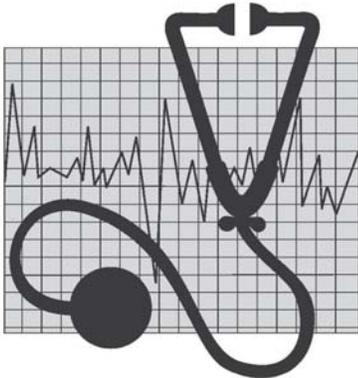


MEDI-CAL DE TRANSICIÓN

MEDI-CAL PARA PERSONAS QUE TRABAJAN



¿ES POSIBLE QUE SU FAMILIA PUDIERA RECIBIR CUIDADO MÉDICO GRATUITO!

Medi-Cal* de Transición (TMC) es para familias de California que, debido a sus ingresos provenientes de un trabajo, ya no califican para recibir asistencia monetaria de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) o Medi-Cal para familias de bajos ingresos. Es posible que todos los miembros de la familia aún reciban Medi-Cal sin costo hasta por 12 meses.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TMC Y OTROS TIPOS DE COBERTURA PARA EL CUIDADO MÉDICO

Si acaba de conseguir un trabajo o si acaba de empezar a recibir más dinero de su trabajo, pero se discontinuó su asistencia monetaria o su Medi-Cal por otra razón, asegúrese de avisarnos. Para notificarle a su trabajador acerca de su trabajo, aumento de salario, o trabajo por cuenta propia y para pedir TMC, complete el formulario en la siguiente página y devuélvalo al departamento de bienestar público del condado.

Para recibir los primeros seis meses de TMC, usted tiene que:

- haber estado recibiendo asistencia monetaria de CalWORKs o Medi-Cal para familias de bajos ingresos, y
- tener un niño en el hogar.

Para recibir los otros meses de TMC, también tiene que:

- continuar trabajando, y
- ganar menos de cierta cantidad, y
- reportar sus ingresos ganados cada trimestre.

Después de que la cobertura de TMC se discontinúe, es posible que los niños de la familia pudieran recibir cobertura de otro tipo de Medi-Cal o del Programa de Familias Saludables (*Healthy Families Program*).

EXTENSIÓN DE MEDI-CAL PARA FAMILIAS QUE RECIBEN MANTENIMIENTO DE HIJOS

Las familias que han perdido su asistencia monetaria de CalWORKs o sus beneficios de Medi-Cal para familias de bajos ingresos debido a que recibieron un aumento en el mantenimiento de hijos/esposa(o) pudieran recibir una extensión de cuatro meses en sus beneficios de Medi-Cal. **Si usted quiere recibir este tipo de Medi-Cal, necesitamos que nos informe acerca de estos cambios. Por favor, complete la siguiente página.**

Si necesita ayuda para comprender esta notificación, comuníquese con su trabajador del condado.

***Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)**

PETICIÓN PARA UNA EXTENSIÓN DE MEDI-CAL O PARA MEDI-CAL DE TRANSICIÓN

¿Se discontinuó su Medi-Cal o su asistencia monetaria de CalWORKs y:

- tiene usted ingresos ganados de un trabajo o un negocio que usted comenzó, o tuvo un aumento en su salario? SÍ NO
- empezó a recibir mantenimiento de hijos/esposa(o) o tuvo un aumento en estos pagos? SÍ NO

Si contestó “SÍ” a cualquiera de estas preguntas, es posible que usted y otros miembros de su familia aún califiquen para recibir beneficios de Medi-Cal. Complete este formulario y adjunte talones de cheques de pago u otras pruebas de sus ingresos ganados. Si usted trabaja por cuenta propia, anote sus gastos del negocio en una hoja de papel por separado y adjunte pruebas de sus ingresos y gastos.

Devuelva esta petición a:

Si la información que nos proporciona está completa y podemos determinar por medio de la información en el expediente de su caso que usted es elegible, le incluiremos a usted y a los miembros elegibles de su familia en un programa de extensión de los beneficios de Medi-Cal, tal como el programa de Medi-Cal de Transición. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted.

Declaro bajo pena de perjurio que toda la información que proporciono es verdadera y correcta.

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
FIRMA	NÚMERO DE TELÉFONO ()	FECHA
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
FIRMA DEL TESTIGO, INTÉRPRETE, O PERSONA QUE AYUDA	NÚMERO DE TELÉFONO ()	FECHA