

FORMULARIO DE VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD E INGRESOS

Nombre del trabajador : _____
Número del trabajador : _____
Número de teléfono : _____
Número del caso : _____
Fecha : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Cuando usted solicitó asistencia monetaria, estampillas para comida, y/o beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal), le dijimos que revisaríamos sus ingresos y recursos a través de diferentes agencias para verificar la información que reportó.

Tenemos algunos datos que son diferentes a los que usted nos proporcionó. Se trata de:

- los ingresos ganados
- los Beneficios de Seguro contra Desempleo
- los Beneficios de Seguro Social o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)
- el Seguro contra la incapacidad o discapacidad
- cuentas de bancos/acciones/bonos
- otros _____

Los datos son:

Usted tiene que decirnos antes de _____, si cree que estos datos son correctos o no.

- Si cree que estos datos no son correctos, necesita decirnos por qué.
- Si estos datos son correctos, su(s)
 - Asistencia Monetaria
 - Estampillas para Comida
 - Medi-Calpuede(n) cambiar o ser descontinuada(s). Usted recibirá una notificación de acción.
- Si usted recibe beneficios de asistencia monetaria y no nos hace saber los datos antes de la fecha mencionada arriba, es posible que nosotros verifiquemos estos datos con las fuentes que los proporcionan.
- Si usted recibe estampillas para comida y no nos hace saber los datos antes de la fecha mencionada arriba, recibirá una Notificación de Acción para suspenderle sus estampillas para comida.
- Si usted recibe Medi-Cal y no nos da a saber los datos antes de la fecha mencionada arriba, es posible que nosotros los verifiquemos con las fuentes que los proporcionan. Dependiendo de la información que nos proporcione, sus beneficios de Medi-Cal pueden cambiar o ser descontinuados. Usted recibirá una notificación de acción.