



	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Mujer embarazada	Hijo por nacer
16) Etnicidad – Opcional (Vea la página 6.)					
17) Lugar de nacimiento Condado Estado o país extranjero					
18) N° del seguro social (Vea las páginas 6 y 7.)	<i>Opcional para solicitantes de Healthy Families o para quienes sólo soliciten servicios de atención de emergencia o del embarazo.</i>				
19) ¿Ciudadano o nacional de EE UU? (Vea las páginas 3 y 7.) Si No, fecha de entrada a EE UU	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  mes / día / año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  mes / día / año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  mes / día / año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  mes / día / año	
20) N° de tarjeta de beneficios Medi-Cal (BIC), si lo tiene:					
21) ¿Tiene esta persona otro seguro de salud, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
22) ¿Tuvo este niño seguro de salud a través del trabajo de alguien más en los últimos 3 meses? (Vea la página 6.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y marque abajo la razón) mes / día / año <input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Escriba la fecha en que terminó y marque abajo la razón) mes / día / año <input type="checkbox"/> Perdió el empleo <input type="checkbox"/> Cambio de condición de trabajo <input type="checkbox"/> Se mudó y no hay seguro disponible <input type="checkbox"/> El empleador terminó los beneficios de todos los empleados <input type="checkbox"/> Fallecimiento, divorcio o separación legal <input type="checkbox"/> La cobertura COBRA terminó <input type="checkbox"/> Otro _____	
23) ¿Esta persona quiere solicitar Medi-Cal para cubrir los gastos médicos de los últimos 3 meses? (Vea la página 6.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
24) Nombre de la madre: Apellido Nombre Segundo Nombre ¿Vive este niño con la madre?					
25) Nombre del padre: Apellido Nombre Segundo Nombre ¿Vive este niño con el padre?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Recorte aquí

**Si necesita más espacio, haga una copia de esta página o adjunte otra página.**

**Número de personas en la familia** Escriba los nombres de **todos** los demás familiares que vivan en la casa. Incluya a niños menores de 21 años de edad, a los padrastros, al esposo de una mujer embarazada y al esposo/a de un adolescente que viven en la casa. **No** incluya a tíos, sobrinos, ni abuelos. (Para más información, vea la página 4.)

	Nombre	Género	Fecha de nacimiento	¿Qué parentesco tiene con la persona en ①?		
26		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____
27		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____
28		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____/____/____ mes día año	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Novia	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro _____

29 ¿Está embarazada alguna persona que viva en la casa? .....  Sí  No  
 Si está, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_ Fecha esperada del parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 mes día año

**Ingresos de la familia** Escriba el ingreso de **todas** las personas mencionadas en esta solicitud. Incluya el mantenimiento de hijos y del cónyuge recibido, si lo hay. (Anoté cada fuente de ingreso en un renglón por separado.)

	Nombre de la persona con ingreso (Los niños que están en la escuela no tienen que poner sus ingresos de trabajo.)	Fuente del ingreso (trabajo, seguro social, pensiones, etc.)	¿Cada cuánto recibe el ingreso? (cada semana, cada quincena, cada mes)	¿Cuánto es el ingreso? (ingreso total bruto)	Número del seguro social (opcional)
30				\$	
31				\$	
32				\$	
33				\$	
34				\$	

**Gastos** Escriba los gastos mensuales de la persona en ① y de todas las personas indicadas arriba.

- 35 Cuidado de niños o de dependientes con discapacidades  
 Para (nombre del niño o dependiente): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_  
 Para (nombre del niño o dependiente): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_  
 Para (nombre del niño o dependiente): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_
- 36 Mantenimiento de hijos ordenado por la corte  
 Pagado a: \_\_\_\_\_ Pagado por: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_  
 Pagado a: \_\_\_\_\_ Pagado por: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_
- 37 Mantenimiento del cónyuge ordenado por la corte  
 Pagado a: \_\_\_\_\_ Pagado por: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_

**Información sobre el hogar**

- 38 ¿Desea Medi-Cal la persona en ①, alguna de las personas mencionadas arriba o alguna otra persona en el hogar? .....  Sí  No  
 ¿Si contestó sí, quien? \_\_\_\_\_ (Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted.)
- 39 ¿Tiene el niño o alguien en el hogar una discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo y desea Medi-Cal? .....  Sí  No  
 ¿Si contestó sí, quien? \_\_\_\_\_ (Si contestó sí, nos pondremos en contacto con usted para ver si califica.)
- 40 ¿Está involucrado alguno de los solicitantes en una demanda relacionada con una lesión o un accidente? (Para más información, vea la página 6.) .....  Sí  No
- 41 ¿Hay más de un carro en la casa? (Opcional) .....  Sí  No
- 42 ¿Hay más de \$3,150 en las cuentas bancarias de la familia? (Opcional) .....  Sí  No

Recorte aquí

## A menos que marque abajo, los programas de salud pueden compartir su información:

- 43  Enviaremos su solicitud a Healthy Kids o a un programa similar del condado si su hijo no califica para Medi-Cal completo o Healthy Families. Si no quiere que la enviemos, marque aquí. *(Para más información, vea la página 6.)*
- 44  Medi-Cal compartirá la solicitud de su hijo con Healthy Families si su hijo deja de calificar para Medi-Cal gratis en el futuro. Si no desea que la enviemos, marque aquí.

## Elija sus planes de Healthy Families:

Escriba abajo el nombre o el código de los planes que quiere. Si necesita ayuda, consulte el manual de Healthy Families, o llame al 1-800-880-5305. O visite [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov) y haga clic en "en español".

- |  |   |
|--|---|
| 45 Plan de salud _____<br>Nombre                      Código | 46 Doctor o clínica _____<br><i>(Opcional)</i> Nombre                      Código             |
| 47 Plan dental _____<br>Nombre                      Código   | 48 Dentista o clínica _____<br><i>(Opcional)</i> Nombre                      Código           |
| 49 Plan de vista _____<br>Nombre                      Código | 50 Doctor o clínica de la vista _____<br><i>(Opcional)</i> Nombre                      Código |

## Marque todas las casillas que lo describen a usted:

- 51  Indígena norteamericano     Trabajador forestal     Trabajador agrícola     Trabajador en la pesca

*Si marcó alguna de estas casillas, es posible que sea elegible para el Plan de Población Especial, que cubre a su hijo en todos los condados de California. Busque el código de este plan especial en su manual de Healthy Families o en [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov).*

## ¿Es usted (o el niño que solicita cobertura) indígena norteamericano o nativo de Alaska que quiere atención de la salud gratis de Healthy Families?

- 52  Sí     No    *Si contestó sí, vea la página 6.*

## Disputas con el Programa Healthy Families

Cada plan tiene sus propias reglas para resolver disputas sobre la prestación de servicios y otras cuestiones. Algunos planes requieren que usen arbitraje obligatorio para estas disputas; otros no. Algunos planes dicen que los reclamos de negligencia médica se deben resolver con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que elige requiere el arbitraje obligatorio, usted renuncia a su derecho a un juicio por jurado y la disputa no se puede resolver en un tribunal. Si quiere saber cómo un plan resuelve sus disputas, llame al plan o consulte su Manual de HFP. O visite: [www.healthyfamilies.ca.gov](http://www.healthyfamilies.ca.gov) y haga clic en "en español".

## Declaración y firma *(obligatorio)*

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que he leído esta solicitud, las respuestas provistas y los documentos adjuntos y que, a mi mejor saber y entender, son correctos y verdaderos. He leído y entiendo los Avisos y estoy haciendo las Declaraciones que figuran en la página 7.

Firma del solicitante aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo aquí *(si el solicitante firmó con una marca)*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante autorizado *(si lo hay)*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Llene a continuación SÓLO si un Asistente de Solicitud Certificado (CAA) le ayudó a llenar este formulario.

- Marque esta casilla y firme a continuación para permitir que Healthy Families y Medi-Cal hablen con un representante de la Entidad de Inscripción (EE) indicada a continuación sobre el estado de esta solicitud. Este permiso termina cuando el programa le envía por correo su decisión sobre esta solicitud.

Certifico que el CAA que figura a continuación me ayudó a llenar esta solicitud. El CAA me ayudó gratis.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

N° del CAA: \_\_\_\_\_ N° de la EE: \_\_\_\_\_

Firma del CAA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*El Estado no reembolsará a la EE si el CAA no llena esta sección completa y correctamente cuando se envíe la solicitud.*