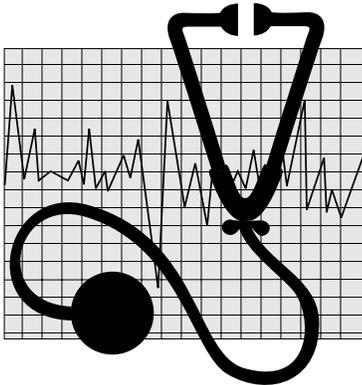


## MEDI-CAL DE TRANSICION

### MEDI-CAL PARA PERSONAS QUE TRABAJAN



### ¡SU FAMILIA PUDIERA RECIBIR CUIDADO MEDICO GRATUITO!

**Medi-Cal\* de transición (TMC)** es para familias de California que 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 debido a sus ingresos provenientes de un trabajo. Es posible que todos los miembros de la familia aún reciban Medi-Cal sin costo hasta por 12 meses. Los adultos pudieran recibirlo hasta por 24 meses.

### INFORMACION IMPORTANTE SOBRE TMC Y OTROS TIPOS DE COBERTURA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Si acaba de conseguir un trabajo o 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 decirnos. Para notificarle a su trabajador acerca de su trabajo, aumento en su salario, o trabajo por cuenta propia y para pedir TMC, complete el formulario en el reverso de esta hoja y devuélvalo al departamento de bienestar público del condado.

#### Para recibir los primeros 6 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 recibir TMC el primer año, los padres que están trabajando pueden recibir 12 meses adicionales, por un total de 24 meses, y sus hijos pueden recibir otro tipo de Medi-Cal o cobertura bajo el programa para Familias Saludables (*Healthy Families program*).

### EXTENSION DE MEDI-CAL PARA FAMILIAS QUE RECIBEN MANTENIMIENTO DE HIJOS

Las familias que pierdan su asistencia monetaria de CalWORKs o su 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, nosotros necesitamos que nos informe acerca de estos cambios. Por favor complete el reverso de este formulario.**

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

## PETICION PARA UNA EXTENSION DE MEDI-CAL O PARA MEDI-CAL DE TRANSICION

---

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

- tiene usted ingresos provenientes de un trabajo, un negocio que usted comenzó, o un aumento en sus ingresos? .....  SI  NO
- empezó a recibir pagos de mantenimiento de hijos/esposa(o), o tuvo un aumento en estos pagos? .....  SI  NO

Si contestó “SI” a cualquiera de estas preguntas, es posible que usted u otros miembros de su familia aún reúnan los requisitos para recibir Medi-Cal. Complete este formulario y adjunte los talones de cheque 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 usted nos da está completa y podemos verificar por medio de la información en su expediente que reúne los requisitos, 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 pondremos en contacto con usted.

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

NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
FIRMA	NUMERO DE TELEFONO (     )	FECHA
DIRECCION	CIUDAD	CODIGO POSTAL
FIRMA DEL TESTIGO, INTERPRETE, O DE LA PERSONA QUE AYUDO	NUMERO DE TELEFONO (     )	