

NOTIFICACION DE ACCIÓN

CONDADO DE CONTRA COSTA

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES



Fecha de notificación
Nombre del caso
Número de caso SAWS
Número de caso CalHEERS
Nombre del trabajador
Número del trabajador
Número de teléfono del trabajador
Horario de oficina
Información las 24 horas
Dirección

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica como solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Gracias por solicitar un seguro de salud para usted y los miembros de su hogar. Utilizamos la información que nos proporcionó y los datos estatales y federales para tomar esta decisión.

Su elegibilidad para el cuidado de la salud se ha determinado para los siguientes miembros de su familia

Las determinaciones individuales de elegibilidad para el cuidado de la salud se detallan en la continuación:

SAMPLE

Hemos revisado su elegibilidad para la cobertura de salud. Utilizamos la información que nos dio y datos estatales y federales para tomar esta decisión.

Usted califica para Medi-Cal porque los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Su elegibilidad para Medi-Cal comienza xx/xx/xx. Su cobertura de Medi-Cal continuará a menos que ya no se considere elegible. Esto podría ocurrir en el momento que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación.

Tomamos en cuenta el tamaño del hogar y los ingresos para tomar nuestra decisión. Para Medi-Cal, el tamaño de su hogar es de x y el ingreso mensual de su hogar es de \$ x,xxx. El límite de ingresos mensuales de Medi-Cal para el tamaño de su hogar es de \$ x,xxx. Usted califica para Medi-Cal porque sus ingresos están por debajo de este límite.

42 CFR 435.118 es la regulación o ley en la que nos hemos basado para esta decisión. Puede apelar si cree que hemos cometido un error. Vea la sección "Sus derechos a tener una audiencia" en la última página para aprender cómo apelar. Tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empezaron el día después de la fecha que se muestra en este aviso.

1

Usted califica para Medi-Cal porque los ingresos de su hogar están por debajo del límite de Medi-Cal. Su elegibilidad para Medi-Cal comienza xx/xx/xx. Su cobertura de Medi-Cal continuará a menos que ya no se considere elegible. Esto podría ocurrir en el momento que se renueve su elegibilidad o cuando cambie su situación.