño, hasta un máximo de \$72 por familia. Si paga las primas de 3 meses completos ahora, ¡le daremos un mes gratis!

¿Qué pasa después de presentar la solicitud?

Si sus hijos son elegibles, le enviaremos una carta para decirle en qué programas podrán participar y cuándo empezará la cobertura. Su solicitud puede tardar hasta 45 días en ser procesada.

¿Cuándo sabré lo que pasa con mi solicitud?

Llámenos dentro de 10 a 15 días después de enviar la solicitud.

1-800-880-5305

¿Estarán todos mis hijos en el mismo programa?

Tal vez. Depende del número de personas en su familia, de sus ingresos y de la edad de los niños. Posiblemente tenga un niño más pequeño en Medi-Cal y un niño mayor en Healthy Families.

¿Qué pasa si no puedo enviar ahora copias de los documentos que necesitan?

La manera más rápida de solicitar cobertura es de enviar todos sus documentos ahora. Si no, envíelos lo antes posible. O envíelos por fax al:

1-866-848-4974

Si necesitamos más información, le hablaremos por teléfono y le enviaremos una carta.

Número de personas en la familia e ingresos familiares

¿Cómo usan mi información personal y financiera?

Nos fijamos en el número de personas en la familia y los ingresos familiares para ver si usted o sus hijos son elegibles para los programas. Es posible que no contemos a todos como parte de su familia. También es posible que no contemos el ingreso de todos. Nosotros haremos el cálculo.

¿A quiénes debo poner como familiares que viven en mi casa?

Debe poner a:

- Todos los hijos menores de 21 años que viven en su casa o que están estudiando y viven fuera de su casa, que usted pueda reclamar como dependientes en la declaración de impuestos
- Los padres naturales, adoptivos o padrastros que viven con un niño que solicita cobertura
- La mujer embarazada y su hijo por nacer (Si está casada, ponga también a su esposo.)
- El cónyuge de cualquier adolescente que viva en su casa
- Un menor de edad emancipado

No ponga a los:

- tíos
- primos
- sobrinos
- abuelos.

Pero si alguno de esos parientes desea Medi-Cal, marque "Sí" en la pregunta 38 de su solicitud.

¿Qué pasa si mis ingresos son demasiado altos para ser elegible?

Es posible que sus hijos sean elegibles porque descontamos de su ingreso familiar sus gastos por pagos de cuidado de los niños, mantenimiento de hijos, cuidado de personas a su cargo y mantenimiento del cónyuge. También descontamos hasta \$90 por cada familiar que trabaja o recibe Seguro por Discapacidad del Estado o Compensación del Trabajador.

Si aun así sus ingresos son demasiado altos, es posible que sus hijos califiquen para Healthy Kids. Vea la página 6.

¿Qué efecto tiene el mantenimiento de hijos o de cónyuge sobre mis ingresos?

Si paga mantenimiento de sus hijos o de su cónyuge, descontamos la cantidad que paga de sus ingresos familiares.

Si recibe mantenimiento para sus hijos o de cónyuge, contamos lo que recibe como parte de sus ingresos familiares, menos un máximo de \$50.

¿Descuentan de mis ingresos mis gastos de cuidado de mis hijos o de un dependiente discapacitado?

Descontamos estos gastos de sus ingresos familiares si:

- La persona que lo paga vive en su casa y
- Los adultos en su casa no pueden cuidar a la persona porque trabajan o se están entrenando para trabajar.

La cantidad máxima que podemos descontar depende de la edad de la persona que recibe el cuidado. Vea a continuación:

Niño menor de 2 años de edad	\$200
Niño de 2 años de edad o mayor	\$175
Dependiente discapacitado (de cualquier edad)	\$175

¿Qué pasa si mis ingresos cambiarán pronto?

Si sabe que sus ingresos familiares van a cambiar en los próximos meses por un ascenso, porque va a ser desempleado, o por otro cambio, adjunte una hoja separada y explique.

Por ejemplo:

Este mes mi cheque del trabajo fue de \$1000. Pero por lo general mi cheque es de \$800. El mes pasado gané \$200 más por horas extra. No habrá horas extra en los próximos 6 meses.

¿Qué es el ingreso "bruto"?

El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de que le descuenten los impuestos y otras cosas que le descuentan.

¿Cuáles son mis ingresos brutos si trabajo por cuenta propia?

Nos fijamos en su ganancia o pérdida (en su Formulario C del año pasado o en su Declaración de Ganancias y Pérdidas de los últimos 3 meses). Después añadimos sus gastos de comidas, entretenimiento y depreciación. Si perdió alguna cantidad de dinero en algún mes o durante el año, contaremos sus ingresos como \$0 para ese periodo de tiempo.

¿Está embarazada?

Las mujeres embarazadas pueden solicitar Medi-Cal para:

- Servicios de embarazo (incluyendo algunos servicios dentales), o
- Servicios completos de cuidado de salud.

¿Cómo solicito la cobertura?

Si sólo quiere servicios relacionados con el embarazo llene la solicitud y envíenos los documentos indicados en la página 2. Si quiere servicios de salud *completos*, también debe enviar prueba de embarazo del médico o clínica.

Su solicitud puede tardar hasta 45 días en ser procesada, y sólo entonces podrá saber si es elegible.

¿Puedo obtener servicios de embarazo antes?

Sí. Hay un programa que ofrece servicios inmediatos y temporales gratuitos relacionados con el embarazo a las mujeres que soliciten Medi-Cal. Se llama *Presumptive Eligibility for Pregnant Women*. Pregunte a su proveedor de salud si participa en este programa.

Para más información, llame al **1-800-824-0088**

¿Me reembolsarán por servicios relacionados con el embarazo mientras que se aprueba mi solicitud?

Si su solicitud se aprueba, es posible que Medi-Cal le reembolse lo que pagó por servicios relacionados con el embarazo que recibió durante los 3 meses antes de presentar su solicitud, incluso si los servicios no fueron prestados por un proveedor de Medi-Cal. Pero después de que envía su solicitud sólo le pueden devolver lo que pagó si obtiene servicios de un proveedor inscrito en Medi-Cal.

¿Qué pasa si no soy elegible para Medi-Cal?

Si sus ingresos son demasiado altos para Medi-Cal gratis, puede solicitar AIM. (AIM es la abreviatura de *Access for Infants and Mothers*.)

AIM es un programa para mujeres embarazadas sin seguro pero con ingresos demasiado altos para participar en Medi-Cal gratis.

Para más información, llame al: **1-800-433-2611**

O visite: **www.aim.ca.gov**

¿Cómo inscribo a mi recién nacido si ya tengo cobertura de Medi-Cal o AIM?

No tiene que llenar esta solicitud.

Si tiene **Medi-Cal**, póngase en contacto con su trabajador de elegibilidad para asegurarse de que su bebé esté cubierto desde que nace. O llene el *Formulario de Información de Recién Nacidos*. Imprima el formulario en: **http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/MEB%20Translated%20Forms/MC%20330%20_SP_.pdf**.

Si tiene **AIM**, es posible que su bebé sea elegible para Healthy Families desde el nacimiento. Póngase en contacto con Healthy Families para darles la información sobre el nacimiento de su bebé. Llame al: **1-800-880-5305**. O visite: **www.aim.ca.gov** y haga clic en "Afílie a su bebé".

Si no tengo Medi-Cal o AIM para mi embarazo, ¿puedo solicitar Healthy Families para mi bebé antes de que nazca?

Sí, haga lo siguiente:

1. Solicite Healthy Families cuando tenga al menos 6 meses de embarazo. Llene esta solicitud y marque la casilla en la página A1 (en la columna Hijo por nacer).
2. Junto con su solicitud envíe una nota de su médico o clínica que diga que está embarazada y la fecha de parto anticipada.
3. Si su bebé califica para Healthy Families, envíe prueba de nacimiento dentro de 30 días. La prueba de nacimiento puede ser:
 - una carta firmada por el proveedor de la salud que atendió el parto o por alguien del personal del hospital en que nació el bebé o
 - un acta de nacimiento del hospital o
 - un acta de nacimiento.

La prueba de nacimiento tiene que tener el nombre y apellido, la fecha de nacimiento, el lugar de nacimiento y el género del bebé.

¡Aviso importante! Si no estaba cubierta por AIM para su embarazo, la cobertura Healthy Families de su bebé empieza **13 días** después de que obtenemos prueba de nacimiento.

Otras preguntas

¿Qué pongo para etnicidad?

Escriba el grupo étnico al cual pertenece el niño o la mujer embarazada:

Nativo de Alaska	Hispano
Asiático americano	Japonés
Indio asiático	Coreano
Negro o afronorteamericano	Laosiano
Camboyano	Indígena norteamericano
Chino	Otro asiático
Filipino	Samoano
Guameño	Vietnamita
Hawaiano	Blanco
Otro	

¿Qué pasa si quiero Medi-Cal completo pero no tengo un número de Seguro Social?

Es posible que pueda obtener Medi-Cal completo si solicita un número de Seguro Social y nos lo da dentro de los 60 días.

Para obtener un número de Seguro Social, póngase en contacto con la Administración del Seguro Social: **1-800-772-1213** (sin cargo)

Si no puede obtener un número de Seguro Social, es posible que igual pueda obtener servicios de atención del embarazo y de emergencia.

¿Qué pasa si mi hijo tenía seguro de salud a través del trabajo de alguien más, pero éste terminó?

Si es elegible, Medi-Cal puede cubrirlo inmediatamente.

Healthy Families cubre a los niños elegibles a los 3 meses después de que se termina la cobertura. Si la cobertura finalizó por un cambio de condición en su trabajo, porque se mudó, terminaron los beneficios de todos los empleados, hubo un fallecimiento, separación legal o divorcio, o terminó la cobertura COBRA, es posible que califique antes para cobertura.

¿Me puede ayudar Medi-Cal a pagar servicios médicos pasados?

Sí. Es posible que Medi-Cal cubra sus gastos médicos (pagados o no) de hasta 3 meses antes de presentar la solicitud. Marque **Sí** en (23) de la solicitud.

¿Qué pasa si soy parte de una demanda y recibo dinero?

Si hay un fallo legal a su favor por un accidente o una lesión y Medi-Cal cubrió la atención de su salud, es posible que tenga que pagar a Medi-Cal lo que pagó por sus servicios con el dinero que le dieron.

¿Me ayudará Medi-Cal a pagar servicios médicos hasta que se apruebe mi solicitud?

Si quiere que Medi-Cal pague, verifique que su proveedor esté inscrito en Medi-Cal antes de obtener servicios. Es posible que Medi-Cal le reembolse lo que pagó por servicios que obtuvo de un proveedor inscrito después de que presente su solicitud.

¿Cómo elijo mi plan de salud de Medi-Cal?

Le enviaremos un paquete. Si no desea esperar, llame a Health Care Options, al **1-800-430-4263**. Le dirán si hay planes de salud de Medi-Cal en su condado.

Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska:

Si no califica para Medi-Cal gratis, puede obtener Healthy Families gratis. Verifique que marcó **Sí** en la casilla (52) de la solicitud. También tiene que enviar uno de los siguientes documentos (para el padre o el niño) ahora o dentro de los 2 meses de haberse inscrito:

- Documento de inscripción de su tribu reconocida federalmente, o
- Certificado de Grado de Sangre Indígena (CDIB) de la Dirección de Asuntos Indígenas, o
- Carta de Herencia Indígena de una clínica de cuidado de salud de indígenas en California.

¿Qué pasa si mis hijos no son elegibles para los programas?

Es posible que califiquen para otro programa de salud gratuito o de bajo costo para niños que no califican para Medi-Cal completo o Healthy Families.

En muchos condados el programa se llama *Healthy Kids*. Si el programa de su condado puede aceptar esta solicitud, se la enviaremos.

Para saber si su condado tiene un programa Healthy Kids, llame al: **1-800-880-5305**

Avisos de Healthy Families

Declaraciones

Declaro que cada persona para la que solicito cobertura:

- Es residente de California
- No está en la cárcel ni en un hospital mental
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B
- No es elegible para ningún Programa de Beneficios de Salud del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de California o si es elegible para algún Programa de Beneficios de Salud del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de California, pero el aporte del empleador para el/los dependiente(s) es de menos de \$10.

Declaro además que:

- Todas las personas que figuran en esta Solicitud seguirán las reglas de participación, el proceso de revisión de la utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes en que estén inscritas.
- Doy fe de la identidad de cada persona por la cual se hace la solicitud.
- Leí y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice sobre los planes de salud, dentales y de la vista y sobre los beneficios que ofrecen.
- Solicito cobertura para todos mis hijos que sean elegibles para Healthy Families, excepto si ya están inscritos o si sólo estoy solicitando cobertura para mi mismo.
- Doy permiso a Healthy Families para que verifique los ingresos de mi familia, la cobertura de salud, la condición de inmigración de las personas para las que solicito cobertura y otros datos en esta Solicitud.
- Acepto notificar al programa dentro de los 30 días de cualquier cambio de dirección de todas las personas aceptadas en el programa, así como cualquier cambio en la dirección postal del solicitante.

Privacidad

La ley requiere que proporcione la información requerida para solicitar participación en Healthy Families. (Título 10, CCR, Secc. 2699.6600) La información médica y personal que usted proporcione se empleará únicamente para identificarlo y administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con las agencias y los planes en los que desee inscribirse.

Información sobre ciudadanía e inmigración

La solicitud le pregunta sobre su condición de ciudadanía e inmigración. Tiene que contestar esas preguntas. Empleamos sus respuestas para administrar el programa y determinar si es elegible. Si usted es padre o tutor de un menor y no está solicitando cobertura para usted mismo, no compartiremos información sobre su inmigración con otras agencias, incluyendo las autoridades de inmigración. Si no responde a las preguntas, posiblemente negaremos su solicitud.

Etnicidad

A menos que esté solicitando beneficios basados en su ascendencia de indígena norteamericano, no tiene obligación de responder las preguntas sobre sus antecedentes.

Número del Seguro Social

No tiene obligación de dar su número del Seguro Social si no quiere hacerlo.

Acceso a sus datos

Tiene derecho a tener acceso a los datos mantenidos por Managed Risk Medical Insurance Board que contengan su información personal. Para hacerlo, póngase en contacto con:

Managed Risk Medical Insurance Board
Attn.: HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695

Avisos de Medi-Cal

Derechos, responsabilidades y declaraciones

Tengo derecho a:

- Que me traten justa y equitativamente independientemente de mi raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad o creencias políticas.
- Pedir un intérprete.
- Pedir una audiencia imparcial si me parece que una decisión sobre mi caso de Medi-Cal es injusta o incorrecta. Tengo que pedir la audiencia dentro de los 90 días de que me hayan enviado por correo postal la "Notificación de Acción". Para información sobre audiencias equitativas de Medi-Cal, llame sin cargo al 1-800-952-5253.

Tengo la responsabilidad de:

- Enviar un informe de condición cuando mi condado me lo pida.
- Informar dentro de los 10 días todos los cambios que ocurran en la información que proporcioné en esta Solicitud.
- Informar al condado si algún familiar solicita beneficios por discapacidad, está en una institución pública u obtiene atención médica por cualquier accidente o lesión causados por otra persona.
- Cooperar si se hace una revisión de mi caso.

Declaro que todas las personas para las que solicito cobertura:

- Viven en California.
- No están recibiendo asistencia pública de fuera de California.
- No están en la cárcel, prisión ni otra institución correccional.

Declaro además que:

- Entiendo que como condición de participación en Medi-Cal todos los derechos de mantenimiento médico y de pago de terceros se asignan automáticamente al Estado de California.
- Entiendo que si no soy elegible para este Programa de Medi-Cal, es posible que sea elegible para otros programas, y que tengo derecho a solicitar participación en ellos.
- Entiendo que si deliberadamente no doy datos necesarios o que si doy información falsa, me pueden negar o suspender beneficios y que es posible que tenga que pagar los servicios recibidos. También me pueden investigar por fraude.

Confidencialidad

La información que usted proporciona en esta Solicitud es privada y confidencial. Sólo se revelará según lo requiera la ley. (Código de Bienestar e Instituciones, Seccs. 10850 y 14100.2)

Privacidad

La ley requiere que los solicitantes de Medi-Cal respondan a todas las preguntas en esta solicitud que no estén indicadas como optativas. (Código de Bienestar e Instituciones Secc. 14011 y Título 22, Reglamentaciones CCR) La información personal y médica que proporcione se empleará únicamente para identificarlo y administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con agencias federales, estatales y locales.

Información sobre ciudadanía e inmigración

Si está solicitando beneficios, tiene que contestar las preguntas sobre la condición de ciudadanía e inmigración. Si usted es padre, madre o tutor y no está solicitando para sí mismo, no tiene que dar información sobre inmigración. Si está solicitando Medi-Cal completo, confirmaremos su situación de inmigración con Inmigración (USCIS) sólo para ver si califica. No compartiremos su información sobre inmigración con Inmigración ni con ninguna otra agencia por ningún otro motivo. Su solicitud estará incompleta si no contesta estas preguntas para las personas que soliciten y es posible que rechacemos su solicitud.

Números del Seguro Social

A menos que esté solicitando beneficios de emergencia o vinculados al embarazo, tiene que proporcionar su número del Seguro Social. (Código de Bienestar e Instituciones, Secc. 14011.2 y Ley de Seguro Social, Secc. 1137(a)(1)).

Acceso a sus datos

Tiene derecho a tener acceso a los datos que tiene el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud con su información personal. Para hacerlo, póngase en contacto con la oficina de salud y servicios humanos de su condado o con la oficina de servicios sociales.

Cuidado de salud gratis y de bajo costo que incluye:

- Cuidado preventivo
- Cuidado prenatal
- Salud mental
- Estadías en el hospital
- Visitas al médico
- Cuidado dental y de la vista
- Medicamentos recetados
- Atención de emergencia

¿Quiere saber si es elegible?

¡Envíe ya mismo su solicitud completada y los documentos necesarios! Le podremos decir si es elegible dentro de los 45 días. Para saber para qué plan puede ser elegible cada persona, busque en la tabla a continuación el número de personas en su familia, los ingresos mensuales (antes de descontar los impuestos y otras deducciones) y la edad de los niños. Tiene permitido descontar algunos gastos. Para más información, vea la página 4.

Válido hasta el 31 de marzo de 2012

Edad del niño ►	0 a 1 año o mujer embarazada	0 a 1 año	1 a 5 años		6 a 18 años	
Número de personas en su familia Una mujer embarazada = 2 personas* ▼	Medi-Cal	Healthy Families	Medi-Cal	Healthy Families	Medi-Cal	Healthy Families
1	\$0 - \$1,815	\$1,816 - \$2,269	\$0 - \$1,207	\$1,208 - \$2,269	\$0 - \$ 908	\$ 909 - \$2,269
2	\$0 - \$2,452	\$2,453 - \$3,065	\$0 - \$1,631	\$1,632 - \$3,065	\$0 - \$1,226	\$1,227 - \$3,065
3	\$0 - \$3,089	\$3,090 - \$3,861	\$0 - \$2,054	\$2,055 - \$3,861	\$0 - \$1,545	\$1,546 - \$3,861
4	\$0 - \$3,725	\$3,726 - \$4,657	\$0 - \$2,478	\$2,479 - \$4,657	\$0 - \$1,863	\$1,864 - \$4,657
5	\$0 - \$4,362	\$4,363 - \$5,453	\$0 - \$2,901	\$2,902 - \$5,453	\$0 - \$2,181	\$2,182 - \$5,453
6**	\$0 - \$4,999	\$5,000 - \$6,248	\$0 - \$3,324	\$3,325 - \$6,248	\$0 - \$2,500	\$2,501 - \$6,248

* Si espera más de un bebé, envíe una nota de su proveedor de salud que diga cuántos bebés espera. (Esto aumenta el tamaño de la familia.)

** Si hay más de 6 personas en su familia, llame al 1-800-880-5305.

Muchos niños y mujeres embarazadas son elegibles.

Depende del número de personas en la familia y de los ingresos familiares y de la edad de su niño. Incluso si no tiene papeles de inmigración, es posible que sea elegible para algunos servicios de Medi-Cal.

Si no es elegible, es posible que le recomendemos a un programa de seguro de bajo costo del condado llamado Healthy Kids u otro programa que pueda cubrir a sus hijos.

Es gratis o de bajo costo.

Medi-Cal es gratis, incluyendo las visitas al consultorio médico.

Healthy Families cuesta entre \$4 y \$24 por niño por mes, hasta un máximo de \$72 por familia.

Los servicios preventivos, como las vacunas, son gratis. Otros servicios tienen un copago de \$5 y \$15.

Los programas le permiten elegir su propio doctor. Y, la mayoría de los condados le dan opciones de planes de salud.

¡Llame hoy mismo — es una llamada gratis!

1-800-880-5305

TDD: 1-800-735-2929

Lunes a viernes de 8 a.m. – 8 p.m., o sábados de 8 a.m. – 5 p.m.

Visite Healthy Families en: www.healthyfamilies.ca.gov y haga clic en "en español".

MC 321 HFP Spanish (rev. 03/11)