

de Apoyo a Domicilio (IHSS), se le proporciona Medi-Cal automáticamente; no es necesario solicitarlo por separado.

Medi-Cal

Mediante Medi-Cal, el Estado de California paga el cuidado médico de personas de bajos ingresos, especialmente las familias, niños, ancianos y personas con discapacidades. Para obtener información sobre la solicitud de Medi-Cal en Los Angeles, puede llamar por teléfono al 877-597-4777.

El gobierno federal y estatal proporcionan los fondos para Medi-Cal. Hay muchos programas de Medi-Cal, cada uno con sus reglas. Medi-Cal posiblemente pague todos sus gastos médicos, o es posible que tenga que pagar una parte del costo según el mes en que se le proporcionen los servicios médicos, dependiendo del programa de Medi-Cal al que tenga derecho y sus ingresos.

¿REÚNO LOS REQUISITOS?

► 1. Grupos que reúnen los requisitos exigidos

Puede obtener Medi-Cal si:

- Cumple ciertos requisitos de ingresos y recursos;
- Reside en California (es decir, piensa quedarse en California. Esta regla no se refiere a su estado migratorio.)
- Forma parte de uno de los grupos que reúnen los requisitos exigidos.

Los grupos principales que pueden obtener Medi-Cal son:

- Las personas que reciben SSI, CalWORKs, asistencia para la tutela transitoria de menores, asistencia para la adopción de menores, Servicios de Apoyo a Domicilio (IHSS) o ciertos inmigrantes que reciben Asistencia en Efectivo para Refugiados o Inmigrantes Recién Llegados. Dichos grupos reciben el Medi-Cal gratuito sin necesidad de pagar una parte del costo.
- Mujeres embarazadas;
- Niños menores de 21 años de edad;
- Adultos de 65 años de edad o mayores;
- Personas de cualquier edad que están discapacitados o ciegos según las directrices de SSI (reciban o no el SSI) (véase la página 29 – SSI);
- Ciertas familias necesitadas según las directrices de CalWORKs, reciban o no el CalWORKs (véase la página 4 –

CalWORKs). Uno de los padres deberá estar ausente, haber fallecido, tener la documentación médica que comprueba su discapacidad o no poder trabajar, estar desempleado o subempleado. “Desempleado” significa que el padre que ha ganado la mayor parte de los ingresos en los últimos dos años está trabajando menos de 100 horas por mes. “Subempleado” significa que el nivel de ingresos salariales de la familia es inferior nivel de pobreza según los criterios del gobierno federal.

- Parientes que se encargan del cuidado de un menor de 21 años;
- Refugiados (según la definición del gobierno federal);
- Personas que viven en una hogar de convalecencia con la ayuda de enfermeras capacitadas;
- Personas que padecen tuberculosis (a menos que sean indocumentadas);
- Mujeres que padecen de cáncer de mama o cervical.

Además de cuadrar en una de estas categorías, también deberá cumplir ciertos requisitos respecto a los ingresos y recursos, tal como se indica en las páginas 50 y 51 a continuación.

► 2. Estado migratorio

Si usted reside en California y reúne otros requisitos de Medi-Cal, puede solicitar la tarjeta restringida de Medi-Cal, aunque sea indocumentado. Con el Medi-Cal Restringido significa puede conseguir que Medi-Cal pague los servicios de emergencia, cuidados relacionados con los embarazos y el cuidado a largo plazo.

La mayoría de los inmigrantes documentados pueden obtener el Medi-Cal regular (o completo) para cubrir todas sus necesidades médicas. Muchos inmigrantes pueden obtener la cobertura completa de los gastos médicos, aunque no tengan una tarjeta verde, por ejemplo, los que son víctimas de la violencia en el hogar, o los que están tramitando su legalización (por ejemplo, están solicitando la residencia legal permanente). (Véase la página 60 – Guía para los que no son ciudadanos.)

Si recibe CalWORKs, SSI, asistencia para la tutela transitoria de menores, ciertos beneficios para refugiados o Servicios

¿CÓMO SE SOLICITA MEDI-CAL?

► 1. Obtenga una solicitud

Puede pedir que se le envíe una por correo llamando al número gratuito de DPSS al 877-597-4777. Puede llenar la solicitud y devolverla por correo, o puede obtener una en la oficina de DPSS (véase la página 74 – Oficinas de Asistencia Social). También puede obtener una en muchos de los hospitales y clínicas, sean particulares o del Condado. En unas cuantas escuelas en el condado de Los Angeles, se llenan solicitudes de Medi-Cal para los niños al mismo tiempo que se solicitan los Almuerzos Escolares Gratuitos y a Precios Reducidos, usando el mismo formulario.

► 2. Los niños pueden obtener el Medi-Cal más rápidamente

Si está solicitando el Medi-Cal para sus hijos menores de 19 años de edad, deberá usar la solicitud conjunta de Medi-Cal y Healthy Families que se envía por correo. Puede conseguir que se le envíe una por correo llamando al 877-597-4777 o 800-880-5305 (este último es atendido por más personal que habla otros idiomas además del inglés y español). Una vez que envíe la solicitud por correo, se evaluará y determinará que su hijo tiene derecho a Medi-Cal gratuito; su hijo recibirá dicho Medi-Cal temporalmente hasta que el Condado revise su solicitud de Medi-Cal. Si su hijo reúne los requisitos, se le proporcionarán los beneficios de Medi-Cal por un mínimo de dos meses, empezando con el primer día del mes en que se recibió la solicitud que envió por correo.

Si en lugar de Medi-Cal parece que su hijo reúne los requisitos para el programa Healthy Families, se le avisará de este hecho dentro de 10 días por carta. (Véase la página 55 – Servicios Médicos para Niños.)

Si el Departamento de Asistencia Social del Condado de Los Angeles (DPSS) determina que su hijo tiene derecho a Medi-Cal, continuará el Medi-Cal gratuito (más allá del período inicial) hasta que se determine lo contrario, siempre que



Limite de Ingreso Mensual Contable para Medi-Cal Gruatuito (valido hasta abril 2006) (Si tu ingreso es mas que los niveles indicado, tal vez pueda ser eligible para Medi-Cal con parte de costo)				
Numero de gente en hogar	Mujeres embarazadas y Niños hasta 1 año (cuenta a embarazadas como 2)	Niños 1-5	Niños 6 -18: Padres y familiares cuidando niños: y Gente Mayor	"Nivel de Necesidad"
1	\$1,595	\$1,061	\$798	\$600
2	\$2,139	\$1,422	\$1,070	\$750
2 Adultos				\$934
3	\$2,682	\$1,783	\$1,341	\$934
4	\$3,225	\$2,145	\$1,613	\$1,100
5	\$3,769	\$2,506	\$1,885	\$1,259
6	\$4,312	\$2,868	\$2,156	\$1,417
Cada persona adicional:	+ \$544	+ \$362	+\$272	+\$134

usted llene los papeles que se exigen cada año.

▶ 4. Llene y entregue el formulario

Si necesita ayuda o está discapacitado, es aconsejable que le ayuden a llenar el formulario en una entrevista con un asistente social en la oficina de Medi-Cal o en otro sitio, pero no es obligatorio que lo haga. Se requiere que se le proporcionen servicios de interpretación en la oficina de Medi-Cal y que se le ayude si su discapacidad le impide llenar la solicitud. Se le entrevistará sobre el formulario que llenó y posiblemente se le pida información adicional. Si necesita proporcionar información adicional, se le proporcionará una lista de lo que se requiere y se fijará una fecha límite para enviar la información por correo a la oficina de Medi-Cal. No es necesario hacer una cita subsiguiente.

Si no tiene todos los documentos necesarios, usted o alguien que usted conozca podrá declarar por escrito por qué faltan los documentos. Es posible que pueda recibir los beneficios mientras reúne la información requerida. El asistente social deberá ayudarlo a obtener algunos de los documentos que le faltan. Proporcione a DPSS las copias de los documentos, no los originales. Saque una copia para sí mismo. Luego entregue el formulario o envíelo por correo. Obtenga un recibo si lo entrega en persona. Si lo envía por correo, es aconsejable enviarlo por correo certificado con acuso de recibo.

▶ 5. Proporcione los documentos que se requieran

- Documento de identidad con su nombre y dirección actual, por ejemplo, un acta de nacimiento, licencia de manejar o tarjeta de identidad de California. Si no tiene un documento de identidad, también puede llenar un formulario llamado "PA 853" y jurar que usted es quien dice ser, o documentos que se requieren para verificar los ingresos o estado de discapacidad también podrán servir como prueba de identidad.
- Número o tarjeta de seguro social (o prueba de la solicitud de tal tarjeta) para los que solicitan beneficios completos;
- Prueba de ingresos (tales como talonarios de cheques, un talonario W2, una copia de la declaración de impuestos o estados de cuenta bancaria si tiene una cuenta, o una declaración jurada de ingresos si recibe un ingreso pero no tiene otra manera de comprobar sus ingresos);
- Prueba de que vive en el condado de Los Angeles (un documento que contenga su nombre y dirección, registros de asistencia escolar, talonarios de cheques, etc.) de cada adulto nombrado en la solicitud; Para tener derecho a los beneficios, deberá comprobar que vive en el estado y piensa quedarse (aunque sea indocumentado);
- Prueba de ciudadanía o estado migratorio aceptable para cada persona nombrada en la solicitud que ha declarado tener un estado migratorio aceptable. Si está solicitando los beneficios sólo para sus hijos, no es necesario presentar pruebas de su estado migratorio.

▶ 2. Inscripción por medio de CHDP

A los niños que reciben una visita de CHDP se les evalúa para determinar si reúnen los requisitos de Medi-Cal. Si los reúnen, se les inscribe temporalmente en el Medi-Cal completo gratuito hasta por 60 días (el mes de la vista y la subsiguiente). Véase la página 56 para una descripción completa.

▶ 3. Cumplimiento automático de los requisitos por los niños

Los niños deberán recibir Medi-Cal continuo hasta que cumplan un año de edad si recibieron una visita de CHDP, su madre era beneficiaria de Medi-Cal y vivían con la madre en el momento de su nacimiento. Cuando cumplan un año de edad se deberá llenar un formulario de redeterminación anual.

Para preguntas o problemas, llame a MCH Access al 213-749-4261 o al Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-896-3203.

- Prueba de su situación de vivienda (recibos de alquiler, contrato de alquiler, etc.);
- Matrícula de su vehículo si declara tener más de uno;
- Verificación de gastos de cuidado de niños o personas a su cargo, gastos educativos o pago de primas de seguros médicos o pagos de manutención de menores ordenados por un tribunal podrán usarse como deducciones, pero no se necesitan para determinar si reúne o no los requisitos exigidos.

► 6. Cooperación con los Servicios de Apoyo para Niños

Si el padre o madre está ausente, usted deberá cooperar con el DPSS y una agencia del Condado llamado el Departamento de Servicios de Apoyo para Niños (DCSS). Deberá proporcionar información, si la tiene, acerca del padre o madre ausente, tal como su dirección o número de seguro social para establecer la identidad del padre o madre ausente y si dicho padre puede pagar el seguro médico del niño.

Si no coopera con DCSS, se le negará Medi-Cal, pero sus hijos no perderán la cobertura. No se requiere cooperar si sólo se solicita Medi-Cal para los niños. Una vez que estos reciban Medi-Cal no se les puede negar los beneficios por el hecho de que el padre o madre no coopera con DCSS. Las mujeres embarazadas no tienen que proporcionar información a DCSS hasta después del nacimiento del niño.

Bajo ciertas circunstancias, tendrá motivo justificable para no cooperar. Hable con su asistente social acerca de esto. Por ejemplo:

- No sabe el paradero del padre o madre ausente ni tiene información adicional acerca del mismo;
- Le tiene miedo al padre o madre ausente, usted o sus hijos posiblemente corran peligro o es víctima de la violencia en el hogar;
- Se cometió una violación sexual o el incesto;
- Piensa dejar que el niño sea adoptado.

► 7. Espere la aprobación

Normalmente la oficina de Medi-Cal aprobará o negará su solicitud dentro de 45 días de haberla recibido, excepto cuando se trate del procedimiento acelerado para niños descrito anteriormente. Si el Estado debe evaluar la discapacidad, la aprobación o

negación puede retrasarse hasta los 90 días. Llame al 877-597-477 o a una oficina de ayuda legal para personas de bajos recursos para solicitar ayuda si no se comunican con usted dentro de 45 días sobre el Medi-Cal. Si Medi-Cal dice que no reúne los requisitos exigidos, puede apelar la negación de los beneficios. (Véase la página 70 – Audiencias y Quejas Formales.)

► 8. La tarjeta de Medi-Cal

Una vez que se le apruebe la solicitud, puede pedir a su asistente social un verificación del Sistema de Datos de Medi-Cal (MEDS) o su proveedor de servicios médicos posiblemente pueda verificar si reunió los requisitos por medio del sistema Punto de Servicio.

Se le enviará por correo una tarjeta blanca de plástico permanente de Medi-Cal. Esta se llama "Tarjeta de Identificación de Beneficios" o BIC. Cada persona nombrada en la solicitud recibirá una, aunque no tenga derecho a Medi-Cal, porque si la familia debe pagar una parte de los costos mensualmente, los gastos médicos de todas las personas nombradas en la solicitud pueden usarse para cumplir el requisito referente al pago de parte de los costos. Si no obtiene dicha tarjeta para finales del mes o si la pierde, comuníquese con su asistente social.

► 9. Autorización para el pago de servicios

(con Medi-Cal o mediante el pago de honorarios profesionales.)

Cuando no tiene un plan médico, el Estado deberá autorizar la prestación de servicios médicos previamente. Esto NO aplica a servicios de emergencia, consultas médicas y la mayoría de los medicamentos. El doctor, farmacéutico u otro proveedor de servicios médicos es el responsable de obtener la autorización del Estado, en lugar del paciente.

Sin embargo, si el Estado niega o cambia la autorización, el Estado le notificará a usted y a su médico. Puede apelar todos los retrasos arbitrarios, negaciones, reducciones o terminación de los servicios médicos. (Véase la página 70 – Audiencias y Quejas Formales para más información sobre agravios y quejas.)

► 10. Si está embarazada

Si una mujer lleva menos de 30 semanas de embarazo y excede el máximo de ingresos permisibles para tener derecho a Medi-Cal, es posible que tenga derecho al programa llamado AIM (Acceso para Niños y Madres). Llame a AIM al 800-433-2611.

Se puede "suponer que reúnen los requisitos exigidos" todas las mujeres embarazadas en ciertas clínicas y se les puede autorizar el Medi-Cal relacionado con embarazos inmediatamente sin comprobar el embarazo o proporcionar información sobre propiedad, vehículos o recursos. Esto le ayudará a obtener oportunamente los cuidados prenatales, análisis de laboratorio y medicamentos. Deberá presentar una solicitud para Medi-Cal regular y proporcionar información sobre sus recursos para finales del siguiente mes si desea que se le continúe proporcionando los beneficios de Medi-Cal. Hasta para conseguir Medi-Cal completo deberá presentar prueba del embarazo dentro de 60 días.

Cuando solicite Medi-Cal durante el embarazo, deberá incluir en la solicitud a su esposo u otros hijos que tengan derecho al mismo.

Cuando nazca su bebé, llame a su trabajador social para informarle el nombre y fecha de nacimiento y así agregarlo al registro de su familia. Después deberá proporcionar la documentación del nacimiento al trabajador social tan pronto como sea posible. El recién nacido necesitará tener su propia tarjeta para fines del siguiente mes después del mes en que nació. No se le debe exigir que llene una nueva solicitud de Medi-Cal para su bebé. Si le es difícil comunicarse con su asistente social para avisarle del nacimiento, algunas oficinas de WIC y clínicas tienen formularios de remisión de recién nacidos que puede enviar por correo a DPSS, o puede obtenerlo por su propia cuenta por computadora en <http://dhs.ca.gov/publicatons/forms/Medi-Cal/eligibilitybytitle.htm> el formulario llamado "Newborn Referral". El número del formulario es MC 330.

Si lleva su bebé a un proveedor de servicios médicos del CHDP, esto también activará un nuevo caso para su bebé por medio de ese programa (véase la página 56).

▶ 11. Si está discapacitado

Si tiene problemas físicos o mentales específicos y graves (tales como el retraso mental o no puede trabajar) o si tiene SIDA, es posible que también pueda obtener Medi-Cal como resultado de la discapacidad antes de que el Estado determine que está discapacitado. Presente los registros médicos correspondientes a su discapacidad cuando solicite Medi-Cal. Tanto los niños como los adultos pueden obtener el Medi-Cal para discapacitados.

▶ 12. Si tiene cáncer de mama o cervical

Si usted tiene menos de 65 años de edad, no tiene seguro médico y se le ha diagnosticado el cáncer de mama o cervical, puede obtener Medi-Cal gratuito inmediatamente y durante todo el tiempo que se le trate el cáncer, si sus ingresos mensuales suman menos de \$1595. No se aplican límites de recursos para participar de este programa. Para obtener Medi-Cal inmediatamente (llamado adquisición de derecho sin demora), deberá acudir al proveedor de servicios médicos que participa en este programa para presentar su solicitud por Internet. Deberá indicar que quiere que dicha solicitud por Internet sirva como la solicitud de Medi-Cal para que tenga derecho al programa por un período más largo.

Para averiguar la instalación del Condado que participa en este programa o en el que se le puede examinar para detectar el cáncer, llame a la Oficina de Salud Femenil del Condado de Los Angeles al 800-793-8090. Si no tiene derecho a dicho programa debido a su edad o estado migratorio, podrá obtener Medi-Cal por un tiempo limitado para el tratamiento médico relacionado con el cáncer sólo que será por medio de un programa más limitado subsidiado sólo por el Estado. Bajo tal programa, se limita el tratamiento a 18 meses y tratamiento del cáncer cervical a 24 meses. Llame al número antes mencionado para obtener mayores informes.

▶ 13. Beneficios retroactivos

Si un proveedor de servicios médicos de Medi-Cal le proporcionó servicios médicos, dentales o farmacéuticos en los últimos 3 meses antes de solicitar Medi-Cal, pida a su asistente social un

formulario para solicitar los “beneficios retroactivos”. La solicitud que se envía por correo también ofrece la posibilidad de solicitar dichos beneficios. Si tiene derecho a Medi-Cal durante esos 3 meses, Medi-Cal pagará las cuentas que incurrió. Si ya las pagó y Medi-Cal cubre los servicios prestados, la clínica, doctor, dentista o farmacéuta que lo atendió deberá proporcionarle el reembolso. Si tiene problemas para obtener el reembolso, llame al Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-896-3203.

LÍMITE DE INGRESOS

Sus **ingresos contables** determinarán si se le proporcionará Medi-Cal gratuito o si deberá pagar una parte del costo. (Sólo deberá pagar una parte del costo en los meses en que en realidad se le presten servicios médicos.) Ciertos tipos de ingresos no se toman en cuenta y pueden restarse del total. Varios diferentes programas de Medi-Cal establecen diferentes ingresos límites. Tal como se describe a continuación, en algunos programas de Medi-Cal, no se toman en cuenta cientos de dólares de su ingreso bruto total. Medi-Cal sólo puede tomar en cuenta el ingreso de la unidad familiar a la que se le proporcionará los beneficios de Medi-Cal. No toma en cuenta los ingresos de sus abuelos, hermanos, tíos, primos, amigos u otros que vivan en su casa, pero que no estén incluidos en la solicitud. Por lo general, las familias que solicitan Medi-Cal pueden descontar del total de ingresos:

- \$90 cada mes por cada adulto que trabaja;
- Hasta \$175 para el cuidado de cada niño de dos años o más;
- \$200 para el cuidado de cada niño menor de dos años;
- Los pagos de manutención de menores y cónyuge ordenados por el tribunal;
- Gastos educativos;
- Gastos de negocio de los padres que trabajan por su cuenta.

Una vez que la familia reúne los requisitos para Medi-Cal, es posible que cientos de dólares de sus ingresos no se tomen en cuenta como parte de sus ingresos. Por ejemplo, pueden descontar los primeros \$240 de sus ingresos más la mitad del resto de los ingresos salariales.

Las personas ancianas (65 años o mayor), ciegas o discapacitadas pueden descontar:

- \$20;
- \$65 de los ingresos salariales;
- La mitad del resto de los ingresos salariales;
- Las primas de seguros médicos que usted pague.

Algunas personas mayores o discapacitadas podrán recibir Medi-Cal gratuito, aunque estén recibiendo SSI, si los ingresos mensuales contables son menores de \$1048 (una persona sola) o \$1457 (un matrimonio si ambos son mayores o están discapacitados). Este se llama el Programa de Medi-Cal para Personas Mayores y Discapacitadas con Ingresos a Nivel de Pobreza. No puede obtener Medi-Cal gratuito si sus ingresos exceden estos límites. Se aplican deducciones salariales especiales y exenciones, así que aunque crea que sus ingresos son demasiado altos, puede solicitar Medi-Cal y solicitar ayuda al Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-896-3203 o a un centro de ayuda legal para personas de bajos recursos.

Medi-Cal especial a bajo costo para trabajadores discapacitados:

Si usted está discapacitado y trabaja, puede obtener Medi-Cal a bajo costo si sus ingresos son inferiores a \$1,940 (una persona sola) o \$2,603 (un matrimonio si ambos están discapacitados y trabajan). “Trabajar” significa tener un ingreso salarial mensual cualquiera. Este es el Programa Medi-Cal 250% para Trabajadores Discapacitados. Si reúne los requisitos, deberá pagar una prima mensual que aumentará a medida que sus ingresos aumentan. Estas primas oscilan entre \$20 y \$250 para una persona sola y \$30 y \$375 para un matrimonio (si ambos reciben beneficios 250%). También se aplican las deducciones y exenciones especiales a los ingresos, así que es aconsejable solicitar Medi-Cal aunque piense que sus ingresos posiblemente sean demasiado altos y consultar con el Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-896-3203 o un centro de ayuda legal para personas de bajos recursos.

PARTE DEL COSTO

Algunas personas deberán pagar, o estar dispuesto a pagar una parte de los costos médicos incurridos cada mes. Medi-Cal pagará el resto de la cuenta de los servicios médicos cubiertos que se incurran ese mes. NO tiene que pagar parte del costo si:

- Usted encaja en uno de los grupos antes mencionados que recibe Medi-Cal gratuito (tal como el grupo que recibe CalWORKs, SSI, asistencia para tutela transitoria de menores, asistencia para adopciones, IHSS, Medi-Cal 1931(b) o programa para personas ancianas y discapacitadas);
- Sus ingresos contables son inferiores al límite indicado en la tabla que aparece en la página 48.

Si tiene Medi-Cal y paga parte del costo, deberá pagar solo la parte que le corresponde en el mes en que incurra gastos médicos. Puede utilizar las cuentas médicas previas y las de los miembros de su familia nombrados en su solicitud para mostrar que ha pagado su parte del costo, ya sea que haya liquidado o no dichas cuentas. Sólo basta con que se comprometa a pagarlas. No puede tomar en cuenta aquellos servicios o artículos que se le hayan cobrado dos veces, pero puede transferir el saldo de una cuenta pendiente a los meses subsiguientes si dicha cuenta es por una cantidad superior a la parte del costo que le corresponde pagar. Si bajan sus ingresos, avísele a su asistente social para que se reduzca su parte del costo.

Si tiene Medi-Cal y paga parte del costo, deberá pagar solo la parte que le corresponde en el mes en que incurra gastos médicos. Puede utilizar las cuentas médicas previas y las de los miembros de su familia nombrados en su solicitud para mostrar que ha pagado su parte del costo, ya sea que haya liquidado o no dichas cuentas. Sólo basta con que se comprometa a pagarlas. No puede tomar en cuenta aquellos servicios o artículos que se le hayan cobrado dos veces, pero puede transferir el saldo de una cuenta pendiente a los meses subsiguientes si dicha cuenta es por una cantidad superior a la parte del costo que le corresponde pagar. Si bajan sus ingresos, avísele a su asistente social para que se reduzca su parte del costo.

► 1. Parte del costo para mujeres embarazadas

Todas las mujeres embarazadas que solicitan Medi-Cal y que deberán pagar una parte del costo, deberán considerar la posibilidad de solicitar el Programa de Acceso para Niños y Madres (AIM) (llame al 800-433-2611). Los aumentos en los ingresos no se usan para aumentar la parte del costo que usted deberá pagar mientras esté embarazada y hasta por 60 días después del nacimiento.

► 2. Parte del costo para niños

Se puede obtener Medi-Cal con pago de parte del costo para aquellos niños que reúnen los requisitos para Medi-Cal gratuito, aún cuando estén inscritos también en el programa Healthy Families

(véase la sección sobre Servicios de Salud para Niños). Esto puede ser útil porque Medi-Cal cubre una gama más amplia de servicios que Healthy Families.

Los aumentos en los ingresos no se toman en cuenta para aumentar la parte del costo que deberá pagar para los niños que tengan hasta 19 años de edad y reciban Medi-Cal gratuito hasta la siguiente redeterminación anual programada. Así que aunque los padres de dichos niños empiecen a ganar más dinero y tengan que empezar a pagar inmediatamente una parte del costo como resultado de esto, los niños todavía pueden recibir Medi-Cal gratuito por un rato más.

► 3. Parte del costo si tiene menos de 65 años de edad, no está ciego ni discapacitado

Para averiguar la parte del costo que deberá pagar, empiece por calcular su ingreso mensual bruto. Incluya los ingresos de su esposo(a) o padres, pero no los de otras personas que vivan en su casa. Reste de esta cantidad los gastos mensuales de cuidado de niños (hasta \$200 para niños menores de 2 años o hasta \$175 para niños de 2 años o mayores) y \$90 por los costos relacionados al trabajo y cualquier prima de seguro médico que usted pague. Luego reste el nivel de necesidad correspondiente según el número de miembros de su familia que se indica al extremo derecho de la tabla en la parte superior de la página 48.

► 4. Parte del costo si tiene más de 65 años de edad, está ciego o discapacitado

Para averiguar la parte del costo mensual que le corresponde, empiece por calcular sus ingresos no salariales, y reste de esta cantidad \$20. Reste las primas de los seguros médicos que usted pague. Reste \$65 de sus ingresos salariales y divida el saldo a la mitad. Luego reste de esa cantidad el nivel de necesidad que corresponda según el número de miembros de su familia indicado en la tabla en la parte superior de la página 48.

LÍMITE DE RECURSOS

Salvo que no se apliquen los requisitos referentes a recursos a usted, los recursos de su familia deberán ser inferiores a los siguientes límites para obtener Medi-Cal:

Núm. de miembros	Límite de recursos
1	\$2,000
2	\$3,000
3	\$3,150
4	\$3,300
5	\$3,450
6	\$3,600
7	\$3,750
8	\$3,900
9	\$4,050
10 o más	\$4,200

Algunos recursos no se toman en cuenta. El hogar en el que vive, muebles, artículos personales y algunas pólizas de seguro de vida de plazo indefinido no se toman en cuenta. Otros bienes raíces con un valor inferior a cierto límite no se toman en cuenta si se venden o alquilan. Algunos programas de Medi-Cal hacen caso omiso de un vehículo, otros programas no toman en cuenta el vehículo si vale menos de \$4,650.

El límite de recursos no aplica a mujeres embarazadas que reciben cuidados relacionados con su embarazo, ni a niños menores de 19 años.

► Medi-Cal de Sección 1931(b)

Es probable que se le proporcione Medi-Cal de Sección 1931(b) si cuida a un niño o niños menores de 19 años de edad y recibe Medi-Cal gratuito pero no debido a una discapacidad. Este programa tiene un límite de recursos para una o dos personas de \$3,000. De otra manera, los límites son los mismos que los indicados en la tabla anterior. Al igual que CalWORKs, el primer carro no queda exento automáticamente del límite de recursos. Un vehículo, sea cual sea su valor, no se toma en cuenta si vale menos de \$1,500 después de deducir lo que todavía debe por él y el costo de reparaciones y daños. Además, un vehículo que vale menos de \$4,650 no se toma en cuenta. Si vale más, la cantidad excedente cuenta como parte de los \$3,000 que se permiten como recursos máximos. Se aplican exenciones si los vehículos se usan para el empleo y para transportar a miembros de la familia que estén discapacitados.

**PARA CONTINUAR
RECIBIENDO MEDI-CAL**

► 1. Un formulario para verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos una vez por año

A las personas que reciben Medi-Cal se les vuelve a verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos (o se hace una redeterminación) cada 12 meses. Se le enviará un formulario por correo que deberá llenar y devolver. No es necesario enviar copias de los documentos con el formulario de redeterminación. Hasta que cumplan los 19 años de edad, los niños sólo deberán informar de los cambios en los ingresos o cambio en el número de personas que conforman la unidad familiar cuando se hace esta revisión anual.

► 2. Informe del estado de los adultos a medio año

Las leyes referentes a Medi-Cal han cambiado y los adultos ahora deberán llenar un nuevo formulario llamado Informe del Estado a Medio Año (MSR), para seguir recibiendo Medi-Cal. Algunos grupos de personas no tienen que llenar el MSR: los niños menores de 21 años de edad; los padres o tutores de niños que reciben CalWORKs; mujeres embarazadas o mujeres inscritas en el Programa de Cáncer de Mama o Cervical. El informe deberá emitirse unos 5 meses después de que usted empiece a recibir Medi-Cal y deberá devolverse a la oficina de Medi-Cal para la fecha indicada en el formulario.

► 3. Informe de los cambios para adultos

Los adultos deberán informar a DPSS de cualquier cambio significativo que podría afectar su derecho a los beneficios dentro de 10 días de ocurrir el cambio. Deberá informar sin demora a su asistente social si se muda, empieza a ganar más dinero (o menos), si alguien se sale de su casa o llega a vivir con usted o si está embarazada. Aún si usted informa de cambios que lo descalifiquen, tiene ciertos derechos importantes que se tendrán que respetar antes de que DPSS le suspenda los beneficios de Medi-Cal.

► 4. Pérdida de la asistencia social no significa que perderá los beneficios de Medi-Cal

CalWORKs y Medi-Cal tienen diferentes requisitos. Aunque es cierto que se le proporciona Medi-Cal automáticamente al participar en CalWORKs, el hecho de que se dé por terminado el CalWORKs (por ejemplo debido a una sanción, vencimiento del plazo máximo o el incumplimiento de las reglas de GAIN, RITE o REP), esto no significa que perderá el Medi-Cal gratuito. Si pierde Medi-Cal después de dejar de recibir la asistencia social, comuníquese con el Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-896-3203 o una oficina de ayuda legal para pedir ayuda y asesoría.

► 5. Medi-Cal de transición

Es posible que tenga derecho hasta por un año a Medi-Cal gratuito sin pagar una parte del costo (llamado Medi-Cal de transición o TMC) si se le da de baja de CalWORKs o Medi-Cal de Sección 1931(b) si empieza a trabajar y ganar demasiado dinero. Para tener derecho a este Medi-Cal, deberá haber recibido CalWORKs o Medi-Cal de Sección 1931(b) durante un mínimo de 3 de los últimos 6 meses y habersele dado de baja de CalWORKs o Medi-Cal por el hecho de haber ganado demasiado dinero.

Durante los primeros seis meses de TMC, usted y su familia tiene derecho al Medi-Cal gratuito sin importar el monto de sus ingresos. Después de eso, seguirá reuniendo los requisitos para TMC si sus ingresos no exceden los límites indicados en la tabla en la siguiente página.

Los adultos pueden recibir TMC hasta por un año y los niños hasta por 6 meses. No existe un límite de por vida para el TMC. Si sus ingresos bajan, es posible que vuelva a tener derecho a Medi-Cal regular. Si después vuelven a subir sus ingresos, puede volver a recibir TMC, aplicándose un nuevo plazo límite. Cuando se vence el plazo límite de 6 meses para los niños, tienen derecho a los beneficios de Healthy Families y se les debe transferir a ese programa. (Véase la página 55 – Servicios de Salud para Niños.)

No aplican los límites de recursos o propiedad para obtener TMC. Este tipo de Medi-Cal requiere presentar informes

de manera regular, tal como un QR-7 para recibir asistencia en efectivo pero usando un formulario diferente.

Límite de ingresos para Medi-Cal de transición:

Núm. de miembros de la familia	Límite de ingresos brutos
1	\$1,476
2	\$1,978
3	\$2,481
4	\$2,984
5	\$3,486
6	\$3,989
7	\$4,491
8	\$4,994
9	\$5,497

► 6. Medi-Cal continuo por cuatro meses

Si el adulto pierde CalWORKs o Medi-Cal de Sección 1931(b) debido a que empieza a recibir un aumento en la manutención de menores o cónyuge, puede recibir Medi-Cal continuo gratuito, sea cual sea su ingreso, pero sólo por 4 meses. Es importante que entregue un CW-7 o informe en el formulario correspondiente cualquier otro cambio para explicar los motivos por los que se retira de CalWORKs o Medi-Cal de Sección 1931(b) para garantizar que se le proporcione Medi-Cal de transición o continuo. Continuará el Medi-Cal gratuito para los niños hasta la siguiente redeterminación anual programada, posiblemente hasta por un año, debido al Cumplimiento Continuo de Requisitos para Niños (CEC).

► 7. Antiguos menores bajo tutela

Si usted era un menor bajo tutela cuando cumplió los 18 años de edad, tiene derecho automáticamente a Medi-Cal hasta cumplir los 21, aunque aumenten sus ingresos. Si se le da de baja de Medi-Cal, llame al Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-3203 para solicitar asistencia.

► 8. Transferencia de Medi-Cal a Healthy Families para niños

Si Medi-Cal determina que su hijo ya no tiene derecho a Medi-Cal gratuito debido a cambios en las circunstancias familiares (por ejemplo, debido a un

aumento en los ingresos familiares), DPSS deberá continuar el Medi-Cal de su hijo cuando menos por un mes mientras el Condado envía la información (con su permiso) a Healthy Families para determinar si tiene derecho a este programa. Esto se llama "Programa de Transferencia". No se le debe exigir que presente otra solicitud para Healthy Families ni proporcionar sus datos otra vez, a menos que sea necesario para determinar si tiene derecho o no a los beneficios.

► **9. No renuncie a Medi-Cal hasta que DPSS lo descalifique**

DPSS deberá enviarle un aviso por escrito de la decisión tomada cuando menos 10 días antes de dar por terminados, negar, retrasar o reducir los beneficios de Medi-Cal. En el aviso se explicará la decisión y su derecho de solicitar una audiencia imparcial. (Véase la página 70, Audiencias y Quejas Formales.)

Una vez que empiece a recibir los beneficios de Medi-Cal, tendrá el derecho de redeterminación. Eso significa que cuando ocurra un cambio que afecte su derecho a Medi-Cal, DPSS deberá determinar si tiene derecho a cualquier otro tipo de Medi-Cal antes de enviarle la notificación de terminación de beneficios. Deberán investigar si reúne los requisitos, usando los registros disponibles, incluso los registros de CalWORKs, Estampillas de Comida y otros para obtener cualquier información secundaria que sea necesaria. DPSS podrá enviarle un formulario en el que deberá proporcionar sólo los datos que faltan; no podrá solicitar información que usted ya les ha proporcionado o que no necesita para determinar si usted todavía tiene derecho a Medi-Cal.

El DPSS deberá darle un plazo mínimo de 20 días para llenar el formulario. Si no proporciona la información que solicita DPSS en el formulario, éste departamento le notificará por escrito que se le suspenderán los beneficios de Medi-Cal. Si no llena completamente el formulario, DPSS deberá llamarle primero por teléfono y comunicarse con usted por escrito para obtener los datos que faltan antes de dar por terminados los beneficios. Si usted envía el formulario dentro de 30 días de que se le terminen los beneficios de Medi-Cal y dicha información comprueba que usted todavía tiene derecho a Medi-Cal, el DPSS deberá reinstituírle los beneficios

de Medi-Cal sin que usted tenga que volver a solicitarlos.

► **10. Si se muda**

Se le deberá continuar proporcionando los servicios aunque se mude dentro del estado de California. Siga usando su tarjeta de Medi-Cal. Si se muda a otro condado, informe a DPSS y también a la oficina de asistencia social en el nuevo condado; estas entidades se encargarán de trasladar su caso.

► **11. Si se le cobra dos veces**

El médico o proveedor de servicios médicos no debe cobrarle a usted y a Medi-Cal por los mismos servicios. Si usted piensa que su doctor le ha cobrado injustamente, comuníquese con el Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-896-3203 o un centro de ayuda legal para personas de bajos recursos.

► **12. Tarjetas perdidas o robadas**

Notifique a su asistente social y se le enviará una de repuesto. Si necesita servicios médicos de emergencia, podrá obtener un comprobante de derecho a los beneficios en la oficina de asistencia social.

¿CÓMO DEBE UNO SELECCIONAR LOS SERVICIOS DE SALUD?

Hay dos maneras de obtener los servicios médicos según Medi-Cal: "Servicios a cambio de honorarios" (Medi-Cal regular) o HMO (Organización de Mantenimiento de Salud). Estos son también los llamados "planes de salud" o "cuidados administrados". La mayoría de los participantes deberán inscribirse en una HMO.

Los beneficiarios de Medi-Cal que tienen la opción, pero no obligación, de inscribirse en una HMO incluyen:

- Las personas que reciben Medi-Cal por medio de SSI;
- Los niños bajo tutela transitoria o que son beneficiarios del Programa de Asistencia para las Adopciones;
- Los beneficiarios mayores de 65 años de edad;
- Ciertas mujeres embarazadas

Los beneficiarios de Medi-Cal que no pueden inscribirse en una HMO por medio de Medi-Cal son:

- Las personas que reciben Medi-Cal solo para cubrir los servicios de emergencia y relacionados con el embarazo (Medi-Cal restringido);
- Los beneficiarios que pagan una parte del costo o también tienen seguro médico particular, CHAMPUS PRIME HMO o Medicare HMO.

► **1. Servicios a cambio de honorarios (Medi-Cal regular)**

Con el Medi-Cal regular puede seleccionar cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u otro proveedor de servicios médicos que acepte Medi-Cal. Deberá indicarle al médico o clínica que tiene Medi-Cal antes de recibir los servicios. Si no lo hace, el proveedor puede cobrarle por todos servicios que se le proporcionen. El proveedor no puede aceptar el Medi-Cal para cubrir una parte de los servicios y luego cobrarle a usted por los demás, salvo que el proveedor no proporcione esos servicios según los criterios de Medi-Cal. Por ejemplo, el doctor no puede limitarse a aceptar el Medi-Cal para cubrir los costos del cuidado prenatal y luego negarse a cobrarle a Medi-Cal los costos de los análisis de sangre y tratar de cobrárselos a usted.

► **2. HMO ("planes de salud")**

Cuando usted se inscribe en una HMO, deberá consultar los médicos, farmacéuticos y hospitales que son parte de ese plan. Deberá seleccionar una HMO y un proveedor principal de servicios médicos que pertenezca a dicha HMO. A menos que tenga una necesidad urgente, deberá obtener la aprobación de dicho proveedor para los servicios médicos. La HMO recibirá de Medi-Cal una prima mensual aunque usted no necesite servicios médicos. La HMO es la responsable de proporcionar los servicios médicos que son aprobados por Medi-Cal, o hacer los arreglos para que los reciba. Todos deberán tener acceso a un médico dentro de 4 meses de inscribirse en la HMO.

Una vez que se haya inscrito, podrá seguir usando la Tarjeta de Identidad para Beneficios (BIC) para obtener los servicios de planificación familiar, dentales y de salud mental con otros proveedores que no sean parte de la HMO.

▶ 3. Servicios dentales

En Los Angeles se proporcionan los servicios dentales a cambio de honorarios, a menos que usted se inscriba en un plan dental. Si escoge los servicios a cambio de honorarios, deberá acudir a un dentista que esté dispuesto a aceptar Medi-Cal. Si decide inscribirse en un plan dental, deberá seleccionar un dentista principal y acudir primero a ese dentista para recibir cualquier servicio dental.

▶ 4. La selección de la HMO

Cuando se inscriba inicialmente en Medi-Cal recibirá un paquete de documentos informativos por correo del Estado. Entre los documentos, estará el "Formulario de Selección de Medi-Cal" en el que deberá usted indicar el médico y la HMO para cada miembro de su familia que deberá seleccionar una HMO. Se le enviará un directorio de médicos, grupos médicos y las HMO que puede seleccionar. Llene dicho formulario y devuélvalo a Health Care Options dentro de 30 días. Guarde la copia rosada para usted. Es aconsejable enviar el formulario por correo certificado. Si no llena y devuelve el formulario dentro de 30 días, el Estado seleccionará una HMO para usted que posiblemente no sea la más conveniente. Para obtener el paquete de documentos o más información, llame a Health Care Options al 800-430-4263 o al 800-430-9009. La línea TDD para personas con deficiencias auditivas es el 800-430-7077.

Si ya tiene un proveedor de servicios médicos y desea que le siga proporcionando dichos servicios, consulte con el mismo antes de seleccionar un plan. También pregunte si puede seguir usando la clínica, farmacia y hospital que usted prefiere. Usted y los otros miembros de su familia posiblemente decidan seleccionar la misma HMO y el mismo médico o Proveedor Principal de Servicios Médicos (PCP) o cada uno puede seleccionar uno distinto.

Una vez que haya seleccionado una HMO, se le enviará por correo una tarjeta plástica de identidad de la HMO, que deberá utilizar cuando necesita servicios médicos. La inscripción tarda aproximadamente 30 a 45 días. Si usted o su familia necesita servicios médicos antes de recibir dicha tarjeta, podrá utilizar la tarjeta de Medi-Cal regular o si ya está inscrito en una HMO y simplemente está

cambiando de plan, use la actual HMO hasta que se le notifique que ya se le inscribió en la nueva HMO.

Las personas que no están obligadas a inscribirse en una HMO recibirán automáticamente un paquete de documentos por correo aunque no tengan que inscribirse en un plan. No se le deberá pedir que seleccione una HMO en el momento de solicitar Medi-Cal o cuando se le haga la redeterminación. Las personas que ya están inscritas en una HMO no deberán recibir tal paquete de documentos.

Es posible que se le pida que asista a una plática sobre las opciones para el cuidado de la salud. No es obligatorio que asista. Si asiste, no es obligatorio que seleccione un plan ese día si no quiere hacerlo.

Recibirá un segundo sobre por correo con información sobre el cuidado dental administrado. Es opcional; no es obligatorio que se inscriba. Puede utilizar la tarjeta de Medi-Cal con cualquier dentista que acepte Medi-Cal.

▶ 5. Exenciones médicas

La mayoría de los participantes deberán inscribirse en una HMO, a menos que solicite y se le conceda una "exención médica" para seguir recibiendo los servicios a cambio de honorarios pagados por Medi-Cal. Es posible que se le conceda una exención si tiene una condición de salud compleja, tal como embarazo, enfermedades renales, diabetes, VIH/SIDA, cáncer, asma o esclerosis múltiple, o si participa en un Programa Diurno de Cuidado de Salud para Adultos o si recibe los servicios de una enfermera calificada en su hogar. Si uno de los médicos o clínicas que le proporcionan servicios no pertenecen a ninguna de las HMO que se ofrecen y perdería de recibir dichos servicios si se inscribiera en una HMO, es posible que tenga derecho a una exención. Usted y su médico deberán llenar un formulario (que se encuentra en el paquete de documentos que se envían por correo) y devolverlo al Estado.

Podrá llamar a Health Care Options (Opciones para el Cuidado de la Salud) si tuviera cualquier pregunta.

La exención es válida por un año; después de ese período recibirá otro paquete de documentos informativos por correo o deberá pedir otra exención médica.

▶ 6. Cuotas

Es posible que tenga que pagar \$1.00 por cada receta médica, ya sea con la HMO o Medi-Cal regular, y por muchos otros servicios médicos, salvo las embarazadas, los que tengan más de 64 años o menos de 19 años de edad. Además, es posible que se cobren \$5.00 por los cuidados no urgentes que se proporcionen en la sala de urgencias. El Estado posiblemente aumente estos cargos el próximo año.

▶ 7. Audiencias, quejas formales y salida de una HMO

Si su HMO le niega servicios o si usted no está satisfecho con los servicios proporcionados, tiene muchas opciones. Puede presentar una queja formal a la HMO. Su HMO deberá proporcionarle información para que pueda presentar tal queja y deberá resolverla dentro de 30 días, o menos si tiene una emergencia. Si después de eso, no le satisface la respuesta, presente la queja por escrito a: Department of Managed Health Care, HMO Help Center, IMR Unit, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725. El número de teléfono de esta entidad es el 888-HMO-2219, la línea TDD es 877-688-9891. Puede también conectarse al portal electrónico www.hmohelp.ca.gov.

Los que están obligados a participar en las HMO pueden pasarse a otra HMO por cualquier motivo. Los que participan voluntariamente pueden cambiar de HMO o volver al Medi-Cal regular por cualquier motivo. Para cambiar de HMO o salirse de una, llame a Health Care Options (Opciones para el Cuidado de la Salud) al 800-430-4263 y solicite un "formulario de selección".

Si necesita ayuda para presentar una queja formal llame a un grupo defensor o al Centro de Consumidores de Servicios de Salud al 800-896-3203 o al Intermediario en Materia de Cuidados Administrados al 888-452-8609, al Departamento de Cuidados Administrados al 888-HMO-2219 o al Intermediario de Cuidados Administrados de Medi-Cal al 888-452-8609. También puede obtener información por computadora en el portal electrónico www.dmhc.ca.gov/gethelp/complaint.asp.

Puede llamar al 800-400-0815 si su HMO le ocasiona problemas. Si la HMO le niega los servicios médicos porque considera que no son necesarios desde el punto de vista médico, pero usted no está de acuerdo con esa decisión, podrá solicitar una revisión médica independiente. La revisión independiente es realizada por un grupo de médicos y profesionales que no trabajan para su HMO ni tampoco reciben ningún pago de la misma.

Es posible que usted pueda solicitar una audiencia imparcial (véase la página 70, Audiencias y Quejas Formales). Mientras espera la audiencia estatal, la HMO deberá seguir proporcionándole los servicios médicos.

► 8. Cuidados de Salud Mental Administrados de Medi-Cal

Los servicios de salud mental se proporcionan también a beneficiarios de Medi-Cal por medio de un sistema de cuidados administrados por medio de Planes Locales de Salud Mental en cada condado. Para mayor información sobre estos servicios, véase la página 59, Servicios de Salud Mental.

MEDI-CAL PARA ADOLESCENTES

Si tiene entre 12 y 21 años de edad, puede solicitar los "Servicios con Consentimiento del Menor de Edad" para obtener, sin autorización de los padres, tratamiento médico gratuito y confidencial para lo siguiente:

- Consumo de drogas o alcohol (excepto los tratamientos con metadona)
- Enfermedades transmitidas sexualmente
- Embarazo y abortos
- Planificación familiar
- Salud mental para pacientes externos (sin que estén internados)
- Abuso sexual

Si tiene menos de 21 años y vive con sus padres o está viviendo temporalmente en otro lado, puede solicitar el Medi-Cal para cubrir estos servicios específicos sin la autorización o conocimiento de sus padres.

No se requerirá que sus padres proporcionen información acerca de sus ingresos o recursos ni pagar los costos de los servicios médicos, a menos que usted quiera obtener otros servicios aparte de los mencionados anteriormente.

El DPSS no avisará a sus padres ni enviará información de Medi-Cal a su hogar sin su permiso. Los "Servicios con Consentimiento del Menor de Edad" están disponibles sea cual sea su estado migratorio. Mediante este programa se proporciona una mayor gama de servicios que mediante el Medi-Cal restringido para inmigrantes.

Para solicitarlo, llene una solicitud de Medi-Cal regular y otro formulario corto para Servicios con Consentimiento del Menor de Edad en DPSS u solicítelo con un asistente social en el lugar en que se le proporcionen los servicios médicos. Deberá llenar un nuevo formulario corto cada mes que necesite tratamiento, salvo para los servicios de salud mental. Para eso, necesitará una carta del profesional de salud mental explicando que usted llena ciertos requisitos para recibir servicios de salud mental y el período que durará el tratamiento. Deberá llenar el formulario corto cada mes para cumplir de nuevo con los requisitos exigidos.

Si ya recibe Medi-Cal por medio de sus padres, es posible que ya tenga una tarjeta de Medi-Cal. No use esa tarjeta para obtener los Servicios con Consentimiento del Menor.

Servicios Médicos para Niños

PROGRAMA DE "HEALTHY FAMILIES"

Healthy Families (Familias Saludables) es un programa que brinda seguro de bajo costo a muchos niños de bajos recursos. Con dicho programa, una familia paga una pequeña cantidad cada mes para recibir servicios médicos para los niños.

Cal retroactivo antes de tener derecho a participar en el Programa Healthy Families o puede tener Medi-Cal "pagando parte del costo" si tiene dieciocho años de edad y puede solicitar por sí mismo. El niño sigue teniendo derecho a recibir los servicios durante 12 meses continuos media vez se decida si él o ella reúnen los requisitos, inclusive si hay cambios en el ingreso.

El costo de sus bienes personales ("recursos") no cuenta en su contra.

► 1. ¿Reúno los requisitos?

Para poder cumplir con los requisitos, los solicitantes deben ser de bajos recursos, niños residentes de California de 1 a 19 años de edad, que no reúnen los requisitos para recibir Medi-Cal gratis (Medi-Cal sin tener que "pagar parte del costo") y que no tienen ningún otro tipo de seguro.

El niño no debe tener seguro médico por parte de un patrón o seguro médico privado durante tres meses antes de la solicitud, con algunas excepciones. El niño puede obtener tres meses de Medi-

► 2. Límites de ingreso

Para reunir los requisitos para el Programa "Healthy Families, el ingreso debe de estar entre las cantidades indicadas en la siguiente gráfica.

Tamaño de familia	Edad 1-5	Edad 6-18
1	\$1,062 - \$1,994	\$799 - \$1,994
2	\$1,423 - \$2,673	\$1,021 - \$2,673
3	\$1,785 - \$3,353	\$1,342 - \$3,353
4	\$2,146 - \$4,032	\$1,614 - \$4,032
5	\$2,507 - \$4,711	\$1,886 - \$4,711
6	\$2,869 - \$5,390	\$2,157 - \$5,390

Cada miembro adicional: +\$680 al número de la derecha.

► 3. Requisitos de residencia

Usted debe firmar una declaración de que cada persona que solicita Healthy Families tiene la intención de permanecer en California y que no piensa irse. Los niños inmigrantes pueden participar en el programa si "reúnen los requisitos" (Véase la página 66 "Guía para Personas que No son Ciudadanas.")

► 4. ¿Cuánto cuesta?

Dependiendo de su ingreso y el plan que usted elija, usted pagará una prima de \$4 a \$9 al mes por cada niño, a partir del 1º de julio del 2005, de \$12 a \$15, si su ingreso es levemente mayor. Sin embargo, usted nunca tendrá que pagar por más de 3 niños, ya sea \$27 al mes, ó \$45, dependiendo del grupo de ingreso en el que se encuentre, sin importar cuántos niños cubren. Si la familia está en el grupo de ingreso más alto, ellos