

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Instrucciones para el padre o solicitante:

Para poder recibir hoy un examen de salud hoy sin costo, usted debe proporcionar la información que se solicita en este formulario. La información que proporcione es confidencial. Este es un programa voluntario.

Las preguntas con un asterisco (*) son requeridas.

¿Cuántas personas hay en la familia del niño?* _____

- La familia se refiere a la familia inmediata que vive en el hogar del niño. Por favor incluya al niño, a los padres del niño, a los hermanos del niño y al cónyuge del niño. Si alguna miembro de la familia está embarazada, incluya el número de bebés esperados. No incluya a otros familiares o amigos, aunque vivan con el niño.

¿Cuánto dinero gana su familia antes de impuestos?* \$ _____ O \$ _____
Mensual Anual

Usted o su hijo pueden ser elegibles para la cobertura continua de cuidados de salud a través de Medi-Cal o de los programas de asistencia con las primas de Covered California.

Quiero solicitar cobertura continua a través de Medi-Cal o programas de asistencia con primas de Covered California.* Sí No

- Si respondió *sí* a esta pregunta, una solicitud se le enviará por correo en unos días. Por favor complétela y devuélvala lo antes posible.
- Si respondió *no* a esta pregunta (o si respondió *sí* pero no devuelve el formulario de solicitud), la cobertura de los beneficios de salud, dental y visión terminara al final del próximo mes, a menos que el Department of Social Services del condado le notifique lo contrario.

Atención: Las solicitudes de Medi-Cal se pueden enviar en línea, por correo, por teléfono o en persona. Los solicitantes pueden firmar la solicitud con una firma telefónica llamando a la oficina de Medi-Cal de su condado.

- La información de contacto del condado está disponible en: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>
- La información sobre cómo presentar su solicitud está disponible en: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>
- El resultado de la solicitud de Children's Presumptive Eligibility (CPE) no afecta su capacidad ni la de su familia de solicitar Medi-Cal. Usted puede solicitar Medi-Cal en cualquier momento.

Información del solicitante

¿El solicitante tiene una State of California Benefits Identification Card (BIC) o una tarjeta de Medi-Cal?*

Sí No

Si es sí, ¿cuál es el número de identificación de la tarjeta BIC (si está disponible)? _____

Children's Presumptive Eligibility Pre-Enrollment Worksheet

Nombre del solicitante—Apellido*	Primer nombre*	Segundo nombre
----------------------------------	----------------	----------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)*	Sexo* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social (SSN) del solicitante
-----------------------------------	---	---

Si no tiene hogar, marque aquí

Dirección de domicilio	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------	-----------------------	--------	--------	---------------

Condado de residencia* ¿Vive en California?* Sí No

Dirección de domicilio	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------	-----------------------	--------	--------	---------------

Nombre de la madre—Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
-----------------------------	---------------	----------------------------

Si el solicitante es menor de un año, por favor complete esta sección.

Fecha de nacimiento de la madre (MM/DD/YYYY)	Número de tarjeta BIC, Medi-Cal o SSN de la madre
--	---

Información del padre/tutor legal

Nombre del padre/tutor legal o paciente menor emancipado—Apellido*	Primer nombre*	Inicial del segundo nombre
--	----------------	----------------------------

Número de teléfono del hogar	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono para mensajes
------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

¿Qué idioma se habla en el hogar?	¿Qué idioma lee mejor?
-----------------------------------	------------------------

Certificación

Yo estoy solicitando en el día de hoy Children's Presumptive Eligibility. Yo certifico que leí y comprendí este formulario. Declaro que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa.

Firma del padre/tutor o menor emancipado*	Relación con el solicitante*	Fecha*
---	------------------------------	--------

Un individuo tiene derecho a consultar los registros que contengan su información personal. La entidad oficial responsable de mantener la información es Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Se puede compartir una copia de la información con el Department of Social Services del condado en el que usted resida y el proveedor CPE de su hijo la incluirá en el expediente médico de su hijo.