



Hospital Presumptive Eligibility (HPE) Medi-Cal Application



Complete esta solicitud con un Proveedor Calificado de HPE para averiguar en tiempo real si usted reúne los requisitos para el Programa de Hospital Presumptive Eligibility (HPE). El Programa de HPE ofrece a personas calificadas (como pacientes y familiares) acceso inmediato a Medi-Cal temporal mientras se solicita la cobertura permanente de Medi-Cal u otra cobertura de salud.

¿Quién Reúne los Requisitos para HPE?

Para recibir HPE, las personas deben cumplir con las reglas siguientes.

- Tener ingresos bajo el límite mensual para el tamaño del hogar.
- Ser residente de California.
- No tener Medi-Cal.
- Si no está embarazada, no haber recibido beneficios del Período de Inscripción de PE para cualquier programa de PE de Medi-Cal, hasta el límite máximo permitido dentro de los últimos 12 meses de haberlo solicitado. Los Programas de PE de Medi-Cal se identifican en la tabla de la Sección 2 de las instrucciones.
- Si está embarazada, no haber tenido un Período de Inscripción de PE durante este embarazo.
- Y, ser elegible en uno de los siguientes grupos de HPE:

GRUPOS DE HPE	TOTAL DE PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN DE PE PERMITIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
Las personas en edades entre 18-25 que recibieron Foster Care a la edad de 18 (sin límite de ingresos)	1 Período de Inscripción de PE
Los niños menores de 19 años de edad	2 Períodos de Inscripción de PE
Los padres y pariente cuidador	1 Período de Inscripción de PE
Adultos de edades entre 19-64, que no están embarazadas, que no estén inscritos en Medicare, y que no reúnen los requisitos para ningún otro grupo mencionado arriba.	1 Período de Inscripción de PE
Mujeres embarazadas	1 Período de Inscripción de PE por embarazo

Si Reúne los Requisitos para HPE - ¿Qué Pasa Después?

- El día aprobado para la HPE, el hospital le dará una Benefits Identification Card (BIC) temporal de papel para que la firme y la use inmediatamente para recibir los servicios de Medi-Cal cubiertos temporalmente, tales como consultas médicas, hospitalización y algunos medicamentos recetados.
- **Si usted está embarazada**, puede obtener atención en consultorios externos o en otros lugares de la comunidad. HPE **no** cubrirá el costo si es admitida en el hospital y por eso es importante solicitar Medi-Cal. Los programas de Medi-Cal exclusivos para embarazos de alcance limitado pueden cubrir la hospitalización relacionada con el embarazo, labor y parto. Medi-Cal u otra cobertura de salud podría cubrir servicios hospitalarios adicionales. Puede solicitar el Medi-Cal Access Program llamando al 1-800-433-2611 o visite el sitio web en <http://mcap.dhcs.ca.gov/Home/default.aspx>
- El hospital le dará una solicitud de seguro asequible para solicitar Medi-Cal u otra cobertura de salud. Si no llena la solicitud de seguro asequible, su Período de Inscripción PE terminará el último día del mes siguiente en que fue aprobada para recibir PE.
Por ejemplo, si se le aprueba la cobertura de PE el 3 de julio, la cobertura de PE termina el último día de agosto.
- Si llena la solicitud de seguro asequible, su Período de Inscripción de PE para la cobertura de Medi-Cal terminará el último día en que se hizo la determinación de elegibilidad (aprobada o negada).
Por ejemplo, si se le aprueba la cobertura de PE el 3 de julio, y la determinación de elegibilidad de la solicitud para un seguro asequible se realizó el 25 de agosto, la cobertura de PE termina el 25 de agosto.

Las Personas Pueden Solicitar Medi-Cal y Otras Coberturas de Salud

Si usted prefiere presentar la solicitud en línea o por teléfono puede hacerlo en:

Covered California

- En línea: <https://www.coveredca.com/>
- Inglés: (800) 300-1506 | TTY: (888) 889-4500
- Español: (800) 300-0213

Si No Reúne los Requisitos para HPE - ¿Qué Pasa Después?

Si usted no reúne los requisitos para el Programa de HPE, no puede apelar la decisión de elegibilidad de PE, PERO puede solicitar Medi-Cal u otro seguro de salud llenando la solicitud de seguro asequible. Si hay errores o correcciones necesarias debido a problemas en el sistema, las personas pueden llamar al Centro de Servicio Telefónico al 1-800-541-5555 de Lunes a Viernes, entre las 8 a.m. y 5 p.m.

Hospital Presumptive Eligibility (HPE) Medi-Cal Application

*** NO ENVÍE ESTA SOLICITUD POR CORREO ***

Esta solicitud es para uso interno, para ayudar a los solicitantes, y se conserva para su archivo.

SECCIÓN 1: Brínden su Información. Información Personal y de Contacto

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	(Jr. Sr. II. etc.)	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social (opcional)		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
/ /		- -		
<input type="checkbox"/> Si se trata de una persona sin hogar, marque la casilla e indique a dónde podemos comunicarnos con usted, usando el espacio de dirección a continuación.		<input type="checkbox"/> Si es un participante de "Safe At Home" (Seguro en Casa), marque la casilla y conteste las siguientes preguntas. 1. ¿Cuál es la dirección de su P.O. Box, si la sabe? 2. ¿Cuál es su Identificador de Participante de "Safe At Home" (Seguro en Casa), si lo sabe?		
Dirección Particular (número y calle)		Ciudad	Estado	C.P.
Dirección postal (si es diferente que la anterior)		Ciudad	Estado	C.P.
¿Vive Usted en California? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿En qué condado vive?		
Mejor número de teléfono para contactarlo		Otro número de teléfono	Dirección de correo electrónico	
¿Qué idioma habla mejor?		¿Qué idioma lee mejor?		

SECCIÓN 2: Preguntas Adicionales

	Sí	No
1. ¿Ha estado inscrito en Medi-Cal a través de Presumptive Eligibility (PE) en los últimos 12 meses? Si contestó que sí, escriba el nombre del programa o programas de PE _____ y si es menor de 19 años, ¿cuántas veces lo recibió? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene Medicare actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene una State of California Benefits Identification Card (BIC), también llamada Tarjeta de Medi-Cal? En caso afirmativo, ¿cuál es el número de identificación de la tarjeta, (si está disponible)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene entre 18 y 25 años de edad y estuvo recibiendo Foster Care el mes de su cumpleaños número 18?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es usted el padre o madre de un niño o un pariente cuidador de un niño que vive con el paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Está embarazada? Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto (mm/dd/aaaa)? _____. Si ya es sabido, ¿cuántos bebés esperan? Nota: Si la persona está embarazada, los servicios recibidos se limitan únicamente a servicios prenatales ambulatorios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si está embarazada, ¿ha estado inscrita en Medi-Cal a través de Presumptive Eligibility durante este embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 3: Información Sobre Su Hogar y Sus Ingresos

¿Cuántos familiares viven en su casa? _____ (Incluya padres, cónyuge y cualquier hijo(a) menor de 21 años que viva en el hogar)	¿Cuál es el ingreso familiar del paciente antes del pago de impuestos? \$ _____ Mensual o \$ _____ Anual
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN 4: Firma y Declaración

Al firmar aquí, declaro que lo indicado más adelante es verdadero y correcto.

- He leído y entiendo esta solicitud de HPE de Medi-Cal.
- La información que proporcioné es verdadera, correcta y completa.

- Entiendo que debo completar y presentar la solicitud de aseguibilidad de seguro al finalizar mi período de PE para ser elegible para una cobertura continua.
- He recibido la solicitud de aseguibilidad de seguro.

Firma del solicitante o padre/esposo/tutor/menor emancipado

Relación con el solicitante (si procede)

Fecha (mm/dd/aaaa)

La persona tiene derecho a consultar los registros que contienen su información personal. La autoridad responsable de conservar la información contenida en esta solicitud es California Department of Health Care Services y Covered California. Esta información puede ser compartida con el County Department of Social Services en el condado en que reside la persona. La información médica de la persona será guardada por el proveedor de Hospital Presumptive Eligibility y Covered California.

INSTRUCCIONES

Hospital Presumptive Eligibility Medi-Cal Application

Página 1 de 2

SECCIÓN 1

Bríndenos Su Información: Información Personal y de Contacto

Información Personal de Contacto

- Escriba su apellido, primer nombre, segundo nombre y Jr., Sr., II, si así se indica, de lo contrario deje en blanco.
- Escriba su fecha de nacimiento (mes/día/año completo). (Ejemplo: 07/07/2014)
- Escriba su número de seguro social, si lo tiene. Marque la casilla para indicar su sexo.

Pregunta Para Personas Sin Hogar

- Marque la casilla si usted es una persona sin hogar. Todos los solicitantes deben rellenar el espacio del domicilio o dirección de correo electrónico.

Preguntas de Safe At Home (Seguro en Casa)

- Marque la casilla si usted es un participante de "Safe At Home" (Seguro en Casa).
 1. Escriba el P.O. Box, si lo tiene o lo sabe. De lo contrario, seleccione a "Desconocido".
 2. Escriba el ID de Participante de Safe At Home (Seguro en Casa), si lo sabe.

IMPORTANT: SAFE AT HOME (Seguro en Casa) es un programa de dirección confidencial de California que ayuda a las víctimas de violencia, proporcionándoles un servicio de apartado postal en la oficina de correos. A los solicitantes de HPE, que sean participantes de Safe At Home (Seguro en Casa), se permite que den su dirección de Safe at Home P.O. Box (apartado postal de Safe at Home) en lugar de su dirección particular. Los participantes de Safe At Home (Seguro en Casa) tienen una tarjeta de ID.

Dirección e Información de Contacto:

- Escriba su dirección de casa. (Si es una persona sin hogar, escriba una ubicación o dirección alternativa.)
- Escriba su dirección postal si es diferente a la dirección de la casa.
- Marque Sí o No si usted vive en California.
- Escriba el nombre del condado donde vive. (Si usted es una persona sin hogar, señale el área general del condado)
- Escriba sus números de teléfono con el código de área.
- Escriba su dirección de correo electrónico, si tiene uno.

INSTRUCCIONES

Hospital Presumptive Eligibility Medi-Cal Application

Página 2 de 2

SECCIÓN 2

Preguntas Adicionales

1. Marque Sí o No si usted ha estado inscrito en Medi-Cal a través de PE en los últimos 12 meses. Si contestó que sí, escriba el nombre del programa o programas de PE y si es menor de 19 años de edad, ¿cuántas veces lo recibió? Los Programas de PE de Medi-Cal aparecen en la siguiente tabla.

Nota: Los beneficios de la inscripción a la PE recibidos de cualquier programa de PE se limitan a los 12 meses anteriores a la solicitud para HPE, como se indica abajo.

Programas de PE de Medi-Cal	TOTAL DE PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN DE PE PERMITIDOS
1. HPE - Las personas en edades entre 18-25 que recibieron Foster Care a la edad de 18	1 Período de Inscripción de PE
2. HPE - Niños menores de 19 años de edad	2 Períodos de Inscripción de PE
3. HPE - Padres y parientes cuidador	1 Período de Inscripción de PE
4. HPE - Adultos entre las edades 19 a 64	1 Período de Inscripción de PE
5. HPE - Mujeres Embarazadas	1 Período de Inscripción de PE por Embarazo
6. Vía del Programa de Prevención de Discapacidad y Salud Infantil (CHDP)	2 Períodos de Inscripción de PE
7. Programa de Tratamiento de Cáncer Cervical y de Mama (TCCM)	1 Período de Inscripción de PE
8. PE para Mujeres Embarazadas	1 Período de Inscripción de PE por Embarazo

2. Marque Sí o No si usted tiene actualmente Medicare. Nota: A las personas que reúnen los requisitos para el grupo de adultos y que tienen Medicare actualmente no se les permite recibir PE.
3. Marque Sí o No si usted tiene una BIC. En caso afirmativo, especifique el número de la tarjeta, si se encuentra disponible.
4. Marque Sí o No si su edad se encuentra entre 18 y 25 años y estuvo recibiendo Foster Care durante el mes que cumplió 18 años.
5. Marque Sí o No si la persona es el padre o madre de un menor (menos de 18 años de edad) o un estudiante a tiempo completo de 18 años o el encargado de un niño que vive con la persona.
6. Marque Sí o No si usted está embarazada.
- Si está embarazada, incluya la fecha prevista del parto, si la sabe.
 - Escriba el número de bebés que se espera, si lo sabe.
7. Marque Sí o No si usted está embarazada y ha estado inscrita en Medi-Cal a través de PE durante este embarazo.

Nota: Los Períodos de Inscripción de PE para mujeres embarazadas se limitan a un (1) Período de Inscripción de PE, por embarazo.

SECCIÓN 3

Información Sobre Su Hogar y Sus Ingresos

- Escriba el número total de familiares que viven en su casa. Los familiares lo incluyen a usted, a sus padres si usted es menor de 21 años de edad y vive en el hogar, su cónyuge y todos los hijos menores de 21 años de edad que viven en el hogar.
- Escriba el total de los ingresos en su hogar antes del pago de impuestos, ya sea ingresos mensuales o anuales.

SECCIÓN 4

Firma y Declaración

- Las leyes estatales y federales exigen la firma de la persona. La firma indica que las afirmaciones y respuestas son veraces y correctas. Si no puede firmar la solicitud, un familiar puede hacerlo en su nombre.