

Programas De Acceso A La Salud Certificación de Elegibilidad del Cliente (CEC) para el Programa Family PACT

Número de identificación del cliente

Este formulario es propiedad de la Oficina de Planificación Familiar del Departamento de Salud Pública del Estado de California y no puede ser modificado o alterado.

Escriba todas sus respuestas en **letra de molde**. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, ingresos y seguro de atención de la salud son para determinar si es elegible para los servicios del programa Family PACT.

- Los proveedores tienen que guardar la copia original de este formulario en su registro médico.
- **Los espacios para el código son sólo para el uso del Proveedor.**
Code areas are for Provider use only. (See PPBI, Client Eligibility Certification Form Completion Section for code determinations.)

¿Actualmente está recibiendo beneficios o servicios de Medi-Cal? Sí No

¿Tiene una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC)? Sí No

Número de BIC	Fecha de emisión
---------------	------------------

¿Tiene un seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar? (Seguro privado, organización de mantenimiento de la salud (HMO), plan de atención administrada, seguro de salud para estudiantes, etc.) Sí No

¿Tuvo gastos de su propio bolsillo por servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos por el programa Family PACT en los 3 meses inmediatamente anteriores a su inscripción en el programa Family PACT?

¿Es necesario mantener la confidencialidad de los servicios de planificación familiar que usted recibe de su compañero/a, esposo/a o padres? ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted si necesitamos comunicarnos con usted? Sí No

Confidencialidad

Provider Use Only—CODE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr. o Sr.)
--------	----------------	----------	--------------------

¿El nombre que está usando actualmente es el mismo nombre que le dieron cuando nació? Si su respuesta es no, escribe a el nombre que le dieron cuando nació a continuación. Sí No

Nombre al nacer	Segundo nombre al nacer	Apellido al nacer	Sufijo (Jr. o Sr.)
-----------------	-------------------------	-------------------	--------------------

Número de nacimientos vivos	Condado en que reside	Provider Use Only—CODE	Código postal de nueve cifras
-----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-------------------------------

Sexo	Provider Use Only—CODE	Número del seguro social	Nombre de su madre
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		____ / ____ / ____	

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Lugar de nacimiento (condado, si es California)	Provider Use Only—CODE	Estado (si no es California)	Provider Use Only—CODE	País (si no es EE.UU.)	Provider Use Only—CODE
/ / ____						

Raza/étnica

1 <input type="checkbox"/> Asiático	2 <input type="checkbox"/> Negro	3 <input type="checkbox"/> Filipino	4 <input type="checkbox"/> Hispano
5 <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano	6 <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico	7 <input type="checkbox"/> Blanco	0 <input type="checkbox"/> Otro


Idioma Primario

3 <input type="checkbox"/> Inglés	1 <input type="checkbox"/> Armenio	2 <input type="checkbox"/> Cantonés	4 <input type="checkbox"/> Hmong
8 <input type="checkbox"/> Español	6 <input type="checkbox"/> Coreano	7 <input type="checkbox"/> Tagalog	5 <input type="checkbox"/> Khmer/Camboiano
			0 <input type="checkbox"/> Otro

Esta información se utilizará para ver si está inscrito (registrado) en algún programa de salud del estado. La información también se utilizará para verificar los resultados de salud y para evaluar el programa. No se divulgará su nombre. Todas las personas tienen derecho a examinar la información personal mantenida por el proveedor, a menos que esté exento por el artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

Favor de completar la información sobre su elegibilidad en el dorso de esta página.

Determinación de elegibilidad: Indique todos los miembros de la familia (usted, su cónyuge y sus hijos) que viven en su casa y se mantienen con los ingresos de la familia. Indique la fuente de todos los ingresos del trabajo o ingresos por ganancias o rentas, y la cantidad de los ingresos, incluyendo ingresos de salario, trabajo por cuenta propia, propinas, comisiones, pensiones, seguro social, mantención de los hijos y/o del cónyuge, pagos periódicos de seguro, discapacidad, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos, beneficios de desempleo, etc.

Nombre	Parentesco	Edad	Fuente del ingreso	Ingreso mensual bruto (Antes de los impuestos o deducciones.)
	(Usted mismo/a)			
Tamaño de la familia:			Ingreso Familiar	\$

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que la información que he dado en este formulario es verdadero, correcto y completo. Entiendo que si doy información falsa, es posible que no sea elegible para este programa.

Firma (o marca) del solicitante	Fecha	Firma del testigo de la marca o del intérprete	Fecha
---------------------------------	-------	--	-------

Sólo para uso de el proveedor (For provider use only)

Provider certification: Eligible for Family PACT Program/*Elegible para el programa Family PACT*
 Ineligible for Family PACT Program (Give applicant Fair Hearing Rights.)/
Inelegible para el programa Family PACT (Indicar al solicitante su Derecho de audiencia equitativa)

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified: Limited scope Unmet share-of-cost

Based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this Client Eligibility Certification is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of this form which includes the Fair Hearing Rights.

Print name	Signature	Date
Annual Certification: If client is decertified (no longer eligible)		Date
		Reason code (see Provider Manual)

Derecho de audiencia equitativa

Todos los que soliciten o reciban servicios del programa Family PACT tienen derecho a una audiencia relativa a la elegibilidad o a la obtención de servicios. Los solicitantes de dichos servicios o los que los reciben no tienen derecho a debatir los cambios que se realicen en las normas de elegibilidad o de beneficios del programa Family PACT.

Revisión de primer nivel: Si desea apelar ya sea la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios, envíe a la dirección a continuación su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y motivo por el que solicita una Revisión de primer nivel. El matasellos postal de las solicitudes de revisión de primer nivel debe contener una fecha que se halle dentro de los 20 días laborables a partir de la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios. Antes de emitir una decisión, la Oficina de Planificación Familiar podrá pedir, por teléfono o por escrito, información adicional al proveedor o al solicitante.

Audiencia formal: Puede solicitar una audiencia formal a no más de 90 días de la fecha en que fue notificado que no era elegible, que no le iban a proporcionar, o que se dejarían de proporcionar los servicios que quería. Si tiene un buen motivo por no haber podido solicitar una audiencia en el plazo de 90 días, igualmente puede solicitar una audiencia. Si proporciona *buena causa* es posible que le programen una audiencia. Proporcione toda la información solicitada, como su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicita la audiencia formal, y envíe la información a la dirección correspondiente a las audiencias formales a continuación. Si desea, también puede adjuntar una carta y explicar por qué cree que la medida tomada no es la correcta. También puede llamar al número de teléfono de Investigación y Respuesta Pública (Public Inquiry and Response) a continuación. Si le cuesta comprender inglés, no se olvide de indicar el idioma que habla para que se puedan hacer arreglos para ayudarlo con el idioma en la audiencia. Si tiene un representante autorizado, no se olvide de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Guarde una copia de su solicitud de audiencia como comprobante. Puede presentar su solicitud de audiencia formal de dos maneras:

Revisión de primer nivel
 California Department of Public Health
 Office of Family Planning
 P.O. Box 997420, Mail Station 8400
 Sacramento, CA 95899-7420

Audiencia formal
 California Department of Social Services
 State Hearings Division
 P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
 Sacramento, CA 94244-2430

o llame sin cargo a
 Department of Social Services
 State Hearings Division
 Public Inquiry and Response
 1-800-952-5253 ó 1-800-743-8525
 TDD 1-800-952-8349
 Fax: (916) 651-5210