

Solicitud de Medi-Cal para jóvenes que anteriormente estuvieron en hogares de crianza temporal (Foster Care)

Solicitud nueva

Redeterminación

Solicitud de cobertura retroactiva por ____ meses

COUNTY USE ONLY

Case Name: _____

Case Number: _____

Date of Discontinuance: _____

Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/yy)	Sexo Hombre Mujer	
Número de teléfono	Número de celular	Número de seguro social	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la anterior) (número, calle, casilla)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico			

¿Estuvo en un hogar de crianza temporal cuando cumplió 18 años o después? Sí No No estoy seguro

¿En cuál estado estaba su hogar de crianza temporal (por ejemplo, California)? _____

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del State of California, que las respuestas que he proporcionado en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma	Fecha
-------	-------

Instrucciones

Si está completando esta solicitud, es porque se encontraba en cuidado de crianza temporal (foster care). Si estuvo en cuidado de crianza en cualquier estado o tribu, puede reunir los requisitos para unirse al programa de Medi-Cal para jóvenes que anteriormente estuvieron en hogares de crianza temporal (foster care). Usted podría tener derecho a recibir los beneficios de Medi-Cal sin costo. Sus ingresos o recursos (por ejemplo, un automóvil) no importan, y no necesita proporcionar la información de sus ingresos o recursos para que pueda recibir cobertura de Medi-Cal.

Una vez que haya completado este formulario, puede devolverlo a la oficina local de servicios sociales del condado en persona, por fax al (626) 927-9650, o a través de BenefitsCal.com. También puede obtener ayuda llamando al (626) 312-6131 o enviando este formulario por correo a:

Medi-Cal Outreach District #16
Attn.: Former Foster Care Youth Coordinator
P.O. Box 5270
El Monte, CA 91731

Si se muda dentro de California, aún tendrá derecho a recibir Medi-Cal, pero deberá notificar a su trabajador de elegibilidad del condado de su cambio de dirección. Si se muda fuera del condado en que vivía cuando presentó la solicitud, el trabajador del condado tendrá que cambiar la información de su caso para que pueda continuar recibiendo cobertura médica sin problemas.

Si se muda fuera del estado, aún puede tener derecho a recibir beneficios médicos en el nuevo estado, pero deberá solicitar los beneficios en el nuevo estado de residencia.

Declaración de privacidad del DHCS

Este formulario sirve para recibir beneficios a través del Department of Health Care Services (DHCS). La información médica y personal que usted proporcione al respecto es privada y confidencial. El DHCS la necesita para identificarlo a usted y a las otras personas incluidas en este formulario y para administrar nuestros programas. Compartiremos su información con otras agencias, contratistas, planes de salud y programas estatales, federales y locales únicamente para la administración de programas y con otras agencias estatales y federales según exija la ley.

Debe contestar todas las preguntas en este formulario a menos que estén marcadas como "opcional". Si falta alguna información en su formulario que sea necesaria para nosotros, nos comunicaremos con usted para pedírsela. Si no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre sus beneficios. Posiblemente tendría que presentar una nueva solicitud o se le pueden denegar los servicios.

En la mayoría de los casos, tiene el derecho de ver su información personal que se encuentra en los registros estatales y federales. Puede verla en un formato alternativo (como caracteres grandes) si usted lo necesita. Para obtener más información, comuníquese con la Unidad de Protección de la Información del DHCS a:

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Estas leyes estatales nos dan el derecho de recopilar y conservar la información: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. De conformidad con el CA Civil Code § 1798.17, debemos proporcionarle este Declaración de Privacidad.