

SPANISH

**PROGRAMA DE ACCESO A LA SALUD
PARA EL PROGRAMA FAMILY PACT
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE**

Client HAP number

Este formulario de Certificación de Elegibilidad del Cliente (CEC) es propiedad del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Estado de California, Oficina de Planificación Familiar.
Este formulario no se puede cambiar, alterar ni llenar previamente.

Paso 1:		Cuéntanos acerca de ti	
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Sr., Jr., III, IV, etc.)
Dirección <input type="checkbox"/> De casa <input type="checkbox"/> De envío		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado de residencia
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social (SSN) No tener un SSN no afecta tu capacidad para recibir servicios.		Provider Use Only CODE
Estado civil (opcional)			
<input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Nunca casada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada <input type="checkbox"/> Me niego a responder			
Raza/Etnicidad (opcional; marca todas las que correspondan)			¿Eres hispano, latino o de origen español? (Opcional)
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Me niego a responder			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, marca cuáles: <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano o chicano <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro origen
Idioma principal (marca solo uno)			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Khmer/Camboyano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Ucranio <input type="checkbox"/> Niego a responder <input type="checkbox"/> Otra			
La mejor forma de comunicarnos contigo si necesitamos hablar contigo			
<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico Número de mensaje/Correo			

Cual es tu sexo (requerido)

- Mujer Transgénero: Hombre a Mujer
 Hombre Transgénero: Mujer a Hombre

Orientación sexual e identidad de género

**La siguiente información es opcional y confidencial.
no se utilizará para determinar la elegibilidad.**

¿Cuál es tu género?

(marca la casilla que mejor describa tu identidad de género actual)

- Femenino
 Masculino
 Transgénero: masculino a femenino
 Transgénero: femenino a masculino
 No binario (ni masculino ni femenino)
 Otro género de identidad
 Me niego a responder

¿Piensas en ti mismo como:

- Hetero o heterosexual
 Gay o lesbiana
 Bisexual
 Queer
 Otra orientación sexual
 Desconocida
 Me niego a responder

¿Qué sexo figuraba en tu certificado de nacimiento original?

- Mujer Hombre Me niego a responder

Paso 2:

Otra cobertura de salud

He tenido gastos de mi bolsillo por servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos por el programa Family PACT en los tres meses inmediatamente antes de la inscripción en el programa Family PACT.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Actualmente recibo beneficios de Medi-Cal. Si conoces tu número de tarjeta de Medi-Cal, escribe el número y la fecha de emisión en las casillas. Si tu no sabes, escribe DESCONOCIDA en la casilla. Número de tarjeta de Medi-Cal <input type="text"/> Fecha de emisión <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tengo Medi-Cal con un costo compartido no cubierto.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tengo Medi-Cal restringido (como "Medi-Cal de emergencia") que no cubre los métodos anticonceptivos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tengo otra cobertura médica que cubre los métodos anticonceptivos. Otra cobertura de salud puede incluir planes de atención administrada de Medi-Cal, planes de salud comerciales (Kaiser, BlueCross, Health Net) o seguro médico para estudiantes.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No sé si tengo otra cobertura médica (marca la casilla si no lo sabes).	<input type="checkbox"/>
Tengo seguro médico a través de Medi-Cal u otra cobertura médica en la fecha de mi servicio, pero no puedo usar mi seguro porque me preocupa que mi cónyuge, pareja o padre(s) puedan ser notificados o informados de mi visita de planificación familiar (este se llama barrera de acceso).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Provider Use Only CODE <input type="text"/> </div>

Ingreso sujeto a impuestos

Anota a ti mismo y los miembros de tu familia (cónyuge e hijos) que viven contigo, y las fuentes de ingresos sujetos a impuestos de cada persona.

Si alguien te reclama a ti en sus impuestos, anota a todos los reclamados en el formulario de impuestos de esa persona. Las fuentes de ingresos incluyen empleo, trabajo por cuenta propia, seguridad social (incluso si no está sujeta a impuestos), propinas, manutención conyugal recibida, beneficios de desempleo, etc. Solicita páginas adicionales según sea necesario. Si tienes 17 años o menos, se excluyen los ingresos de tus padres. Un proveedor puede hablar más contigo y ayudarte a averiguar el tamaño de tu familia.

Nombre	Relación contigo	Edad	Fuente de ingreso	Ingreso mensual sujeto a impuestos
	(Yo)			
	SELF			

Tamaño de la familia: Ingreso familiar total sujeto a impuestos

Paso 3: Lee y firma la solicitud

Elegibilidad para el seguro médico de California

Recibí información sobre cómo solicitar e inscribirme en programas de seguro accesible. SI NO

Visita www.CoveredCA.com o llama al 1-800-300-1506 para obtener ayuda para completar la solicitud para estos programas.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que la información anterior en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa puede hacerme no elegible para este programa.

Firma del solicitante (o marca)	Fecha de firma

Declaración de privacidad (Código Civil § 1798 et seq.)

Esta información se utilizará para ver si estás inscrito en algún programa de salud estatal. La información también se utilizará para vigilar los resultados de salud y para fines de evaluación del programa. No se divulgará tu nombre. Cada individuo tiene el derecho de revisar la información personal mantenida por el proveedor a menos que esté exento a el Artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

Derechos de audiencia imparcial

Cualquier solicitante o beneficiario de servicios del Programa Family PACT tendrá derecho a una audiencia con respecto a la elegibilidad o la recepción de servicios. Un solicitante o beneficiario no tiene derecho a impugnar los cambios realizados en las normas de elegibilidad o los beneficios del Programa Family PACT.

Revisión de primer nivel: si deseas apelar tu denegación de elegibilidad o la recepción de servicios, por favor envía tu nombre, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicitas una revisión de primer nivel a la dirección que figura a continuación. La solicitud para una revisión de primer nivel debe tener matasellos dentro de los 20 días hábiles a partir de la denegación de elegibilidad o de servicios. La Oficina de Planificación Familiar puede solicitar información adicional por teléfono o por escrito al proveedor o al solicitante antes de emitir una decisión.

Audiencia formal: puedes solicitar una audiencia formal dentro de los 90 días a partir del día en que se te notificó que no eras elegible o que los servicios que deseabas no serían proporcionados o han sido descontinuados. Si tienes una causa justificada de por qué no pudiste solicitar una audiencia dentro de los 90 días, aún puedes solicitar una audiencia. Si tienes una causa justificada, tu solicitud aún puede ser programada. Proporciona toda la información solicitada, como tu nombre completo, número de teléfono, dirección y el motivo de la audiencia formal y envíala por correo a la dirección de la audiencia formal que aparece abajo. Si deseas, también puedes adjuntar una carta y explicar por qué crees que la acción tomada no es correcta. También puedes llamar al número de Investigación y Respuesta Pública que aparece a continuación. Si tienes problemas para entender inglés, asegúrate de indicar tu idioma para que te puedan hacer arreglos y tener asistencia con el idioma en la audiencia. Si has elegido un representante autorizado, asegúrate de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Conserva una copia de tu solicitud de audiencia para tu archivo. Puedes presentar tu solicitud de audiencia formal de dos maneras:

Revisión de primer nivel
Department of Health
Care Services
Office of Family Planning
P.O. Box 997413,
Mail Station 8400
Sacramento, CA 95899-7413

Audiencia formal
California Department
of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243,
Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA
94244-2430

**o llama gratis a Investigación
y Respuesta Pública**
Department of Social Services
State Hearings Division State
Hearings Division Public
Inquiry and Response
1-800-952-5253 or
1-800-743-8525
TDD 1-800-952-8349
Fax: (916) 651-5210

Paso 4: SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR (PROVIDER USE ONLY)

Provider certification: Eligible for Family PACT Program
 Ineligible for Family PACT Program (Give Fair Hearing Rights)

Why client is ineligible:

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified:

- Limited scope Unmet share-of cost Barrier to Access

DECLARATION

My signature attests that based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this form is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of the CEC form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client was 1) informed of California health insurance eligibility programs through Covered California, 2) offered and received (or declined) a copy of the Notice of Privacy Practices, Nondiscrimination Policy and 3) if applicable, provided a Retroactive Eligibility Certification Form (DHCS 4001).

Print name	Signature	Date
Deactivation: If client is deactivated (no longer eligible)	Date	Reason code
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Provider Use Only CODE </div>

