Formulario de Revisión anual de derechos

Para continuar su cobertura de atención médica de Healthy Families

Instrucciones

Para continuar la cobertura de Healthy Families, usted debe llenar este formulario, anexar todos los papeles y enviar todo por correo a nuestras oficinas de manera que lo recibamos a más tardar el

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario llame al Healthy Families: ***1-888-439-4741,*** *de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*

Dirección postal De su casa

FAMILY MEMBER NUMBER:

Casa: Trabajo: Mensajes:

¿Son correctos su nombre y dirección?

Si alguna información está mal, por favor táchela. Escriba la información correcta a un lado.

1. Niños que *ya* están en Healthy Families.

¿Aún viven en su casa los niños indicados abajo? Si no es así, tache sus nombres. ¿Alguno de los niños tiene ingresos? Por ejemplo, mantenimiento infantil. Si es así, escriba sus ingresos. Usted tendrá que enviar por correo una prueba de ingresos con este formulario. Si tiene alguna pregunta sobre ingresos, lea el folleto ***Miembros de la familia e ingresos*** *que llegó con este formulario.*

Hijo *en* Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con	Ingresos mensuales del niño, si los hay

2. ¿Alguna de estas personas ha tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? ❑ Sí ❑ No

Si es así ¿quién? _____

¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

¿Preguntas? Llame al 1-888-439-4741, *de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita*

3. Ingresos del solicitante y otro adulto.

Llene la información de abajo. Usted tendrá que enviar por correo prueba de ingresos con este formulario. Si tiene alguna pregunta sobre ingresos o sobre quién cuenta como adulto viviendo en el hogar, lea el folleto ***Miembros de la familia e ingresos*** *que llegó con este formulario.*

Si los adultos de abajo no viven en la casa, por favor táchelos y agregue los nombres de quienes vivan en la casa.

Miembros de la familia adultos que viven en la casa	**Parentesco con**	**Parentesco con los niños**	**Ingresos netos** (antes de impuestos)	**¿Qué tan seguido recibe sus ingresos?**
	Solicitante	❑ Padre ❑ Padrastro ❑ Otro _____	$ Envíe prueba de ingresos	❑ una vez a la semana ❑ cada dos semanas ❑ dos veces al mes ❑ una vez al mes
		❑ Padre ❑ Padrastro ❑ Otro _____	$ Envíe prueba de ingresos	❑ una vez a la semana ❑ cada dos semanas ❑ dos veces al mes ❑ una vez al mes

4. Niños que vivan en la casa que <u>no</u> estén en Healthy Families en este momento.

- Tache a todos los niños que ya no vivan en la casa. Nota: Si algún niño asiste a la escuela en otra población y es deducido como dependiente fiscal, éste será considerado como que vive en casa.
- Escriba los ingresos mensuales de los niños si los tienen.
- ¿Le gustaría que alguno de estos niños estén en Healthy Families? Marque la casilla "Sí" o la casilla "No".
- Si quiere que algún niño que no esté anotado aquí esté en Healthy Families, usted tendrá que llenar un **Formulario para agregar una persona**.

Niño que *no* está en Healthy Families	**Fecha de nacimiento**	**Parentesco con**	**Ingresos mensuales del niño, si los hay**	**¿Quiere que el hijo esté en Healthy Families?**
				❑ **Sí** ❑ **No**
				❑ **Sí** ❑ **No**
				❑ **Sí** ❑ **No**
				❑ **Sí** ❑ **No**
				❑ **Sí** ❑ **No**
				❑ **Sí** ❑ **No**
				❑ **Sí** ❑ **No**
				❑ **Sí** ❑ **No**

5. ¿Alguna de estas personas han tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? ❑ Sí ❑ No

Si es así ¿quién? _____

¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

6. ¿Hay otros niños viviendo en la casa que no estén anotados en las Preguntas 1 ó 4?

- Si hay algún otro niño en la casa, anótelo aquí. Si tiene alguna pregunta sobre a quién anotar, lea el folleto ***Miembros de la familia e ingresos*** *que llegó con este formulario.*
- Si usted o alguna otra adulta del hogar está embarazada, escriba "hijo por nacer" en el área de "Hijo" de abajo.
- Si quiere hacer una solicitud por estas personas ahora, marque en la casilla "Sí". Usted tendrá que llenar el **formulario para Agregar una persona.**

Niño que no esté en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Ingresos mensuales del niño, si los hay	Parentesco con	¿Quiere que el hijo esté en Healthy Families?
		$ Envíe prueba de ingresos	❑ hijo ❑ hijastro ❑ otro	❑ Sí ❑ No
		$ Envíe prueba de ingresos	❑ hijo ❑ hijastro ❑ otro	❑ Sí ❑ No
		$ Envíe prueba de ingresos	❑ hijo ❑ hijastro ❑ otro	❑ Sí ❑ No

7. ¿Alguien más de su casa está embarazada? ❑ Sí ❑ No

Si es así, escriba el nombre de la embarazada _____

8. Deducciones por gastos.

Si usted paga guardería infantil o cuidado de una persona incapacitada o si paga mantenimiento infantil o pensión por alimentos por orden de un juez, posiblemente pueda restar (deducir) esos costos de los ingresos de su hogar. Llene la información de abajo. Sólo anote los gastos pagados por los padres de este formulario. Usted tiene que enviar por correo pruebas de gastos con este formulario. Las pruebas pueden ser copias de sus facturas o de la orden de un juez. *Si tiene alguna pregunta sobre gastos deducibles, lea el folleto* ***Miembros de la familia e ingresos*** *que llegó con este formulario.*

Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por niños menores de 2 años. (El máximo permitido es de $200 por niño)	$ Envíe prueba de gastos
Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por niños de 2 años y mayores. (El máximo permitido es de $175 por niño)	$ Envíe prueba de gastos
Gastos por cuidado de un dependiente incapacitado que usted paga mensualmente. El máximo permitido es de $175 por persona recibiendo cuidado).	$ Envíe prueba de gastos
Cantidad mensual de pensión por alimentos ordenada por un juez que usted paga mensualmente	$ Envíe prueba de gastos
Cantidad mensual de mantenimiento infantil ordenada por un juez que usted paga mensualmente.	$ Envíe prueba de gastos
Por cada padre que trabaja, deduciremos hasta $90 por gastos relacionados con el trabajo.	

9. Firme el formulario.

Yo, el solicitante, afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que un cambio de ingresos desde el año anterior puede causar un cambio en la cuota mensual o puede causar que mis hijos no reúnan los requisitos para Healthy Families Program.

➨ Firma: _____ Fecha:_____

10. Lea estas declaraciones y firme con su nombre debajo de cada una si ésta es verdadera.

Autorización para enviar el formulario de Revisión anual de derechos a Medi-Cal:
Si mi hijo no reúne los requisitos para Healthy Families porque mis ingresos están por debajo de los lineamientos de Healthy Families, solicito que este formulario sea enviado al condado y tratado como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.

➨ Firma: _____ Fecha:_____

Medi-Cal necesita números del Seguro Social. Si usted quiere que sus hijos tengan Medi-Cal, vuelva a las Preguntas 1 y 2 y escriba el número de Seguro Social junto al nombre de cada niño.

Permiso para compartir información con la siguiente persona:
Doy permiso a Healthy Families Program y Medi-Cal Program para dar información por teléfono sobre la situación de esta solicitud a un Asistente certificado de solicitudes de la Entidad de inscripción nombrada. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe los resultados de la determinación de derechos de esta solicitud:

Nombre: _____

➨ Firma: _____ Fecha:_____

Asistencia certificada con la solicitud:
(El reembolso está sujeto a las asignaciones del presupuesto de Healthy Families Program. El estado no emitirá un reembolso a menos que esta sección esté completamente llena al momento de presentar este formulario.

Certifico que recibí ayuda para llenar este formulario del Asistente certificado de solicitudes (CAA) anotado abajo. La ayuda de este CAA fue gratuita.

Nº del CAA _____ Nº del EE_____ Firma del CAA_____

11. Envíe el formulario por correo o fax a Healthy Families.

Envíe por correo el formulario, la prueba de ingresos y los papeles de prueba de gastos a:

Healthy Families
PO Box 138010
Sacramento, CA 95813-8010

O puede enviar por fax el formulario y los papeles al:

Fax: 1-866-848-4975 El fax es gratuito.

Escriba su Family Member Number en todos los papeles que envíe. Su Family Member Number es el: