

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 (Mes/Día/Año) | Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| Número de teléfono () | Número de celular | Número de Seguro Social | |
| Dirección (número, calle) | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección postal (si es diferente) (número, calle, apartado postal) | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección de correo electrónico | | | |
| ¿Estuvo en un hogar de crianza temporal cuando cumplió 18 años o después? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 estado de 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 el programa de Medi-Cal para jóvenes que anteriormente estuvieron en hogares de crianza temporal. 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 en persona, o por fax al (626) 927-9650. También podrá solicitar por teléfono llamando al (626) 312-6131 o enviando por correo este formulario a:

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

También puede solicitar vía Internet a través de Sus Beneficios Ahora (YBN) en: dpsbenefits.lacounty.gov

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 su 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 Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (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
Teléfono: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Estas leyes estatales nos dan el derecho de recopilar y conservar la información: Código de Bienestar e Instituciones de California § 14011 y Artículo 3, Capítulos 5 y 7, Partes 2 y 3, División 9. De conformidad con el Código Civil de California § 1798.17, debemos proporcionarle esta Declaración de Privacidad.