

PAQUETE INFORMATIVO DE CalWORKs

**POR FAVOR CONSERVE ESTE
PAQUETE**

El Condado de Shasta no discrimina por motivos de discapacidad en la inscripción, acceso, o funcionamiento de sus edificios, instalaciones, programas, servicios o actividades. El condado no discrimina por motivos de discapacidad en sus prácticas de procesos de contratación o empleo.

Formularios incluidos en el paquete

| NOMBRE DEL FORMULARIO | FECHA | NÚMERO DEL FORMULARIO |
|--|-------|------------------------|
| Portada del Paquete Informativo de CalWORKs | 06/24 | Portada (Verde oscuro) |
| Anuncio de Servicios de Idiomas | 06/17 | GEN 1365 |
| Cambio De Las Reglas De La Unidad De Asistencia Del Programa De California De Oportunidades De Trabajo Y Responsabilidad Hacia Los Niños (CalWORKs) Y De La Manutención Infantil | 10/20 | CW 52 (SP) |
| Es posible Que Usted Reúna Los Requisitos Para Recibir Servicios Alternativos (You May Be Eligible for Diversion Services) | 04/21 | CW 88 Coversheet |
| Reglas de CalWORKs sobre la inmunización (vacunación) | 07/17 | CW 101 (SP) |
| Límite de Tiempo De 60 Meses De CalWORKs | 04/21 | CW 2184 (SP) |
| Información Importante Para Las Familias De CalWORKs | 08/21 | TEMP 3022 (SP) |
| Programa De Visitas Al Hogar De CalWORKs (HVP, por sus siglas en ingles) | 05/20 | CW 2224 (SP) |
| Aviso Del Programa Welfare-to-Work | 05/23 | WTW 5 (SP) |
| Folleto sobre violencia doméstica | 06/24 | |
| Sus Derechos - (Your Rights Under California Public Benefits Programs – For People Applying For Or Receiving Public Aid In California) | 05/22 | PUB 13 |
| My Medi-Cal: Como obtener la atención medica que necesita | 02/19 | PUB 68 (SP) |
| Planificación familiar...Comprometiéndose para un futuro saludable | 04/07 | PUB 275 (SP) |
| Transferencia de Beneficios de California electrónica (EBT) - La manera fácil, segura y conveniente de recibir cupones de alimentos y beneficios en efectivo | 02/24 | PUB 388 (SP) |
| Volate de Información Sobre La Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) Libre de Recargos-Depósitos Directos (EBT Surcharge Free – Direct Deposit Handout) | 04/23 | EBT 2216 |
| Registro de votantes en línea | | |

NOTICE OF LANGUAGE SERVICES

Your eligibility for public benefits could be affected by information contained in this letter. Your response may be required by a certain date. If you need additional help with this information, you can call your county worker. You have the right to ask for help in your own language. There is no cost for this help.

(English)

Su elegibilidad para recibir beneficios públicos podría ser afectada por la información contenida en esta carta. Su respuesta podría ser requerida antes de cierta fecha. Si necesita ayuda adicional con esta información, llame a su trabajador del condado. Tiene el derecho a pedir ayuda en su propio idioma. No hay ningún costo para esta ayuda.

(Spanish)

قد تتأثر أهليتك للحصول على المزايا العامة بالمعلومات الواردة في هذه الرسالة. قد يكون ردك مطلوبًا بحلول تاريخ معين. إذا احتجت إلى مساعدة إضافية لفهم هذه المعلومات، فيمكنك الاتصال بمسؤول الملف في مقاطعتك. لديك الحق في طلب المساعدة بلغتك. لا توجد تكلفة مقابل هذه المساعدة.

(Arabic)

Այս նամակում պարունակվող տեղեկությունները կարող են ազդել սեփական նպաստներ ստանալու Ձեր իրավասություն վրա: Ձեր պատասխանը կարող է պահանջվել մինչև որոշակի ամսաթիվը: Եթե Ձեզ այս տեղեկությունների հետ կապված լրացուցիչ օգնություն է հարկավոր, կարող եք դիմել Ձեր վարչաշրջանի աշխատակցին: Դուք իրավունք ունեք Ձեր մայրենի լեզվով օգնություն ստանալու: Այդ ծառայությունն անվճար է:

(Armenian)

សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់អ្នក អាចត្រូវប៉ះពាល់ដោយសារព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុង លិខិតនេះ។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចាំបាច់ត្រូវឱ្យបានតាមកាលកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម ទាក់ទងនឹងព័ត៌មាននេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់បុគ្គលិកធ្វើការនៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ជំនួយភាសាកំណើតរបស់អ្នក។ ការផ្តល់ជំនួយនេះពុំមានគិតថ្លៃនោះទេ។

(Cambodian)

您的公共福利资格可能会受到本信中所含信息的影响。您可能需要在特定日期内作出回应。如果您需要 有关此信息的其他帮助，您可以致电所在区县的工作人员。您有权使用母语请求帮助，并無費获取该类 帮助。

(Chinese)

صلاحیت شما برای برخورداری از مزایای عمومی ممکن است با اطلاعات مندرج در این نامه تحت تأثیر قرار بگیرد. ممکن است تا تاریخ معینی ملزم به دادن پاسخ باشید. اگر به کمک بیشتری نیاز دارید، می توانید با مددکار کانتی تان تماس بگیرید. شما حق دارید درخواست کنید که کمک به زبان خودتان ارائه شود. ارائه این کمک هزینه ای برای شما در بر ندارد.

(Farsi)

इस पत्र में दीये हुये जानकारी के कारण आपकी सार्वजनिक लाभों की योग्यता प्रभावित हो सकती है। एक निश्चित तिथि तक आपके उत्तर की आवश्यकता हो सकती है। यदि आपको इस जानकारी के सन्दर्भ में अतिरिक्त सहायता चाहिए तो अपने काउंटी कार्यकर्ता से संपर्क करें। आपको अपनी भाषा में सहायता की माँग करने का अधिकार है। इस सहायता के लिए कोई शुल्क नहीं लगता।

(Hindi)

Koj txoj kev pab los ntawm pej xeev cov kev pab cuam yuav cuam tshuam txog qhov muaj cai tau txais kev pab. Tej zaum koj yuav tsum teb rov qab mus raw li hnuv hais tseg. Yog koj tsis nkag siab cov ntaub ntawv no hu rau tus neeg pab lis hauv lwm hauv koj lub zos. Koj muaj txoj cai thov kev pab ua yog hais koj hom lus. Yuav tsis tau them nqi dab tsi rau qhov kev pab no.

(Hmong)

あなたの公的給付金の受領資格は、本文書に含まれる情報によって影響を及ぼされる可能性があります。回答を期限までに要請される可能性があります。本情報に関してさらに援助が必要な場合は、郡の職員にお電話にてお問い合わせください。言語支援サービスがご利用できます。このサービスは無料です。

(Japanese)

공공 혜택에 관한 귀하의 자격이 이 편지에 포함된 내용에 의해 영향을 받을 수 있습니다. 귀하께서는 정해진 날짜까지 이에 응답할 필요가 있을 수도 있습니다. 본 내용과 관련하여 도움이 필요하시면 카운티 담당 직원에게 연락하십시오. 귀하의 사용 언어로 도움을 요청하실 수 있는 권리가 있습니다. 도움 비용은 무료입니다.

(Korean)

ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ອາດໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກຂໍ້ມູນໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳຕ້ອງຕອບກັບຄືນພາຍໃນວັນທີທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບຂໍ້ມູນນີ້, ທ່ານສາມາດໂທຕິດຕໍ່ພະນັກງານປະຈຳຄາວເຖິງຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນີ້.

(Lao)

Meih duqv zipv naaiv zeiv waa-fienx bun taux meih se wueic laaix benx zuqc ninh yaac haih maaih jau-louc mingh ging-dongx taux meih nyei ze'buonc pui-zipv tengxx fu'loqc nyaanh aengx caux oix zuqc heuc meih dau waac daaux nqaang bun nzuonx hingh gan hnoi-nyieqc ziangh hoc.. Se gorngv meih maiv bieqc hnyouv taux naaiv deix waa-fienx jau-louc nor korh waac mingh buangh taux meih nyei kaau div gong-gorn zangc zoux gong mienh. Meih corc maaih do-leiz ze'buonc tov heuc tengx faan benx meih nyei mienh fingz waac bun muangx maiv zuqc cuotv haaix diuc jaa-zinh.

(Mien)

ਜਨਤਕ ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ। ਇੱਕ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਵਾਧੂ ਮਦਦ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਲਾਕੇ ਦੇ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਇਹ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਹੈ।

(Punjabi)

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

Информация, содержащаяся в этом письме, может повлиять на Ваше право получать государственные пособия. Возможно, Вам необходимо будет предоставить ответ до определенной даты. Если Вам нужна дополнительная помощь в связи с этой информацией, обратитесь к сотруднику администрации округа. У Вас есть право обратиться за помощью на Вашем родном языке. Эта помощь оказывается бесплатно.

(Russian)

การมีคุณสมบัติที่จะได้รับเลือกผลประโยชน์ของภาครัฐของคุณมีผลกระทบจากข้อมูลในจดหมายฉบับนี้ การตอบ)
รับของคุณจะต้องทำภายในเวลาที่กำหนด หากคุณต้องการความช่วยเหลือจากข้อมูลนี้ คุณสามารถติดต่อกับ)
พนักงานในท้องที่ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอความช่วยเหลือโดยใช้ภาษาของคุณ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการขอความช่วยเหลือ)
ครั้งนี้

(Thai)

Ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga pampublikong benepisyo ay maaaring makaapekto sa impormasyong nilalaman ng liham na ito. Ang iyong tugon ay maaaring kailanganin sa pagsapit ng partikular na petsa. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong sa impormasyong ito, maaari mong tawagan ang iyong manggagawa sa county. May karapatan kang humingi ng tulong sa sarili mong wika. Walang gagastusin para sa tulong na ito.

(Tagalog)

Інформація, яку надано цим листом, може вплинути на Ваші умови отримання допомоги по соціальному забезпеченню. Вона також може вимагати від вас відповіді не пізніше певної дати. Якщо Ви потребуєте додаткової допомоги відносно наданої інформації, зателефонуйте працівнику місцевої служби. Ви маєте право на отримання безкоштовних послуг перекладача.

(Ukrainian)

Tính đủ điều kiện nhận các phúc lợi công cộng của quý vị có thể bị ảnh hưởng bởi thông tin có trong thư này. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hồi đáp trước một ngày cụ thể. Nếu quý vị cần thêm trợ giúp với thông tin này, quý vị có thể gọi đến nhân viên tại quận hạt của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Quý vị không mất chi phí khi nhận sự trợ giúp này.

(Vietnamese)

CALIFORNIA WORK OPPORTUNITY AND RESPONSIBILITY TO KIDS (CALWORKS) CHILD SUPPORT INSTEAD OF CASH GRANT OPTION

You may choose to keep all of the child support collected for a stepsibling or half-sibling of a CalWORKs-eligible child, if it is more than the cash aid you would get for the stepsibling or half-sibling. If you want to keep the child support and not get cash aid for the stepsibling or half-sibling, you must tell your CalWORKs Eligibility Worker in writing. If you keep the child support, you will not get cash aid for that child and your cash aid may be lowered. The child support you get will not count against your CalWORKs grant. You will get a Notice of Action showing your new cash aid amount. You must have at least one child in your CalWORKs case to stay eligible.

Contact your CalWORKs Eligibility Worker if you want to keep the child support or have questions about the changes to the Child Support rules. Contact your Child Support Worker if you have questions about your child support.

CalFresh Changes:

Changes to your cash aid may change your CalFresh benefits. **You will get a separate notice if your CalFresh benefits change.**

You may be asked to provide a copy of your child support court order(s) and a copy of your child support Monthly Statements of Collections and Distributions to your CalWORKs Eligibility Worker if you want to keep the child support for your eligible child. If you do not have these papers, contact your local child support agency at 1-866-901-3212. You can use other proof if these papers are not available. Ask the County about other proof you can use to show the amount of child support you get for the stepsibling or half-sibling.

CW 52 - CHILD SUPPORT PAYMENT OPTION FORM

I, _____, certify I am the parent or caretaker relative of the child(ren) listed on this form and choose to keep the monthly child support I get for them instead of CalWORKs cash aid. I understand I can keep the monthly child support if I meet the conditions under numbers 1-3 below. I understand that the child(ren) will not be eligible to get CalWORKs cash aid unless I withdraw this request. These rules have been explained to me by my worker. I also certify and understand that:

1. The child(ren) listed is a stepsibling or half-sibling of an eligible CalWORKs child living in the same home;
2. The amount of monthly child support I get for the child(ren) is more than the monthly amount of cash aid I would get for them;
3. I have at least one CalWORKs eligible child remaining in the assistance unit;
4. I can withdraw this option when my semi-annual report (SAR 7) is due (if I am a SAR assistance unit), at annual redetermination or if the child support for the child lowers or stops. I cannot opt in again until my SAR 7 report is due or at my annual redetermination appointment;
5. I can only opt in at application, when my SAR 7 report is due (if I am a SAR assistance unit) or at my annual redetermination appointment. My request to opt in at application will be effective the date my cash aid is approved. My request to opt in or out at my annual redetermination or when my SAR 7 is due will be effective the first month following my request after the county gives me a 10-day notice. If I opt out because the child support I get for my child lowers or stops, my grant may increase within 10 days from the day I show proof: and,
6. I have had my rights explained to me and have been given the written informing notice explaining the rules.

I choose not to get CalWORKs cash assistance for my child(ren) listed below, and instead, I wish to keep all of the child support I get for this child(ren):

| | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Print Name of Child | Print Name of Child | Print Name of Child |
|---------------------|---------------------|---------------------|

- I understand my rights as explained to me.
- I understand the rules for choosing to keep my child support payment.

| | |
|---|-------------|
| Case Name | Case Number |
| Signature of Parent or Caretaker Relative | Date |
| Signature of Eligibility Worker | Date |

YOU MAY BE ELIGIBLE FOR DIVERSION SERVICES

Diversion services can give you cash or non-cash services to meet a specific current need or emergency such as unpaid rent or car repair. Read this Coversheet carefully. It gives you facts to help you decide if diversion services are right for you. You must fill out and sign the Diversion Services Agreement before you can get diversion services.

Facts About Diversion Services

- The county determines if you are eligible for diversion services. They are only for persons who:
 - May benefit from diversion services and could avoid the need for getting cash aid every month **and**
 - Are apparently eligible for cash aid, **and**
 - Need some cash or non-cash assistance to help solve a current need or emergency situation.
- You can **only** get diversion services at the time of application. If you choose to get cash aid, you will no longer be eligible for diversion services.
- You should **only choose** to get diversion services if you do not need or want to get cash aid each month.
- You may be eligible for CalFresh and Medi-Cal, and you may be able to get child care assistance.
- You and the county must agree to the method of payment for diversion services.

Choosing Diversion Services Instead Of Monthly Cash Aid

If you choose to get diversion services:

- You will not get monthly cash aid.
- You must sign the attached Diversion Services Agreement.
- You will get a notice that:
 - Denies your current application for cash aid, **and**
 - Gives you the method of payment for your diversion services and the number of months in your diversion period.
- You will get a separate approval or denial notice for any other benefits you applied for, such as CalFresh and Medi-Cal.
- You must tell your worker if you need child care assistance during your diversion period.

After Getting Diversion Services

If you apply for cash aid after getting diversion services and it is:

- **Before the diversion period ends**, you must choose to allow the county to either:
 - Lower your monthly cash aid payment by the amount determined by the county to repay the diversion payment/services; **or**
 - Count the total diversion period against your 60-month time limit.
- **After the diversion period ends**, the county will only count one month of the diversion period against your 60-month time limit.

Figuring The Diversion Period

When the county figures the diversion period, the county:

- Determines the purchase price or current value for any non-cash services you get.
- Takes the amount of diversion payment/services and divides it by your Maximum Aid Payment for your assistance unit at the time you got diversion services.

Example For Figuring A Diversion Period

- An applicant with two children receives \$1,780 to take care of emergency repairs on their car so they can continue working.
- With a Maximum Aid Payment of \$834 for an assistance unit of 3 at the time they got diversion services, their diversion period is 2 months ($\$1,780 \div \$834 = 2.1$ months, which is then rounded down to a 2-month diversion period).

IF YOU DO NOT CHOOSE TO GET DIVERSION SERVICES, TELL THE COUNTY YOU WANT TO GET MONTHLY CASH AID, IF YOU ARE OTHERWISE ELIGIBLE.

REGLAS DE CALWORKS SOBRE LA VACUNACIÓN

REGLAS SOBRE LA VACUNACIÓN

Si recibe asistencia monetaria bajo el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKS), tiene que darle al condado pruebas de que los niños menores de 6 años en su familia han recibido las vacunas apropiadas para su edad. Para una lista de vacunas recomendadas por los doctores, vea la siguiente columna, y para el programa de vacunación recomendado, vea la página adjunta.

PRUEBAS

Si usted es un solicitante de CalWORKs, tiene que proveer pruebas de vacunación dentro de 30 días a partir de la aprobación de Medi-Cal o dentro de 45 días a partir de la fecha de la solicitud para CalWORKs, si ya está recibiendo Medi-Cal.

Si usted es un beneficiario actual CalWORKs, tiene que presentar pruebas de vacunación dentro de 45 días de la fecha en que el condado le avise que se requieren pruebas de vacunación. Para cada niño menor de 6 años que usted añada a su unidad de asistencia, tiene que presentar pruebas de vacunación dentro de 30 días de la aprobación de Medi-Cal para el niño.

Si tiene problemas para obtener las vacunas para sus niños, comuníquese con su trabajador inmediatamente.

EXENCIONES

Un niño (o niños) está exento de estas reglas de vacunación si el padre o el pariente proveedor de cuidado tiene una causa justificada como se indica enseguida:

Permanente

- El proveedor de cuidado cree que los niños no deben vacunarse;
- El proveedor de cuidado tiene una declaración médica indicando que el niño no debe ser vacunado;

Temporal

- El proveedor de cuidado no pudo llevar al niño con el doctor por problemas de transporte;
- El proveedor de cuidado no pudo conseguir una cita médica a tiempo;
- La vacuna que necesitaba el niño no estaba disponible;
- El padre o el niño estaba enfermo y no pudo ir al doctor;
- Barreras del idioma; y
- Los expedientes no muestran correctamente todas las vacunas que los niños recibieron y el pariente proveedor de cuidado está tratando de corregir los expedientes.

FALTA DE COOPERACIÓN

Si usted no presenta pruebas de vacunación para todos los niños menores de 6 años en su unidad de asistencia, se reducirá su asistencia monetaria por una cantidad equivalente a la parte de asistencia monetaria para los padres o parientes proveedores de cuidado. Una vez que se presenten las pruebas, se volverá a incluir la asistencia monetaria para los padres/parientes proveedores de cuidado el día primero del siguiente mes.

VACUNAS RECOMENDADAS MÉDICAMENTE

El Comité Asesor sobre las Prácticas de Vacunación, la Academia Americana de Pediatría, y la Academia Americana de Doctores en Medicina Familiar actualmente recomiendan las siguientes vacunas para niños menores de 6 años:

- Polio
- Difteria, tétanos, y tos ferina (DTaP o DTP)
- Sarampión paperas, y rubeola (MMR)
- Vacuna contra el virus de la varicela* (para la viruela loca)
- Hepatitis B
- Haemophilus influenzae tipo b (para la meningitis)

DÓNDE OBTENER LAS VACUNAS

- Un proveedor que acepte Medi-Cal
- Su doctor asignado por el plan de cuidado médico administrado de Medi-Cal
- Una clínica pública de salud del condado
- Cualquier otro lugar dentro de su condado que ofrezca vacunas gratis o a bajo costo
- Un proveedor del Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños (CHDP)

CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS VACUNAS

Puede llamar a:

- La línea nacional de información sobre la vacunación patrocinada por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y la Asociación Americana de Salud Social. Llame de lunes a viernes entre las 5 AM y las 8 PM:
 - Inglés 1-800-232-2522
 - Español 1-800-232-0233
- Su programa de servicios de vacunas o el programa de CHDP de su departamento de salud local (dependiendo del condado) es:

* Es posible que la vacuna para la viruela loca no esté disponible para todos los doctores.

Si tiene alguna pregunta, llame a su trabajador.

LÍMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CALWORKS



LÍMITE DE TIEMPO DE 60 MESES PARA ASISTENCIA DE CalWORKs

Empezando del 1.º de mayo de 2022, un adulto que recibe asistencia (padre/madre, padrastro/madrastra o pariente cuidador) solamente puede recibir asistencia monetaria bajo el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs) durante 60 meses (5 años). Esto incluye la asistencia monetaria que usted recibió de California y de otros estados bajo los Programas de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) federales.

El límite de tiempo de 60 meses NO aplica a:

- Niños
- Cuidado infantil
- Beneficios de Medi-Cal
- Beneficios de CalFresh
- Asistencia que usted recibió de California y de otros estados bajo el Programa de Asistencia para Familias con Niños Necesitados (Aid to Families with Dependent Children, AFDC) antes del 1.º de enero de 1998.

INFORMACIÓN QUE USTED DEBE SABER ACERCA DEL LÍMITE DE TIEMPO DE 60 MESES DE CalWORKs

Exenciones relacionadas con el límite de tiempo: “situaciones que detienen el reloj”

Un mes en el cual recibe asistencia monetaria no cuenta para el límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs si en cualquier momento durante ese mes usted:

- Está discapacitado (*tiene que tener un comprobante médico en el que se indique que hay una discapacidad que se espera que dure por lo menos 30 días*).
- Tiene 60 años de edad o más.
- Está cuidando a una persona enferma o discapacitada que vive en su hogar y esto le impide trabajar o participar en las actividades del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare-to-Work, WTW).
- Está cuidando a un menor bajo la tutela de la corte o a un menor en riesgo de ser colocado bajo cuidado de crianza temporal, y esto le impide trabajar o participar en las actividades de WTW.
- Es una víctima de abuso doméstico y el condado le ha proporcionado una exención relacionada con el límite de tiempo de 60 meses.
- Está viviendo en un territorio indígena, como lo define la ley federal, o en un pueblo nativo de Alaska, en el cual por lo menos el 50 por ciento de los adultos están desempleados.
- Recibió una exención para no participar y el límite de tiempo para recibir asistencia monetaria por el cuidado de un niño de 0 a 23 meses de edad. (*Esta exención está disponible solamente una vez*).

Más “situaciones que detienen el reloj” del límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs

Un mes **no** cuenta si:

- No recibió asistencia monetaria de CalWORKs para usted porque su pago era menos de \$10, recibió una sanción o no era elegible por cualquier otra razón.
- Su pago es completamente reembolsado por el cobro de manutención de hijos.
- Usted ya no recibe asistencia monetaria, tiene un empleo y solamente está recibiendo servicios de apoyo, como cuidado infantil, transporte o administración de su caso.

Para más información acerca de los límites de tiempo, vea la siguiente página.

Excepciones relacionadas con el límite de tiempo: “extensiones de tiempo”

Es posible que usted pueda recibir más asistencia monetaria después de los 60 meses, si **todos** los padres, madres, padrastros, madrastras o parientes cuidadores en el hogar que reciben asistencia se encuentran en una de las siguientes situaciones:

- Están cuidando a una persona enferma o discapacitada que vive en su hogar y esto les impide trabajar o participar en las actividades de WTW.
- Tienen 60 años de edad o más.
- Están cuidando a un menor bajo la tutela de la corte o a un menor en riesgo de ser colocado bajo cuidado de crianza temporal, y esto les impide trabajar o participar en las actividades de WTW.
- Ha sido evaluado por el condado y se ha descubierto que no puede trabajar o participar en las actividades de WTW. Esta excepción solamente aplica cuando el adulto tiene un historial de cooperar con las reglas de WTW.
- No está incluido en la unidad de asistencia (*assistance unit*, AU) por algún motivo que no sea haber alcanzado el límite de tiempo de 60 meses.
- Está discapacitado y está recibiendo ciertas clases de beneficios por discapacidad, y la discapacidad le impide trabajar o participar en las actividades de WTW. Los beneficios que califican para esto son: Seguro Estatal de Incapacidad (Disability Insurance), Seguro de Incapacidad Temporal de la Compensación por Lesiones de Trabajo (Worker’s Compensation Temporary Disability Insurance), Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services) o beneficios del Programa de Pagos Suplementarios del Estado (State Supplementary Program).
- Si solamente un adulto en el hogar califica para una extensión de tiempo, usted no será elegible para una extensión de asistencia monetaria. Todos los adultos tienen que cumplir con una de estas extensiones de tiempo, pero cada uno de ustedes puede satisfacer una situación diferente.

Exención relacionada al límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs para continuar recibiendo asistencia

Si usted es una víctima de abuso doméstico y el condado determina que su condición o situación le impide o afecta su habilidad para trabajar o participar en las actividades de WTW, el condado puede otorgar una exención del límite de tiempo de 60 meses y usted puede recibir más de 60 meses de asistencia. No todos los adultos del hogar deben calificar para una extensión de tiempo para que una persona obtenga una exención por motivos de violencia doméstica.

Solicitud para una exención o extensión de tiempo

Si usted piensa que cumple con las reglas para una exención o extensión de tiempo, comuníquese con su trabajador. También puede comunicarse con su trabajador para saber cuántos meses de asistencia ha usado.

Opción de dejar de recibir asistencia monetaria

Si su familia está recibiendo solamente una cantidad pequeña como pago mensual de asistencia monetaria, usted puede elegir no recibir la asistencia monetaria para que los meses no cuenten en el límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs. Esto le **ahorrará** algunos meses de la asistencia monetaria para el futuro. Debe comunicarse con su trabajador para saber si suspender la asistencia monetaria será de ayuda para usted.

Pago alternativo (*diversion*)

Existen reglas especiales relacionadas con el límite de tiempo para pagos alternativos. El pago alternativo es un pago único que usted puede recibir en vez de la asistencia monetaria cada mes. El mes en el que recibe el pago alternativo cuenta como un mes para el límite de tiempo de 60 meses de CalWORKs, a menos que vuelva a solicitar y reciba la asistencia monetaria en el período del pago alternativo. En ese caso, puede elegir que todos los meses del período del pago alternativo cuenten para el límite de tiempo de 60 meses, o puede reembolsar el pago alternativo si se le disminuye su pago mensual.

REGLAS PARA OTROS ESTADOS

Otros estados tienen reglas diferentes relacionadas al límite de tiempo. Si usted ha recibido asistencia del programa TANF en otro estado, o si tiene planes de mudarse a otro estado, tiene que ponerse en contacto con ese estado para obtener información acerca de los requisitos relacionados con el límite de tiempo.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LAS FAMILIAS DE CALWORKS

Las leyes estatales han extendido el límite de tiempo de CalWORKs a 60 meses

El 1 de mayo de 2022, el límite de tiempo para los adultos de CalWORKs cambiará de 48 a 60 meses. Si usted es un adulto que ya recibió 48 meses de beneficios de CalWORKs, es posible que pueda recibir **12 meses adicionales** de beneficios. Por ejemplo, si recibió 36 meses de beneficios de CalWORKs, puede recibir 24 meses adicionales. Si recibió 50 meses, puede recibir 10 meses adicionales.

Esto es lo que usted necesita saber:

- **Si es un adulto que recibe CalWORKs para sí mismo:** no tiene que hacer nada. Siga reportando la información necesaria de la manera que le indicó el condado. Si no sabe cuántos meses de beneficios ha recibido, revise el último aviso que recibió o comuníquese con el condado.
- **Si un miembro de su unidad de asistencia (AU) recibe CalWORKs y usted es un padre que ya recibió el máximo de meses de CalWORKs, pero este máximo fue menos de 60 meses:** si usted vive en el hogar, reúne todos los requisitos pertinentes y es el padre / la madre de un niño que recibe CalWORKs o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI), será automáticamente reincorporado a la AU el 1 de mayo de 2022. No tiene que contactar con el condado para reincorporarse a la AU.
- **Si es un adulto que ya recibió 60 o más meses de CalWORKs:** no será reincorporado a la AU el 1 de mayo de 2022. Su hijo (o hijos) todavía podrá recibir beneficios de CalWORKs, pero usted aún habrá recibido el máximo de meses de beneficios para sí mismo. Puede recibir más de 60 meses de CalWORKs si califica para una extensión. Puede presentar el [formulario CW 2190A, Solicitud para una extensión del límite de tiempo de CalWORKs](#), o contactar con el condado para saber si califica.
- **Si usted es un «adulto opcional» que ya recibió el máximo de meses de beneficios y actualmente no recibe CalWORKs para sí mismo:** los adultos opcionales son los abuelos, tías, tíos y otros parientes que cuidan de un niño y reciben beneficios de CalWORKs en su nombre. Es posible que los adultos opcionales que han recibido el máximo de meses de beneficios no sean automáticamente reincorporados a la AU el 1 de mayo de 2022. Si desean reincorporarse a la AU, deben comunicarse con el condado y preguntar si califican. Para ser reincorporado a la AU, hay que reunir todos los criterios de elegibilidad y rellenar el formulario [CW 8, Declaración de datos para una personal adicional](#).

IMPORTANTE: si lo vuelven a agregar al caso, usted tendrá que cumplir con todas las reglas de elegibilidad. Esto incluye seguir todas las reglas relacionadas con la manutención de hijos y con la participación en el Programa Welfare to Work. En la mayoría de los casos, cuando se le agrega una persona a la AU, este cambio aumenta el monto del pago mensual de CalWORKs. No obstante, en algunos casos, el pago mensual será el mismo o incluso bajará. Si recibe beneficios de CalFresh y el monto de sus beneficios de CalWORKs aumenta, es posible que empiece a recibir menos beneficios de CalFresh. Cada vez que haya un cambio en sus beneficios de CalWORKs o CalFresh, recibirá un aviso.

Ningún padre / pariente cuidador puede recibir CalWORKs si ya recibió 60 meses de beneficios de CalWORKs. Toda la asistencia que usted haya recibido de CalWORKs, de un programa TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) tribal o de un programa TANF de otro estado después del 1 de enero de 1998 se incluye en el límite de 60 meses. Si reúne ciertos criterios, es posible que califique para una exención que le permite recibir más meses de CalWORKs. Si desea más información, comuníquese con el condado o revise el formulario [CW 2184, Límite de tiempo para CalWORKs](#). No hay límite de tiempo para los niños que reciben beneficios de CalWORKs.

PROGRAMA DE VISITAS AL HOGAR (HVP, por sus siglas en inglés) DE CALWORKS

Usted puede ser elegible para participar en visitas al hogar

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE VISITAS AL HOGAR DE CALWORKS

- El Programa de visitas al hogar de CalWORKs es un programa voluntario que le vincula con un profesional capacitado que realiza visitas regulares a su hogar para proporcionarle orientación, capacitación, acceso a atención prenatal y postnatal, recursos de aprendizaje temprano y otros servicios sociales y de salud para usted y su hijo. **Todo esto está disponible sin ningún costo para usted.**
- Su familia puede ser elegible para recibir estos servicios de visitas al hogar hasta por veinticuatro meses o hasta el cumpleaños de su hijo, lo que ocurra más tarde.

BENEFICIOS DE LAS VISITAS AL HOGAR

- Su familia puede recibir muchos beneficios positivos al participar en visitas al hogar, incluyendo la mejora de su capacidad de:
 - Mantener a usted y a su bebé saludables;
 - Ser la mejor madre que pueda ser;
 - Enfrentar el estrés de manera saludable;
 - Apoyar el desarrollo de su hijo;
 - Obtener oportunidades de empleo y capacitación;
 - Obtener derivaciones a los beneficios y recursos disponibles para usted y sus hijos; e
 - Inscribirse en servicios de cuidado infantil de alta calidad sin ningún costo para usted
- Un visitante al hogar le proporcionará apoyo, orientación, capacitación y conexiones con recursos importantes que le ayudarán a mejorar la educación sobre la salud de su familia y el futuro social, económico y financiero.

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA

- Para ser elegible para el servicio del Programa de visitas al hogar (HVP) de CalWORKs, usted debe ser:
 - Un miembro de una unidad de asistencia CalWORKs que es una madre embarazada por primera vez, con menos de 28 semanas de embarazo, sin ningún otro hijo en el momento de la inscripción.
- Si no cumple con los criterios mencionados anteriormente, todavía puede ser elegible para participar en otros programas de visitas al hogar. Hable sobre sus opciones con su trabajador de elegibilidad de CalWORKs.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN VOLUNTARIA DEL PROGRAMA DE VISITAS AL HOGAR DE CALWORKS

Para ofrecerse como voluntaria para participar en el programa, firme y devuelva este formulario a su trabajador.

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE VISITAS AL HOGAR

Me gustaría ser voluntaria para participar en el Programa de visitas al hogar de CalWORKs y entiendo que puedo terminar voluntariamente los servicios de visitas al hogar en cualquier momento.

Estoy embarazada. Mi fecha de parto aproximada es _____.

No quiero ser voluntaria para participar en el Programa de visitas al hogar en este momento, pero entiendo que puedo ser voluntaria para participar en el Programa de visitas al hogar en el futuro informando a mi trabajador, quien determinará si sigo siendo elegible para participar.

Razón(es) para rechazar los servicios de visitas al hogar:

Actualmente recibo servicios de visitas al hogar.

No pienso que el programa me proporcionará ningún beneficio.

No me interesa recibir servicios de visitas al hogar.

Otro: _____

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

- La información que proporcioné será compartida con el programa de la agencia de visitas al hogar para que puedan comunicarse conmigo y programar una hora para que las visitas comiencen,
- Certifico que estoy embarazada,
- Este programa es 100 % voluntario, y puedo cancelar los servicios de visitas al hogar en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Bienestar del Condado o a la agencia de visitas al hogar,
- Esta autorización vence dos años después de la fecha de la firma, a menos que se revoque antes,
- Se me ofreció o proporcionó una copia de este formulario, y
- La participación en este programa no afectará mi elegibilidad para cualquier otro beneficio, apoyo o servicio de CalWORKs, incluidas las exenciones de asistencia social al trabajo.

| | |
|--|--------------------|
| Nombre del caso | Número de caso |
| Nombre de la madre o del padre o del pariente cuidador | Número de teléfono |
| Firma de la madre o del padre o del pariente cuidador | Fecha |
| Nombre del contacto del Condado | Número de teléfono |
| Firma del contacto del Condado | Fecha |

AVISO DEL PROGRAMA WELFARE-TO-WORK

Dígale al condado si necesita ayuda para leer o entender este aviso.

LO QUE WELFARE-TO-WORK SIGNIFICA PARA USTED

- El Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare-to-Work*, *WTW*) puede enseñarle, capacitarlo y asesorarlo para ayudarlo a encontrar un trabajo.
- Algunas de las cosas que *Welfare-to-Work* puede hacer por usted son:
 - Ayudarlo a buscar un trabajo y/o oportunidades para una educación superior.
 - Ayudarlo a recibir capacitación educativa o vocacional/en el trabajo, y a enseñarle lectura, matemáticas e inglés básico.
 - Ayudarlo a obtener experiencia laboral.
 - Proporcionarle consejería a usted y a su familia en caso que sea necesaria.
- Existe un límite de tiempo de 60 meses.
- Usted tiene muchas opciones respecto a las actividades en las que puede participar durante el tiempo que está recibiendo asistencia.
- *Welfare-to-Work* le ayudará a gestionar y a pagar los servicios de apoyo necesarios que necesita para poder participar en sus actividades. Esto incluye asistencia con el cuidado de niños, transporte, y otros costos tales como herramientas especiales o ropa que necesita para obtener un empleo. Usted puede obtener pagos por adelantado si los solicita, para que no tenga que usar su asistencia monetaria para pagar los servicios de apoyo necesarios.
- *Welfare-to-Work* le comunicará sobre los tipos de cuidado de niños disponibles y dónde puede encontrar una guardería.

CUÁNDO TIENE QUE ESTAR EN WELFARE-TO-WORK

- Usted tiene que participar en el programa *Welfare-to-Work* si usted recibe asistencia monetaria bajo el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [California Work Opportunity and Responsibility to Kids, (CalWORKs)] y usted no está eximido (exento) de participar.
- Usted no tiene que participar en el programa *Welfare-to-Work* si está exento. Usted está exento si usted:
 - Es menor de 16 años o tiene 60 años o más.
 - Tiene 16, 17 o 18 años, está en la escuela preparatoria (*high school*) o en la escuela de adultos inscrito a tiempo completo, a menos que vaya a la escuela como parte de su plan de *Welfare-to-Work*.
 - Es un pariente y no es el padre de familia encargado de proporcionar cuidado a un niño que es dependiente o se encuentra bajo la tutela de la corte, o a un niño que está en riesgo de ser colocado en el sistema de crianza temporal.
 - Es física o mentalmente incapaz de trabajar o de participar en una actividad de *Welfare-to-Work* de manera regular por lo menos por 30 días.
 - Es padre/madre o proveedor de cuidado de un niño recién nacido a 23 meses. **Esta excepción está disponible solo una vez.**
 - Es padre/madre o proveedor de cuidado pariente de un niño de 6 meses o menos (dependiendo del condado, este requisito de edad puede ser hasta los 12 meses). **Esta excepción está disponible solo una vez.**
 - Es padre/madre o proveedor de cuidado pariente de un niño de 12 semanas o menor (dependiendo del condado, este requisito de edad puede ser hasta los 6 meses). Pregúntele a su trabajadora social qué tan

Para hablar con el personal que puede ayudar con las solicitudes de CalFresh, CalWORKs, Medi-Cal, Asistencia General, Programa de Servicios Médicos del Condado y Programa de Acceso a Medi-Cal, llame al

1 (877) 652-0731

Servicios de interpretación disponibles

O visite el consultorio de Servicios de Salud y Servicios Humanos más cercano para hablar con el personal.

Consultorio Anderson

2889 East Center St.
Anderson, CA 96007

Consultorio Burney

36911 Main St. (Hwy. 299)
Burney, CA 96013

Consultorio Enterprise

2757 Churn Creek Rd.
(Detrás de 2727 Church Creek)
Redding, CA 96002

Consultorio Shasta Lake

4216 Shasta Dam Blvd.
Shasta Lake, CA 96019

Consultorio South Redding

2460 Breslauer Way
Redding, CA 96001

Servicios de empleo de CalWORKs

1400 California St.
Redding, CA 96001

Escanee el código QR para obtener una lista de más ubicaciones de HHSA



Actualizado 6/2024

Si usted es víctima de violencia doméstica, cuenta con ayuda.

One SAFE Place

2250 Benton Dr.
Redding, CA 96003
(530) 244-0117

Línea directa de crisis 24/7 y servicios al cliente
(530) 244-SAFE (7233)

Línea directa nacional contra la violencia doméstica

1 (800) 799-SAFE (7233)

TTY para personas con discapacidad auditiva o con deficiencias del habla
711



Violencia doméstica



**Línea directa de crisis 24/7
(530) 244-SAFE (7233)**



Shasta County
**Health & Human
Services Agency**

Violencia doméstica

Todos tenemos derecho a vivir sin miedo, sin violencia ni abusos por parte de una pareja o de un miembro de la familia.

Este folleto le ayudará a entender la violencia doméstica, le dará una lista de recursos, y le explicará los requisitos de CalWORKs de los que puede exonerarse.



Usted puede ser víctima de violencia doméstica si su pareja o un miembro de la familia:

- le golpea, pateo, abofetea o empuja;
- es extremadamente celoso;
- tiene un temperamento explosivo;
- le arroja objetos o rompe objetos con ira;
- le critica, amenaza o culpa con frecuencia;
- intenta controlar su comportamiento;
- la obliga a tener sexo;
- la priva de dinero, de las necesidades básicas o de atención médica;
- amenaza con lastimar a sus hijos, familiares o mascotas.

Consejos de seguridad

Si está en una relación abusiva y necesita ayuda:

- Hable con alguien en quien confíe y pida ayuda.
- Llame a One SAFE Place (un refugio local contra la violencia doméstica) y pida ayuda al (530) 244-7233.
- Explique a sus hijos cómo llamar al 911 en caso de emergencia.
- Llame al 911 si se encuentra en peligro inmediato.
- Diríjase a un lugar seguro y lleve a sus hijos.
- Si está herida, vaya al hospital más cercano.
- Escriba lo que sucedió.
- Documente sus lesiones (fotos, informes médicos, otros).

Si planea salir de una situación de abuso, llame a One SAFE Place de inmediato para elaborar un plan de seguridad y conectarse con recursos que pueden ayudarle a salir de manera segura.

Empaque un bolso que no puedan echar de menos. Ocúltelo o déjelo con alguien de su confianza.

Incluya en el bolso los siguientes elementos: dinero en efectivo; • ropa y artículos personales para usted y sus hijos; • medicamentos; • copias de documentos importantes (licencia de conducir, certificados de nacimiento, identificación con foto, pasaportes, documentos del seguro médico, licencia de matrimonio y registros de vacunación) • juguetes especiales o libros para sus hijos.

Planifique exactamente adónde irá y cómo llegará hasta allí. Recuerde que es posible que tenga que salir en medio de la noche.

Si usted es víctima de violencia doméstica y solicita, o ya está recibiendo, el programa CalWORKs:

Toda la información sobre violencia doméstica es confidencial. Y no se revelará a ningún tercero ni a otra agencia gubernamental o empleado del condado que no esté directamente involucrado en su caso.

Se elaborará un plan de Welfare-to-Work que satisfaga sus necesidades y no la ponga en mayor riesgo.

El condado puede dispensarle de algunos requisitos. A esto se le llama exoneración. Algunos requisitos de los cuales usted puede exonerarse son los siguientes:

- plazos para obtener CalWORKs;
- requisitos escolares o de trabajo;
- requisitos de establecimiento de paternidad o de manutención de niños.

Si usted es víctima de violencia doméstica e inmigrante indocumentado o ciudadano no estadounidense:

Puede obtener CalWORKs, incluso si usted tiene un patrocinador o no está aquí legalmente.

Es posible que pueda solicitar la residencia en virtud de la Ley de Violencia Contra la Mujer.



QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Si usted cree que ha sido víctima de discriminación, puede presentar una queja. La oficina específica donde tiene que presentar su queja depende del tipo de queja que tenga.

Para todos los programas administrados por la oficina de su condado: Pídale a la oficina del condado el nombre, la dirección y el número de teléfono de su coordinador de derechos civiles. La oficina del condado, no la oficina del estado, investigará su queja independientemente.

Para Covered California:

Civil Rights Coordinator Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95789
(916) 228-8764

CivilRights@covered.ca.gov

Para el Programa Medi-Cal y el Programa Dental de Medi-Cal:

Puede contactar con el coordinador de derechos civiles del condado, el Departamento de Servicios para el Cuidado de la Salud del Estado o el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos.

Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370 or 711 (Calif. Relay Service)
CivilRights@dhcs.ca.gov

Para todos los demás programas estatales cubiertos por este folleto:

Civil Rights Unit
California Department of Social Services
PO Box 944243, MS 9-7-41
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (gratuito)
crb@dss.ca.gov

Para presentar una queja de CalFresh ante la agencia federal:

United States Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(866) 632-9992 (gratuito) o (202) 260-1026
(800) 877-8339 (discapacidades auditivas)
program.intake@usda.gov

Para presentar una queja ante una agencia federal: Solamente para discriminación basada en raza,

color, origen nacional, discapacidad, edad o sexo:

Centralized Case Management Operation
United States Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington DC, 20201

Presente una queja en línea en:
[Portal de quejas de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)

(800) 368-1019 (gratuito)
(800) 537-7697 (discapacidades auditivas)

Límites de tiempo para una queja por discriminación
Tiene que presentar una queja por discriminación dentro de 180 días a partir de la fecha en que fue discriminado.

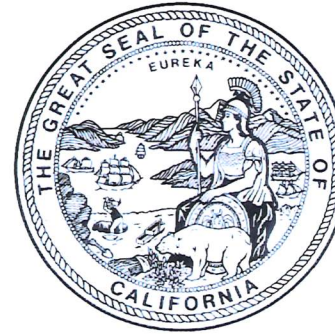
Si la discriminación también afectó la cantidad de sus beneficios o servicios, pida una audiencia.

En la audiencia, los jueces no pueden tomar decisiones sobre quejas de discriminación.

Una investigación de discriminación no puede cambiar la cantidad de sus beneficios o niveles de servicio. Solamente una audiencia con el Estado puede hacer eso. Las oficinas no pueden tomar represalias en su contra si usted solicita una audiencia o presenta una queja por discriminación.

PROGRAMAS CUBIERTOS EN ESTE FOLLETO

- Programa de Asistencia para Adopciones (AAP)
- Programa de Alcohol y Drogas (ADP)
- Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP)
- CalWORKs
- Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI)
- CalFresh (Estampillas para comida)
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Elegibilidad para Covered California
- Servicios para el bienestar infantil (*child welfare*) / crianza temporal (*foster care*)
- Programas de vivienda a través de las oficinas de servicios sociales del condado
- Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son Tutores Legales de un Menor (KinGAP)
- Medi-Cal – Programa Dental de Medi-Cal
- Asistencia Monetaria para Refugiados
- Aprobaciones de Familias de Apoyo (RFA)
- Programa de opciones de Financiación para Cuidadores Aprobados que Son Parientes (ARC)
- Asignación para animales de servicio



State of California
(Estado de California)

Health & Human Services Agency
(Secretaría de Salud y Servicios Humanos)

Department of Social Services
(Departamento de Servicios Sociales)

Este folleto está disponible en los siguientes idiomas en la oficina de bienestar público de su condado y en [sitio web del CDSS](#):

- Árabe
- Armenio
- Camboyano
- Chino
- Farsi
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Mien
- Portugués
- Punjabi
- Ruso
- Español
- Tagalo
- Ucraniano
- Vietnamita

También está disponible de forma gratuita en una versión de letra grande, en Braille y formatos de audio.

Este folleto explica sus derechos a igualdad de beneficios y servicios, cómo solicitar asistencia en otro idioma o adaptaciones razonables para una discapacidad, y cómo presentar una queja por discriminación.


PUB 13 (SP) (5/22)

SUS DERECHOS

BAJO LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA
PÚBLICA DE CALIFORNIA



..... para las personas que solicitan o reciben
asistencia pública en California

 Díganos si necesita ayuda debido a una
discapacidad.

 Pida un intérprete gratis

Las oficinas de asistencia pública cumplen con las leyes federales y estatales, y no pueden discriminar, excluir o proporcionarle asistencia, beneficios u otros servicios que sean diferentes de los que se proporcionan a otros

SUS DERECHOS

Todas las personas y organizaciones que proporcionen asistencia pública tienen que respetar sus derechos. Le pueden ayudar a entender y solicitar beneficios y servicios.

Usted tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete.

- يحق لك الحصول على مترجم فوري مجانًا
- Դուք անվճար թարգմանչի իրավունք ունեք:
- မှန်မာစံနှိုင်းခွင့်လွန်ကဲပေးခြင်းခံယူရန် မရှိပါ
- 您有權免費獲得口譯員
- شما حق دسترسی به یک مترجم (ترجمان) رایگان را دارید.
- Koj muaj txoj cai kom tus neeg txhaus lus tsis raug them nqi
- あなたには無料の通訳をもらう権利があります
- 귀하는 통역사를 무료로 이용할 권리가 있습니다
- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບາງພາສາໄດ້ຍອບເສຍຄ່າ
- mula sa nakasulat na ingles hanggang sa nakasulat
- Você tem direito a um intérprete, gratuitamente
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਮੁਫਤ
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad
- Ви має право на перекладача безкоштовно
- Quý vị có quyền có được một thông dịch viên miễn phí.

Solicite asistencia con el idioma a la oficina responsable de sus beneficios o servicios.

USTED TIENE DERECHO A:

1. Entender lo que está pasando con su solicitud o beneficios.
2. Obtener explicaciones, por escrito y orales, sobre su solicitud o beneficios. Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete para poder entender esta información. Solicite asistencia en otro idioma a la oficina responsable de sus beneficios/servicios.
3. Si la oficina estatal tiene la explicación por escrito en otros idiomas aparte del inglés usted tiene derecho a obtener esta

información en esos idiomas.

4. Obtener un recibo para cada documento que entregue en persona.
5. Ver el expediente de su caso.
6. Ver las leyes y reglamentos sobre su programa.
7. Pedirle a un juez que revise cualquier decisión de la oficina estatal sobre su elegibilidad, beneficios o servicios.
8. No ser discriminado al solicitar o recibir beneficios o servicios de un programa.
9. Presentar una queja de discriminación.
10. Obtener "adaptaciones razonables" si es que tiene una discapacidad. Esta es una ayuda específica para que usted pueda acceder al programa o participar en él.
11. Mantener su información confidencial.
12. Ser tratado con cortesía y respeto.

SI TIENE PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS O SERVICIOS:

Mantenga un expediente de toda su información, todos sus documentos y cualquier contacto que haya tenido con la oficina.

Obtenga un recibo para cada documento que entregue.

Otra persona puede acompañarle en las citas.

Puede presentar una queja. Hay 4 maneras de hacer esto:

1. **Queja informal:** Pida hablar con un supervisor sobre problemas que tenga con un trabajador o para revisar las reglas y la acción que se va a tomar en relación con sus beneficios o servicios.
2. **Audiencia con el Estado:** Solicite una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con una acción o inacción de la oficina sobre sus beneficios o servicios. Debe solicitar una audiencia antes de que pasen 90 días a partir de la fecha del aviso de la oficina sobre sus beneficios o servicios. Si solicita una audiencia después de los 90 días, un juez determinará si usted tiene un motivo justificado por solicitarla tarde, como una enfermedad o discapacidad.
3. **Queja por discriminación:** Vea la sección de *Quejas de discriminación*. Es posible que tenga diferentes derechos para presentar una queja ante oficinas estatales o federales.
4. **Reclamación (grievance):** Puede presentar una queja con la oficina si tiene un

procedimiento para presentar quejas. **Esto no protege sus beneficios de la misma manera que lo hace el pedir una audiencia con el Estado.**

AUDIENCIAS CON EL ESTADO

También puede solicitar una audiencia con el Estado si la oficina del condado no le da los beneficios o servicios que cree que puede recibir. Vea el [PUB 412](#) para obtener información sobre audiencias con el Estado.

Nota: Si su problema es con el Programa de Asistencia General o Ayuda General, debe solicitarle al condado una audiencia con el condado.

Si su problema es con sus beneficios de Seguro Social, debe comunicarse con la Administración del Seguro Social para solicitar una audiencia.

CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Puede solicitar una audiencia con el Estado en línea, por teléfono, por fax, por correo electrónico o por correo postal.

En línea: [ACMS.dss.ca.gov](#) - Puede crear una cuenta para obtener toda la información de su apelación en línea, o entregar una solicitud en línea sin una cuenta.

Teléfono: 1-800-743-8525
Email: SHDCSU@dss.ca.gov
Fax: 833-281-0905
Correo: State Hearings Division
PO Box 944243, MS 21-37
Sacramento, CA 94244-2430

AUDIENCIAS ACELERADAS

Si tiene un problema urgente, puede solicitar una audiencia "acelerada" para que la audiencia se lleve a cabo más pronto. Para Medi-Cal, esto es cuando la programación regular de audiencias podría poner en riesgo la vida o la salud física o mental del participante. Audiencias Estatales decidirá y le hará saber si se puede acelerar su caso.

LA DISCRIMINACIÓN ESTÁ PROHIBIDA

Las leyes estatales prohíben que las oficinas de asistencia pública le nieguen beneficios o servicios a lo que le proporcionen asistencia que es diferente a la que proporcionan a otras personas basándose en su:

raza, color, ascendencia, origen nacional (incluyendo su idioma), grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, afección médica, religión, sexo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, relación doméstica, afiliación política, ciudadanía,

estado migratorio e información genética.

Las leyes federales también prohíben la discriminación basada en algunas, aunque no todas, de las razones antes mencionadas. Las leyes federales también prohíben:

El demorar o denegar la colocación de un niño para su adopción o su ingreso en un hogar de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de los padres adoptivos / de crianza temporal;

El denegarle a cualquier persona la oportunidad de hacerse padre/madre adoptivo o de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de la persona involucrado.

EJEMPLOS DE DISCRIMINACIÓN

La oficina del condado no le proporciona un intérprete gratuito.

Un trabajador comparte información sobre programas y servicios con un grupo étnico específico, pero no con otros grupos étnicos.

La oficina no le proporcionará versiones de información escrita en letra grande o Braille que necesite debido a una discapacidad.

Un trabajador lo trata de manera diferente después de enterarse de su religión u orientación sexual.

No puede asistir a citas porque el edificio no tiene un elevador y usted tiene una discapacidad que limita su uso de las escaleras.

No puede pasar su silla de ruedas a los baños o a las salas de examen o de entrevistas.

Un trabajador se niega a usar su nombre y pronombres correctos.

ADAPTACIONES RAZONABLES: ASISTENCIA ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Personas con discapacidades físicas o mentales tienen derecho a solicitar adaptaciones razonables de agencias gubernamentales para ayudarlas a acceder a y participar en programas y servicios. Si tiene una discapacidad y necesita asistencia adicional, debería informarle a la agencia responsable de su solicitud o beneficios/servicios. La oficina debe trabajar con usted para determinar qué asistencia necesita. Si la oficina le deniega su solicitud, debe darle un aviso por escrito indicando el motivo de la denegación. El aviso debe enumerar sus derechos de apelación.

myMedi-Cal

Cómo obtener la atención médica que necesita



Índice

3 Cobertura de salud en California

Medi-Cal y Covered California
Requisitos de Medi-Cal
Comparación de programas de Medi-Cal

6 ¿Cómo solicito?

Maneras de solicitar
Tiempo de trámite de la solicitud

7 ¿Cómo puedo usar los beneficios de Mi Medi-Cal?

Consulta con el médico
Cuota por servicio (Fee-for-Service) de Medi-Cal
Costo compartido (Share of Cost-SOC) de Medi-Cal
Medi-Cal Managed Care
Si tengo otro seguro de salud
Ayuda para tener acceso a la atención médica
Usando Medicare y Medi-Cal a la vez

12 Beneficios cubiertos por Medi-Cal

Servicios médicos generales
Programa de trastornos por uso de sustancias (Substance Use Disorder Program)
Servicios dentales
Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT))
Servicios de transporte
Servicios de salud mental especializados

15 Otros programas y servicios de salud

Medi-Cal Retroactivo (Retroactive Medi-Cal)

18 Actualización y renovación de Mi Medi-Cal

Reportando cambios en su hogar
Mudarse fuera del condado o del estado
Renovación de Mi Medi-Cal

19 Derechos y responsabilidades

Derecho de apelación y audiencia
Audiencia Imparcial del Estado
Responsabilidad civil a terceros (Third Party Liability)
Recuperación patrimonial (Estate Recovery)
Fraude de Medi-Cal
Requisitos de no discriminación y accesibilidad

DHCS en redes sociales



Cobertura de salud en California



“Mi Medi-Cal: Cómo obtener la atención médica que necesita” indica a los Californianos cómo solicitar Medi-Cal para obtener un seguro de salud sin costo o de bajo costo. Aprenderá qué debe hacer para calificar. Esta guía también le indica cómo usar sus beneficios de Medi-Cal. Le informa cuándo debe reportar cambios. Debe tener esta guía a la mano y usarla cuando tenga preguntas acerca de Medi-Cal.

California ofrece dos maneras de obtener cobertura de salud. Estas son: “Medi-Cal” y “Covered California”. La misma solicitud se utiliza para los dos programas.

¿Qué es Medi-Cal?

Medi-Cal es la versión Californiana del programa federal Medicaid. Medi-Cal ofrece cobertura de salud sin costo, o de bajo costo, a las personas consideradas elegibles que viven en California.

El Department of Health Care Services (DHCS) supervisa el programa Medi-Cal.

La oficina local del condado administra la mayoría de casos de Medi-Cal para el DHCS. Usted puede acceder a la oficina local del condado en línea en www.benefitscal.com. También puede llamar por teléfono a la oficina local del condado.

Para obtener el número telefónico de la oficina local del condado, visite:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

o llame al 1-800-541-5555
(TTY 1-800-430-7077)

Las oficinas locales del condado utilizan varios datos para determinar qué tipo de ayuda puede obtener de

Medi-Cal. Entre estos se encuentran:

- Cuánto dinero gana
- Su edad
- La edad de todos los niños que aparecen en su solicitud
- Si está embarazada, padece de ceguera o discapacidad
- Si recibe Medicare

Muchas personas que solicitan Medi-Cal pueden verificar si califican basándose en sus ingresos. Para algunos tipos de Medi-Cal, es posible que las personas deban dar información acerca de sus bienes y propiedades. Para obtener más información, consulte la comparación de programas de Medi-Cal en la página 5.

¿Sabía usted que?

Es posible que los miembros de la misma familia califiquen para Medi-Cal y para Covered California. Esto se debe a que las normas de elegibilidad de Medi-Cal son diferentes para los niños y para los adultos.

Por ejemplo, la cobertura para un hogar de dos padres y un niño podría ser más o menos así:



Padres—elegibles para un plan de salud de Covered California y reciben crédito fiscal y costos compartidos para reducir sus costos.



Niño—elegible para Medi-Cal sin costo o de bajo costo.

¿Qué es Covered California?

Covered California es el mercado de seguros de salud del estado. Puede comparar los planes de salud de las aseguradoras reconocidas, o bien, adquirir un plan. Si sus ingresos son muy altos para que califique para Medi-Cal, posiblemente califique para comprar un seguro de salud a través de Covered California.

Covered California ofrece "asistencia para el pago de primas" (premium assistance). Esto ayuda a reducir el costo de la atención médica personal y familiar para quienes se inscriben en un plan de salud de Covered California y cumplen con los requisitos para el nivel de ingresos. Para calificar para la asistencia para el pago de primas, sus ingresos deben estar por debajo de los límites de ingresos del programa Covered California.

Covered California tiene cuatro niveles de cobertura entre los cuales puede elegir: bronce, plata, oro y platino. Los beneficios de cada nivel son los mismos, independientemente de la aseguradora que escoja. Sus ingresos y otros factores determinan para qué programa califica.

Para obtener más información acerca de Covered California, visite www.coveredca.com o llame al **1-800-300-0213 (TTY 1-888-889-4500)**.

¿Cuáles son los requisitos para obtener Medi-Cal?

Para calificar para Medi-Cal, debe vivir en el estado de California y cumplir con ciertas normas. Debe proporcionar la información de sus ingresos y el estado de declaración de impuestos de todos los miembros de su familia y de los que aparecen en su declaración de impuestos. Posiblemente también deba dar información acerca de su propiedad.

No se requiere que presente una declaración de impuestos para calificar para Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre las declaraciones de impuestos, hable con el servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service-IRS) o con un profesional de impuestos.

Todas las personas que solicitan Medi-Cal deben proporcionar su número de seguro social (Social Security Number-SSN), si lo tienen. Toda persona que solicite Medi-Cal debe proporcionar información sobre su estatus migratorio. El estatus migratorio que se proporciona en una solicitud de Medi-Cal es confidencial. El servicio de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services) no puede utilizarlo para aplicar las leyes de inmigración, a menos que se cometa fraude.

Los adultos de 19 años o más, podrían calificar para beneficios limitados de Medi-Cal, aunque no tengan número de seguro social (SSN) o no puedan comprobar su estatus migratorio. Estos beneficios cubren emergencias, servicios relacionados con el embarazo y atención médica de larga duración (long-term care).

Puede solicitar Medi-Cal para su hijo, aunque usted no califique para cobertura total.

En California, el estatus migratorio no afecta los beneficios de Medi-Cal para los niños menores de 19 años. Niños podrían calificar para recibir los beneficios completos de Medi-Cal, independientemente de su estatus migratorio.

Para obtener más información acerca de las normas del programa Medi-Cal, lea la comparación de programas de Medi-Cal en la página siguiente.

¿Sabía usted que?



Si califica para Supplemental Security Income (SSI), usted calificará automáticamente para SSI-linked Medi-Cal.



La oficina local del condado puede ayudarlo a resolver algunos problemas relacionados con SSI Medi-Cal. Allí le dirán si debe comunicarse con una oficina del seguro social (Social Security) para resolver el problema.

Comparación de programas de Medi-Cal

MAGI

vs.

No-MAGI

El método de ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income-MAGI) de Medi-Cal utiliza normas fiscales federales para determinar si usted califica, basándose en su declaración de impuestos y su ingreso contable.

Medi-Cal No-MAGI incluye muchos programas especiales. Las personas que no califican para Medi-Cal MAGI, podrían calificar para Medi-Cal No-MAGI.



Quién es elegible:



- Niños menores de 19 años
- Padres y cuidadores de niños menores de edad
- Adultos de 19 a 64 años
- Personas embarazadas

- Adultos de 65 años o más de atención médica de larga duración
- Niño menor de 21 años
- Persona embarazada
- Padres/familiar cuidador de un menor de edad elegible
- Adulto o niño en un centro de atención médica de larga duración
- Persona que recibe Medicare
- Persona con ceguera o discapacidad



Normas acerca de la propiedad:



No hay límites en cuanto a los bienes que usted posee.

- Debe reportar y proporcionar evidencia de sus propiedades, como vehículos, cuentas bancarias, o casas de alquiler
- Hay límites en cuanto al monto de los bienes que posee en el hogar

Tanto para MAGI como para No-MAGI:

- La oficina local del condado analizará la información de su solicitud. Posiblemente tendrá que presentar más evidencias.
- Debe vivir en California.
- Los ciudadanos o personas con permanencia legal en los EE. UU. deben proporcionar su número de seguro social.
- Debe solicitar todos los ingresos para los que pueda calificar, por ejemplo, beneficios de desempleo (unemployment benefits) y seguro de discapacidad del estado (State Disability Insurance).
- Debe cumplir con las leyes de manutención médica*, las cuales:
 - Establecen la paternidad de un niño o niños nacidos fuera del matrimonio.
 - Obtienen manutención médica para un niño o niños con un padre (madre) ausente.

**Si cree tener una razón válida para no cumplir con esta norma, llame a la oficina local del condado.*

¿Cómo solicito?

Puede solicitar Medi-Cal en cualquier momento del año por correo, teléfono, fax o correo electrónico. También puede presentar su solicitud en persona o en línea.

Solo podrá presentar su solicitud para Covered California en fechas determinadas. Para obtener información acerca de cuándo puede presentar una solicitud, visite www.coveredca.com o llame al 1-800-300-0213 (TTY 1-888-889-4500).

Solicitar por correo:

Puede solicitar Medi-Cal y Covered California con la solicitud única simplificada (Single Streamlined Application). Puede obtener la solicitud en inglés y otros idiomas en: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Envíe sus solicitudes llenas a la oficina local del condado.

Puede encontrar la dirección de su oficina local del condado que le corresponde en:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

También puede enviar solicitudes a:
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Solicitar por teléfono, fax o correo electrónico:

Llame a la oficina local del condado. Puede encontrar el número de teléfono en el sitio web <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o al llamar a Covered California al 1-800-300-0213.

Solicitar en línea en:

www.benefitscal.com

O

www.coveredca.com

En persona:

Encuentre la oficina local del condado que le corresponde en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Puede obtener ayuda para llenar su solicitud.

También puede encontrar un asesor certificado para inscripciones (Certified Enrollment Counselor) o un agente de seguros (Insurance Agent) en www.CoveredCA.com/get-help/local/.

¿Cuánto demora el trámite de mi solicitud?

El trámite de su solicitud de Medi-Cal, podía tomar hasta 45 días. Si solicita Medi-Cal debido a una discapacidad, podría tomar hasta 90 días. La oficina local del condado o Covered California le enviará una carta con la determinación. A esta carta se le conoce como "aviso de acción" (Notice of Action). Si no recibe una carta en el transcurso de 45 ó 90 días, puede solicitar una "audiencia imparcial del estado" (State Fair Hearing). También puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener más información, consulte los "derechos de apelación y audiencia (Appeal and Hearing Rights)" que se encuentran en la página 19.

¿Cómo puedo usar los beneficios de Mi Medi-Cal?



Medi-Cal cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios. Esto incluye citas médicas y dentales, medicinas con receta médica, visión, planificación familiar, salud mental y tratamiento por drogas o alcohol. Medi-Cal también cubre el transporte para esos servicios. Encontrará información más completa en “Beneficios Cubiertos” en la página 12.

En cuanto sea aprobado, puede comenzar a usar los beneficios de Medi-Cal inmediatamente. Los nuevos beneficiarios aprobados para Medi-Cal reciben una tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (Benefits Identification Card-BIC). Los proveedores médicos y dentales necesitan su BIC para proporcionarle servicios y para enviar la factura a Medi-Cal. Los nuevos beneficiarios y quienes solicitan reemplazo de tarjetas obtienen un nuevo diseño de BIC que presenta la imagen de la amapola de California. Los dos diseños de BIC que se ilustran aquí, son válidos:

Por favor comuníquese con su oficina local del condado si:

- No recibió su BIC
- Perdió su BIC
- La información de su BIC es incorrecta
- Le robaron su BIC

Una vez le envíen una nueva BIC ya no podrá usar la BIC anterior.

Puede obtener el número telefónico de su oficina local del condado en:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

o llame al:

1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)



¿Qué hago para consultar un médico?

La mayoría de personas que tienen Medi-Cal consultan a un médico por medio de un plan de Medi-Cal Managed Care. Los planes son similares a los planes de salud de las aseguradoras privadas. A partir de la página siguiente encontrará información más completa sobre los planes de atención administrada.

Podrían transcurrir varias semanas antes de que lo asignen a un plan de Medi-Cal Managed Care. Cuando se inscribe por primera vez en Medi-Cal, o si tiene una situación especial, posiblemente deba consultar a un médico usando “cuota por servicio de Medi-Cal (Fee-for-Service Medi-Cal)”.

¿Qué es cuota por Servicio de Medi-Cal?

Cuota por servicio es una forma en la que Medi-Cal paga a los médicos y otros proveedores de servicios. Cuando se inscribe por primera vez en Medi-Cal, recibirá sus beneficios a través de cuota por servicio de Medi-Cal mientras lo inscriben en un plan de atención administrada.

Antes de que le proporcionen servicios médicos o dentales, pregunte si el proveedor acepta los pagos de cuota por servicio de Medi-Cal. El proveedor tiene derecho de rehusarse a atender pacientes que usen Medi-Cal. Si no informa al proveedor que usted tiene Medi-Cal, es posible que usted mismo tenga que pagar por los servicios médicos o dentales.

¿Cómo se pagan los servicios médicos o dentales con la cobertura Cuota por Servicio?

Su proveedor usa su BIC para asegurarse de que usted tiene Medi-Cal. Su proveedor sabrá si Medi-Cal va a hacerse cargo del pago del tratamiento médico o dental. Algunas veces usted podría tener que hacer un "copago" por un tratamiento. Es posible que deba pagar \$1 cada vez que recibe un servicio médico o dental o un medicamento con receta. Podría tener que pagar \$5 si lo atienden en la emergencia de un hospital cuando no necesite un servicio de emergencia. Los beneficiarios inscritos en un plan de atención administrada no tienen que pagar copagos.

Hay algunos servicios que Medi-Cal debe autorizar antes de que se los proporcionen. Para más información, consulte la página 9.

¿Como puedo obtener servicios médicos o dentales cuando tengo que pagar un Costo Compartido (SOC)?

Algunos programas de Medi-Cal No-MAGI le exigen que haga un pago SOC. El aviso de acción que usted recibe cuando lo aprueban para Medi-Cal le indicará si debe hacer un pago SOC. También le indicará la

cantidad del SOC. El SOC es la cantidad de dinero que debe pagar o prometer pagar al proveedor para recibir la atención médica o dental, antes de que Medi-Cal empiece a efectuar pagos.

La cantidad del SOC se restablece cada mes. Solo debe pagar el SOC de los meses en que recibe servicios médicos y/o dentales. El monto del SOC se le debe al proveedor de atención médica o dental. No se le debe ni a Medi-Cal ni al estado. Los proveedores podrían permitirle hacer pagos después de recibir los servicios y no cobrarle todo de una sola vez. En algunos condados, si usted tiene SOC no podrá inscribirse en un plan de atención administrada.

Si paga servicios médicos a alguien que no acepta Medi-Cal, puede contar esos pagos como parte de su SOC. Deberá presentar los comprobantes de esos gastos médicos en la oficina local del condado. Ellos acreditarán la cantidad a su SOC.

Es posible que pueda reducir el SOC de los meses siguientes si tiene facturas médicas pendientes de pago. Pregunte en la oficina local del condado si sus facturas califican.

¿Qué es Medi-Cal Managed Care?

Medi-Cal Managed Care es un sistema organizado que le ayuda a obtener atención de alta calidad y a conservar la buena salud.

“ Los planes de salud de Medi-Cal Managed Care lo ayudan a encontrar médicos y farmacias, así como programas de educación para la salud. ”

La mayoría de personas deben inscribirse en un plan de atención administrada, a menos que reúnan ciertos criterios o que califiquen para obtener una exención. Sus opciones de plan de salud dependen del condado donde vive. Si su condado tiene varios planes de salud, deberá elegir el más adecuado para sus necesidades y las de su familia.

Todos los planes de Medi-Cal Managed Care de cada condado ofrecen los mismos servicios. Puede obtener el directorio de planes de atención administrada en

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. Puede elegir a un médico que trabaje con su plan como su médico de atención primaria. O bien, su plan puede elegir un médico de atención primaria por usted. Puede elegir cualquier proveedor de planificación familiar de Medi-Cal de su elección, incluso uno que esté fuera del plan. Para obtener más información, comuníquese con su plan de atención administrada.

Los planes de atención administrada también ofrecen:

- Coordinación de la atención
- Referencias a especialistas
- Servicios telefónicos de enfermería las 24 horas
- Centros de servicio al cliente

Medi-Cal debe autorizar algunos servicios antes de que usted los reciba. El proveedor sabrá cuándo usted necesita autorización por anticipado. La mayoría de servicios y la mayoría de consultas médicas no están limitadas. No requieren aprobación. Hable con su médico sobre su plan de tratamiento y citas.

¿Cómo me puedo inscribir en un plan de Medi-Cal Managed Care?

Si está en un condado que le ofrece varios planes, deberá elegir un plan de salud en el transcurso de 30 días a partir de la aprobación de Medi-Cal. Recibirá un paquete informativo por correo. Allí le indican qué plan(es) de salud tienen disponibles en su condado. El paquete también le explicará cómo inscribirse en el plan de atención administrada que elija. Si no elige un plan en el transcurso de 30 días después de que lo acepten en Medi-Cal, el estado le asignará un plan.

Por favor espere su paquete informativo de salud que le llegará por correo.

“ Si su condado solo tiene un plan de salud, el condado elegirá este plan para usted. ”

Si vive en el **condado de San Benito**, solo hay un plan de salud. Puede inscribirse en este plan de salud. O bien, puede elegir quedarse en cuota por servicio de Medi-Cal.

Si su condado tiene más de un plan de salud, deberá

elegir el más adecuado para sus necesidades y las de su familia.

Para ver los planes que ofrece su condado, visite <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

¿Cómo puedo salirme de un plan, pedir una exención de la inscripción obligatoria o cambiar del plan de Medi-Cal Managed Care?

La mayoría de beneficiarios de Medi-Cal deben inscribirse en un plan de Medi-Cal Managed Care. Si fue **su elección** inscribirse en un plan de salud, entonces puede salirse del plan en cualquier momento. Para salirse de un plan, llame a Health Care Options al **1-800-430-3003**.

Cuando su condado tiene más de un plan, puede llamar a Health Care Options si quiere cambiarse de plan de salud de atención administrada.

Si por el momento recibe tratamiento de un proveedor con cuota por servicio de Medi-Cal, posiblemente califique para recibir una exención provisional de la inscripción obligatoria en un plan de Medi-Cal Managed Care. El proveedor con cuota por servicio, no puede ser parte de un plan de Medi-Cal Managed Care en su condado. El proveedor debe estarle dando tratamiento debido a una condición complicada que podría empeorar si se cambia de proveedor.

Pregunte a su proveedor si forma parte de un plan de Medi-Cal Managed Care en su condado. Si su proveedor no es parte de un plan de Medi-Cal Managed Care en su condado, pídale que llene el formulario con usted para solicitar una exención de la inscripción en un plan de Medi-Cal Managed Care.

Su proveedor deberá firmar el formulario, adjuntar las evidencias necesarias y enviar el formulario por correo o fax a Health Care Options. Allí lo analizarán y determinarán si usted califica para una exención provisional de la inscripción en un plan de Medi-Cal Managed Care. Puede encontrar el formulario con instrucciones en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-430-3003**.

¿Y si tengo otro seguro médico?

Aunque tenga otra cobertura de salud, como un seguro médico proporcionado por su lugar de trabajo, posiblemente aún califique para tener Medi-Cal. Si califica, Medi-Cal cubrirá costos permitidos que no cubra su seguro principal. De acuerdo con la ley federal, se cobrará primero a la aseguradora de salud privada de los beneficiarios de Medi-Cal, antes de enviar las facturas a Medi-Cal.

La ley federal y estatal exige que los beneficiarios de Medi-Cal reporten su seguro de salud privado. Para reportar o cambiar el seguro de salud privado, visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**. Fuera de California, llame al **1-916-636-1980**.

También deberá reportarlo a la oficina local del condado y a su proveedor de atención médica. Si no reporta la cobertura de su seguro de salud privado, estará cometiendo un delito menor.

¿Puedo recibir los servicios de Medi-Cal mientras estoy fuera de California?

Cuando salga de California, llévese su BIC o evidencia de que está inscrito en un plan de atención médica de Medi-Cal. Medi-Cal podría ayudarlo en algunos casos, por ejemplo, cuando se trata de una emergencia a causa de un accidente, lesión o enfermedad grave. Excepto cuando se trate de emergencias, su plan de atención administrada debe autorizar cualquier servicio médico proporcionado fuera del estado, antes de que reciba el servicio. Si el proveedor no acepta Medicaid, usted deberá cubrir los costos médicos por los servicios que reciba fuera de California. Recuerde: es posible que haya muchos proveedores que participen en los servicios de emergencia. Por ejemplo, el médico podría aceptar Medicaid, pero el laboratorio de rayos x no. Trabaje con su plan de atención administrada para que lo que usted tenga que pagar sea limitado. El proveedor primero se deberá asegurar de que usted califica llamando al **1-916-636-1960**.

Si vive en un lugar cerca de la frontera estatal de California y recibe servicios médicos en el estado vecino, algunas de estas normas no se aplican. Para

obtener más información, comuníquese con su plan de Medi-Cal Managed Care.

“ Si se muda de California ya no podrá recibir Medi-Cal. Puede solicitar Medicaid en su nuevo estado. ”

Si se muda a otro condado dentro de California, también deberá reportarlo al condado donde vive actualmente o al condado a donde se esté mudando. Esto es para asegurarse de que seguirá recibiendo los beneficios de Medi-Cal. Deberá dar aviso a la oficina local del condado en el transcurso de 10 días a partir de la fecha en que se mudó a un nuevo condado.

¿Qué debo hacer si no puedo hacer una cita u obtener otra atención que necesito?

La Oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman) de Medi-Cal Managed Care ayuda a resolver problemas desde un punto de vista imparcial. Se asegurarán de que usted reciba todos los servicios cubiertos que necesite.

La Oficina del Defensor del Pueblo:

- Ayuda a resolver problemas entre los miembros de Medi-Cal Managed Care y los planes de atención administrada, sin tomar partido por uno ni otro
- Ayuda a resolver problemas entre los beneficiarios de Medi-Cal y los planes de salud mental del condado, sin tomar partido por uno ni otro
- Investiga quejas de los miembros sobre los planes de atención administrada y los planes de salud mental del condado
- Ayuda a los miembros cuando tienen problemas urgentes de inscripción y cancelación de inscripción
- Ayuda a los beneficiarios de Medi-Cal a que tengan acceso a servicios especializados de salud mental de Medi-Cal
- Ofrece información y referencias
- Identifica maneras para que el programa de Medi-Cal Managed Care sea más eficiente

- Educa a los miembros sobre cómo aprovechar mejor el sistema de atención administrada y de salud mental especializada de Medi-Cal

Para obtener más información acerca de la Oficina del Defensor del Pueblo, puede llamar al:

1-888-452-8609

o visitar:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

¿Cómo funciona Medi-Cal si también tengo Medicare?

Muchas personas de 65 años o más, o discapacitadas, califican para Medi-Cal y Medicare. Si califica para los dos programas, tendrá la mayoría de sus servicios médicos y medicamentos recetados a través de Medicare. Medi-Cal proporciona servicios médicos y apoyo de larga duración, como hogares de ancianos/convalcientes y servicios basados en la comunidad y en el hogar.

“ **Medi-Cal cubre algunos beneficios que no cubre Medicare.** ”

Es posible que Medi-Cal también pague sus primas de Medicare.

¿Qué es el Programa de Pago de Primas (Buy-In) de Medicare?

El programa de pago de primas (Medicare Premium Payment Program) de Medicare, también llamado programa Buy-in de Medicare, permite a Medi-Cal pagarle a Medicare las primas de la Parte A (seguro de hospital) y/o de la Parte B (seguro médico) para los miembros de Medi-Cal y otras personas que califican para ciertos programas de Medi-Cal.

¿Qué es el Programa de Ahorros (Medicare Savings Program-MSP) de Medicare?

Los programas de ahorros de Medicare podrían pagar los deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Medicare Parte B, si usted cumple con condiciones determinadas. Cuando presenta una solicitud para Medi-Cal, su condado lo evaluará para este programa. Algunas personas que no califican para beneficios de Medi-Cal de cobertura completa, aún podrían calificar para MSP.

¿Si uso los servicios de un proveedor de Medicare, ¿tengo que pagar coseguro de Medicare?

No. Si es elegible para MSP no tiene por qué pagar coseguro ni deducibles. Si recibe un cobro de su proveedor de Medicare comuníquese con su plan de Medi-Cal Managed Care o llame al **1-800-MEDICARE**.

Y si tengo Medicare, ¿debo usar los servicios de médicos y otros proveedores que aceptan Medi-Cal?

No. Puede usar los servicios de cualquier proveedor que acepte Medicare, aunque dicho proveedor no acepte Medi-Cal o no forme parte de su plan de Medi-Cal Managed Care. Es posible que algunos proveedores de Medicare no lo acepten como paciente.



Beneficios cubiertos por Medi-Cal

Medi-Cal ofrece un conjunto completo de beneficios llamado beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits). Para averiguar si un servicio tiene cobertura, pregúntele a su médico o plan de salud. Los beneficios de salud esenciales incluyen:

- Servicios a pacientes ambulatorios, como chequeos en el consultorio
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- Maternidad y cuidados de recién nacidos
- Servicios de salud mental
- Servicios por trastornos por el uso de sustancias, como el tratamiento por adicción al alcohol y drogas
- Medicamentos recetados
- Servicios de laboratorio, como exámenes de sangre
- Programas, como terapia física (llamados servicios de habilitación y rehabilitación) y suministros y equipo médico, como sillas de ruedas y tanques de oxígeno
- Servicios preventivos y de bienestar
- Manejo de enfermedades crónicas
- Servicios infantiles (pediátricos), incluso visión y salud oral
- Cuidados en el hogar y otros servicios y apoyo de larga duración

Programa de trastornos por uso de sustancias

Medi-Cal ofrece dos opciones para dar tratamientos a trastornos por abuso de alcohol o drogas: hospitalización y servicios ambulatorios. También se conocen como tratamientos por trastornos por el

uso de sustancias. La opción depende de la clase de tratamiento que necesite. Los servicios incluyen:

- Tratamiento ambulatorio libre de drogas (consejería en grupo y/o individual)
- Tratamiento intensivo ambulatorio (servicios de consejería en grupo proporcionado por lo menos tres horas al día, tres veces a la semana)
- Tratamiento residencial (servicios de rehabilitación mientras vive en el establecimiento)
- Terapia de sustitución de narcóticos (como la metadona)

Algunos condados ofrecen más tratamientos y servicios de recuperación. Hable con sus médicos acerca de su condición para que lo puedan referir al tratamiento adecuado. También puede referirse usted mismo a la agencia de tratamiento más cercano de su localidad. O llame a la línea para referencias a tratamientos por el trastorno del uso de sustancias cuando no se trate de emergencias, al **1-800-879-2772**.

Programa Dental de Medi-Cal

La salud dental es parte importante de la salud en general. El programa dental de Medi-Cal cubre muchos servicios que le ayudarán a tener dientes saludables. Puede obtener los beneficios dentales en cuanto lo aprueben para Medi-Cal.

Puede informarse de los beneficios dentales y otros recursos en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. O bien, puede llamar al **1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)** de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y 5:00 p.m.

¿Cómo obtengo los servicios dentales de Medi-Cal?

El Programa Dental de Medi-Cal proporciona servicio de dos maneras. Una es el programa dental de pago por servicio y usted puede conseguirlo por todo California. El programa dental de pago por servicio es el mismo al Medi-Cal de pago por servicio. Antes de que usted obtenga servicios dentales, usted debe mostrar su tarjeta BIC al proveedor dental y asegúrese de que el proveedor acepte el programa dental de pago por servicio.

La otra manera que Medi-Cal proporciona servicios dentales es a través de Dental Managed Care (DMC). DMC se ofrece sólo en el condado de Los Angeles y el condado de Sacramento. Los planes de DMC cubren los mismos servicios del programa dental de pago por servicio. DHCS utiliza tres planes de atención médica administrada en el condado de Sacramento. DHCS contrata con tres planes pre-pagados de salud en el condado de Los Ángeles. Los planes ofrecen servicios dentales a los beneficiarios de Medi-Cal.

Si usted vive en el condado de Sacramento, tiene que inscribirse en el DMC. En algunos casos, usted puede calificar para una exención de inscribirse en el DMC.

Para obtener más información, visite a Health Care Options en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

En el Condado de Los Ángeles, usted puede permanecer en el programa dental de pago por servicio o puede elegir el programa de DMC. Para elegir o cambiar su plan de seguro dental, llame a Health Care Options.

Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT))

Si usted o su hijo(a) tiene menos de 21 años de edad, Medi-Cal cubre los servicios preventivos, como los chequeos de salud regulares y exámenes de detección. Los chequeos regulares y detecciones buscan problemas médicos, dentales, de visión,

audición y la salud mental, y cualquier trastorno por uso de sustancias. También puede vacunarse para mantenerse saludable. Medi-Cal cubre los servicios de detección cada vez que hay una necesidad para ellos, incluso si no es durante su chequeo regular. Todos estos servicios son sin costo para usted.

Chequeos y exámenes son importantes para ayudar a su proveedor de salud identificar problemas temprano. Cuando se encuentra un problema durante un chequeo o examen de detección, Medi-Cal cubre los servicios necesarios para corregir o mejorar cualquier estado de salud física o mental o enfermedad. Usted puede recibir los servicios de diagnósticos y tratamiento que su doctor, otro proveedor de atención médica, dentista, el programa del condado Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP), o un proveedor de servicios de salud mental o de comportamiento dice que usted necesita para sentirse mejor. EPSDT cubre estos servicios sin costo para usted.

Su proveedor de salud le dirá cuándo volver para el próximo chequeo de salud, examen de detección, o cita médica. Si usted tiene preguntas acerca de la programación de una visita médica o cómo obtener ayuda con transporte a la visita médica, Medi-Cal puede ayudar. Llame a su Medi-Cal Managed Care Health Plan (MCP). Si usted no está en un MCP, usted puede llamar a su doctor u otro proveedor o visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>, para asistencia de transporte.

Para obtener más información acerca de EPSDT puede llamar al **1-800-541-5555**, vaya a <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>, póngase en contacto con el programa CHDP del condado, o su MCP. Para obtener más información acerca de los servicios de salud mental especializados de EPSDT o servicios para trastornos por uso de sustancias póngase en contacto con su departamento de salud mental o de comportamiento de su condado.

Servicios de transporte

Medi-Cal puede ayudar proporcionando el transporte para ir a la consulta médica, de salud mental, dental o de uso de sustancias, cuando dichas consultas estén cubiertas por Medi-Cal. El servicio puede ser por transporte que no sea por razones médicas (nonmedical transportation-NMT) o transporte médico que no sea para emergencias (nonemergency medical transportation-NEMT). También puede usar

NMT si necesita recoger medicamentos recetados o equipo/suministros médicos.

Si puede viajar en carro, autobús, tren o taxi, pero no tiene quién lo lleve a su cita, es posible hacer arreglos para el NMT.

Si está inscrito en un plan de salud, llame a servicios a miembros para obtener información sobre cómo obtener los servicios de NMT.

Si tiene cuota por servicio, puede hacer lo siguiente:

- Llame a la oficina de Medi-Cal de su condado para ver si le pueden ayudar con el NMT.
- Para programar un viaje, primero debe llamar a su proveedor de cuota por servicio y preguntarle por un proveedor de transporte en su zona. O bien, puede llamar a uno de los proveedores de NMT autorizados de su zona que se encuentran en la lista en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Si necesita un vehículo médico especial para llegar a su cita, dígaselo a su proveedor de atención médica. Si tiene un plan de salud, también puede comunicarse con su plan para programar su transporte. Si está en cuota por servicio, llame a su proveedor de atención médica. El plan o proveedor puede solicitar NEMT, como una van para silla de ruedas, camillas, una ambulancia o transporte aéreo.

Asegúrese de preguntar por el transporte lo más pronto posible antes de la cita. Si tiene citas frecuentes, su proveedor de atención médica o el plan de salud pueden solicitar el transporte para cubrir las citas siguientes.

Visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> para obtener más información acerca del transporte programado por proveedores autorizados de NMT.

Servicios de salud mental especializados

Si padece de enfermedades mentales o tiene necesidades emocionales que su médico regular no puede tratar, hay disponibilidad de servicios especializados de salud mental. Un plan de salud mental (Mental Health Plan-MHP) proporciona servicios de salud mental especializados. Cada condado cuenta con un MHP.

Los servicios de salud mental especializados pueden incluir, pero sin limitarse a, terapia de grupo e individual, servicios de medicación, servicios en caso de crisis, administración de casos, servicios residenciales y hospitalarios y servicios especializados para ayudar a los niños y jóvenes.

Para obtener más información acerca de los servicios de salud mental especializados, o para obtener dichos servicios, llame al MHP de su condado. Su MHP determinará si usted califica para servicios de salud mental especializados. Puede obtener el número de teléfono del MHP de la Oficina del Defensor del Pueblo en el **1-888-452-8609** o visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

¿Sabía usted que?



Medi-Cal proporciona educación sobre la lactancia materna como parte de la atención de maternidad y cuidados de recién nacidos.



Usted es elegible para exámenes rutinarios de la vista cada 24 meses.



Para obtener más información acerca de lo que se ofrece, visite:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

Otros programas y servicios de salud



California ofrece otros programas para sus necesidades médicas. Puede solicitar algunos a través de la misma oficina local del condado que maneja Medi-Cal.

En la Oficina Local del Condado

Puede preguntar por los programas que se encuentran a continuación, en la misma oficina local del condado donde solicita Medi-Cal. Puede obtener el número de teléfono de su condado en <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)**.

Jóvenes que anteriormente estuvieron bajo crianza temporal (Former Foster Youth)

Si usted estuvo bajo crianza temporal a la edad de 18 años o más, podría calificar para Medi-Cal gratuito. La cobertura podría extenderse hasta que cumpla 26 años de edad. Sus ingresos no se toman en cuenta. No es necesario que llene una solicitud de Medi-Cal completa ni que proporcione información de ingresos ni de impuestos cuando presente su solicitud. Para obtener cobertura inmediata, comuníquese con la oficina local del condado que le corresponde.

Servicios Médicos Confidenciales

Puede solicitar servicios confidenciales si tiene menos de 21 años. Para calificar deberá:

- No estar casado y vivir con sus padres, o
- Su padre (madre) debe ser responsable económicamente de usted, por ejemplo, cuando se trata de estudiantes universitarios

No necesita el consentimiento de sus padres para presentar una solicitud o para obtener la cobertura. Los servicios incluyen planificación familiar, atención por embarazo y tratamiento por abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual y salud mental.

Programa para Personas Discapacitadas que Trabajan (Working Disabled Program) 250%

El programa para personas discapacitadas que trabajan proporciona Medi-Cal a adultos con discapacidades que tienen ingresos más altos que la mayoría de beneficiarios de Medi-Cal. Si ha obtenido ingresos por discapacidad a través del seguro social o su antiguo empleo podría calificar. El programa requiere una baja prima mensual de \$20 a \$250 dependiendo de sus ingresos. Para calificar deberá:

- Cumplir con la definición del seguro social respecto a la discapacidad, haber obtenido ingresos por discapacidad y estar recibiendo un pago por trabajo
- Cumplir con las normas de ingresos que regulan los ingresos recibidos por trabajo y no por trabajo
- Cumplir con otras normas del programa

Medi-Cal Access Program (MCAP)

El MCAP proporciona cobertura de salud comprensiva de bajo costo a personas embarazadas. El MCAP no tiene copagos ni deducibles para sus servicios cubiertos. El costo total del MCAP es del 1.5% de su ingreso bruto ajustado modificado. Por ejemplo, si su ingreso es de \$50,000 al año, su costo sería de \$750 por la cobertura. Puede pagarlo todo junto o en pagos mensuales durante 12 meses. Si está embarazada y está bajo cobertura de Covered California, es posible que pueda cambiarse a MCAP. Los bebés nacidos de personas inscritas en MCAP, califican para el Medi-Cal Access Infant Program o para Medi-Cal. Para calificar para MCAP debe:

- Ser residente de California
- No estar inscrito en Medi-Cal sin costo o Medicare Parte A y Parte B al momento de presentar su solicitud

- No tener cobertura de otro plan de seguro de salud
- Estar dentro de las pautas de ingresos del programa

Para obtener más información acerca de MCAP, visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-800-433-2611**.

Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services-IHSS)

El IHSS ayuda a pagar los servicios de modo que usted pueda quedarse seguro en casa. Si califica para Medi-Cal, posiblemente también califique para el IHSS. Si no califica para Medi-Cal, aún podría calificar para el IHSS si cumple con alguno de los otros criterios de elegibilidad. Si tiene Medi-Cal sin costos compartidos (SOC), éste pagará por todos sus servicios de IHSS. Si tiene Medi-Cal con costos compartidos, deberá pagar sus costos compartidos de Medi-Cal antes de que se pague cualquier otro servicio bajo IHSS. Para calificar, deberá cumplir con al menos **uno** de los criterios siguientes:

- 65 años o más
- Ceguera
- Discapacidad (incluso niños discapacitados)
- Condición crónica que resulta en discapacidad que cause un impedimento funcional y se espera que dure un mínimo de 12 meses consecutivos o que resulte en la muerte en el transcurso de 12 meses

El IHSS puede autorizar servicios como:

- Servicios domésticos, como el lavado de los mostradores de la cocina o la limpieza de los baños
- Preparación de comidas
- Lavandería
- Compras de alimentos
- Servicios de cuidado personal
- Acompañamiento a citas médicas
- Supervisión de protección para personas con enfermedades mentales o discapacitados mentalmente que no pueden permanecer seguros en su hogar sin protección
- Servicios paramédicos

Para obtener más información, visite <http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>.

Otros servicios de salud del Estado

Los programas que se encuentran a continuación tienen un proceso de solicitud diferente al de Medi-Cal. Puede solicitar o informarse más acerca del programa usando la información de contacto indicada.

Programa de Tratamiento de Cáncer Cervical y de Mama (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

El programa de tratamiento de cáncer cervical y de mama proporciona tratamiento y servicios relacionados con el cáncer a los residentes de California de bajos ingresos que califican. Deberán ser evaluados y/o estar inscritos en el programa de detección del cáncer (Cancer Detection Program), cada mujer cuenta (Every Woman Counts), o por los programas planificación familiar, acceso, atención y tratamiento (Family Planning, Access, Care and Treatment programs). Para calificar, sus ingresos deben estar por debajo del límite y tener la necesidad de recibir tratamiento por cáncer cervical o de mama. Para obtener más información, llame al **1-800-824-0088** o envíe un correo electrónico a BCCTP@dhcs.ca.gov.

Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services)

Medi-Cal permite que determinados adultos mayores y personas con discapacidades, que son elegibles, reciban tratamiento en sus hogares o comunidades en vez de enviarlos a hogares para ancianos/convalecientes o alguna otra institución. Los servicios basados en el hogar y la comunidad incluyen, pero sin limitarse a, la administración de casos (apoyo y coordinación de servicios), servicios de salud para adultos durante el día, habilitación (residenciales y durante el día), tareas domésticas, asistente de salud en el hogar, servicios de nutrición, servicios de enfermería, atención personal y atención de relevo. Deberá calificar para Medi-Cal de cobertura completa y cumplir con todas las normas del programa. Para obtener más información, llame al DHCS, Integrated Systems of Care Division al **1-916-552-9105**.

Programa de Servicios Infantiles de California (California Children's Services (CCS) Program)

El programa de CCS proporciona servicios de diagnóstico y tratamiento, administración de casos médicos y servicios de terapia física y ocupacional a niños menores de 21 años que tienen condiciones médicas que los hacen elegibles para CCS. Las condiciones elegibles para CCS son aquellas que resultan en discapacidad física o que requieren servicios médicos, quirúrgicos o de rehabilitación. Los servicios autorizados por el programa CCS para tratamiento de un niño inscrito en Medi-Cal que sufre de una condición elegible para CCS, no son servicios cubiertos por la mayoría de planes de salud. El plan de salud de Medi-Cal continúa proporcionando los servicios de atención médica primaria y preventiva que no se relaciona con la condición médica elegible para CCS.

Para solicitar CCS, comuníquese con la oficina de CCS de su condado. Para obtener más información, visite <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> o llame al **1-916-552-9105**.

Programa para Personas Discapacitadas Genéticamente (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

El GHPP proporciona administración de casos, la parte médica y la administrativa, y además paga los servicios médicamente necesarios para personas que residen en California, son mayores de 21 años, y tienen condiciones médicas que los hacen elegibles para GHPP. Las condiciones elegibles para GHPP son condiciones hereditarias, como la hemofilia, la fibrosis quística, la fenilcetonuria y la anemia drepanocítica que tienen efectos graves para la salud. El GHPP utiliza un sistema de centros de atención especial (Special Care Centers-SCCs). Los SCCs proporcionan atención médica comprensiva y coordinada a usuarios que sufren de condiciones específicas elegibles. Si el servicio no se encuentra dentro de la cobertura del plan de salud, el GHPP autoriza evaluaciones anuales en los SCC a los adultos inscritos en Medi-Cal que padecen de una condición médica elegible para GHPP.

Para obtener servicios del GHPP, debe llenar una solicitud. Envíela por fax al **1-800-440-5318**. Para obtener más información, llame al **1-916-552-9105** o visite to <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Medi-Cal Retroactivo (Retroactive Medi-Cal)

Si tiene facturas pendientes de pago por servicios médicos o dentales cuando solicite Medi-Cal, puede pedir Medi-Cal retroactivo. Medi-Cal retroactivo puede ayudarle a pagar gastos médicos o dentales de cualquiera de los tres meses previos a la fecha de su solicitud.

Por ejemplo, si solicitó Medi-Cal en abril, podría obtener ayuda con los gastos médicos o dentales por servicios recibidos en enero, febrero y marzo.

Para recibir Medi-Cal retroactivo, usted debe:

- Calificar para Medi-Cal en el mes en que recibió los servicios médicos
- Haber recibido servicios médicos o dentales que tienen cobertura de Medi-Cal
- Solicitarlo en el transcurso de un año a partir del mes en el que recibió los servicios con cobertura
- Debe comunicarse con la oficina local del condado para solicitar Medi-Cal retroactivo

Por ejemplo, si recibió tratamiento porque se quebró el brazo en enero de 2017 y solicitó Medi-Cal en abril de 2017, tendría que solicitar Medi-Cal retroactivo a más tardar en enero de 2018 para que le cubran los gastos médicos.

Si ya pagó por los servicios médicos o dentales recibidos durante los tres meses del período retroactivo, Medi-Cal podría también ayudarle para que obtenga un reembolso. Deberá presentar una reclamación en el transcurso de un año de la fecha en que recibió el servicio, o en el transcurso de 90 días después de que su elegibilidad haya sido aprobada para Medi-Cal, de ellos, el período más largo.

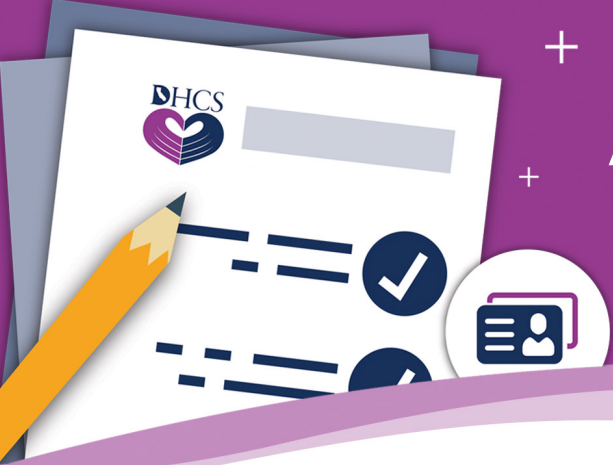
Para presentar una reclamación, deberá llamar o escribir a:

Department of Health Care Services
Beneficiary Services
P.O. Box 138008
Sacramento, CA 95813-8008
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)

Para reclamaciones médicas, de salud mental, trastornos por el uso de sustancias y servicios de apoyo en el hogar

Medi-Cal Dental Beneficiary Services
P.O. Box 526026
Sacramento, CA 95852-6026
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)

Para reclamaciones por servicios dentales.



Actualización y renovación de Mi Medi-Cal

Debe reportar cualquier cambio en su núcleo familiar, en el transcurso de 10 días después de que ocurra dicho cambio, a su oficina local del condado. Puede reportar dichos cambios en persona, en línea, por teléfono, correo electrónico o por fax. Cambios pueden afectar su elegibilidad para Medi-Cal.

Debe reportar si:

- Se casó o se divorció
- Le nació un hijo o lo adoptó o si dio un hijo en adopción
- Tuvo un cambio en ingresos o bienes (si corresponde)
- Obtuvo cualquier otra cobertura de salud, incluso si es por medio de la empresa donde trabaja o de un programa como Medicare
- Se mudó a otra casa o si hay algún cambio de número de personas que viven en su hogar
- Hubo un cambio en su estatus de discapacidad
- Hubo un cambio en su estatus fiscal, incluso un cambio en el número de dependientes que reporta al fisco
- Hubo un cambio en ciudadanía o estatus migratorio
- Hubo encarcelamiento (prisión, etc.) o liberación de encarcelamiento
- Hubo un cambio en estatus como indígena americano o indígena de Alaska o cambio en su estatus tribal.
- Hubo un cambio de nombre, fecha de nacimiento o número de seguro social
- Hubo cualquier otro cambio que pudiera afectar sus ingresos o tamaño de su hogar

¿Qué pasa si me mudo a otro condado de California?

Si se muda a otro condado de California, puede pedir que su caso de Medi-Cal se traslade a su nuevo condado. Esto se conoce como transferencia entre condados (Inter-County Transfer-ICT). Deberá reportar su cambio de

dirección a cualquiera de los dos condados en el transcurso de 10 días después del cambio. Puede reportar el cambio de dirección en persona, en línea, por teléfono, correo electrónico o por fax. La cobertura de su plan de atención administrada en su condado anterior terminará el último día del mes. Deberá inscribirse en un plan de atención administrada en su nuevo condado.

Cuando sale del condado temporalmente, su Medi-Cal no se transferirá. Esto incluye cuando un hijo se va a la universidad o cuando usted cuida a un familiar enfermo. Comuníquese con la oficina local del condado para reportar el cambio de dirección temporal a un nuevo condado del miembro de su hogar. La oficina local del condado actualizará la dirección de modo que el miembro de su hogar pueda inscribirse en un plan de salud del nuevo condado.

¿Cómo puedo renovar la cobertura de Mi Medi-Cal?

Para mantener sus beneficios de Medi-Cal, debe renovarlos por lo menos una vez al año. Si la oficina local del condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal usando recursos electrónicos, le enviará un formulario de renovación. Deberá proporcionar la información nueva o la que haya cambiado. También deberá dar su información más reciente. Puede proporcionar la información en línea, en persona o por teléfono o por otros medios electrónicos, si están disponibles en su condado. Si envía su formulario de renovación por correo o en persona, deberá firmarlo.

Si no proporciona la información necesaria antes de la fecha límite, sus beneficios de Medi-Cal terminarán. La oficina local del condado le enviará un aviso de acción por correo. Tiene 90 días para proporcionar la información faltante a la oficina local del condado sin que tenga que volver a presentar su solicitud. Si proporciona la información faltante en el transcurso de 90 días y aún califica para Medi-Cal, la oficina local del condado restituirá su Medi-Cal sin que haya interrupción en la cobertura.

Derechos y responsabilidades



Cuando solicita Medi-Cal, recibirá una lista de sus derechos y responsabilidades. Esto incluye el requisito de reportar cambios de dirección o ingresos, o si alguien está embarazada o dio a luz. Puede llamar a la oficina local del condado o buscar la lista más reciente de sus derechos y responsabilidades en línea en:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

Derechos de apelación y audiencia

Servicios y Beneficios de Salud

Tiene derecho de apelar si no está de acuerdo con la denegación de un servicio o beneficio de salud.

Si está en un plan de Medi-Cal Managed Care y recibe una carta de aviso de acción donde le indican que un servicio o beneficio de salud ha sido denegado, tiene derecho de apelar esa decisión.

Deberá enviar la apelación a su plan en el transcurso de 60 días a partir de la fecha del aviso de acción. Después de enviar la apelación, el plan le enviará una decisión en el transcurso de 30 días. Si no recibe la decisión en 30 días o no está de acuerdo con la decisión del plan, entonces puede solicitar una audiencia imparcial del estado. Un juez revisará su caso. **Primero deberá presentar una apelación ante su plan, antes de solicitar una audiencia imparcial del estado.** Debe solicitar la audiencia imparcial del estado en el transcurso de 120 días a partir de la fecha de la notificación escrita de la decisión del plan sobre la apelación.

Si tiene cuota por servicio de Medi-Cal y recibe un aviso de acción donde le indican que un servicio o beneficio de salud ha sido denegado, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial del estado inmediatamente. Debe solicitar la audiencia imparcial

del estado en el transcurso de 90 días después de haber recibido el aviso de acción.

Además, tiene derecho de solicitar una audiencia imparcial del estado si no está de acuerdo con lo que está sucediendo con su solicitud o elegibilidad para Medi-Cal. Esto puede ser cuando:

- No está de acuerdo con la acción que tomó su condado o estado en cuanto a su solicitud de Medi-Cal
- El condado no le comunica una decisión acerca de su solicitud de Medi-Cal en el transcurso de 45 ó 90 días
- Hay cambio en su elegibilidad para Medi-Cal o costo compartido

Decisiones de elegibilidad

Si recibe una carta de aviso de acción donde le comunican una decisión de elegibilidad con la que usted no está de acuerdo, puede hablar con el trabajador a cargo de la elegibilidad del condado y/o solicitar una audiencia imparcial del estado. Si no puede resolver su desacuerdo a través del condado, entonces deberá solicitar la audiencia imparcial del estado en el transcurso de 90 días a partir de la fecha del aviso de acción. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado comunicándose con la oficina local del condado. También puede llamar o escribir a:

California Department of Social Services
Public Inquiry and Response
PO Box 944243, M.S. 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
1-800-743-8525, (TTY 1-800-952-8349)

También puede presentar una solicitud de audiencia en línea en:

<http://www.cdss.ca.gov/>

Si considera que lo han discriminado ilegalmente basándose en su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja a la oficina de derechos civiles (Office of Civil Rights) del DHCS.

Puede aprender cómo presentar una queja por discriminación en el "aviso federal necesario para informar a las personas acerca de los requisitos de no discriminación y accesibilidad" en la página 21.

Acerca de las Audiencias Imparciales del Estado

El estado le informará que recibió su solicitud de audiencia. Se le notificará la hora, fecha y lugar donde se llevará a cabo la audiencia. Un representante de audiencias analizará su caso e intentará resolver el problema. Si el condado/estado le ofrece un acuerdo para resolver el problema, lo recibirá por escrito.

Puede autorizar por escrito a un amigo, familiar o defensor para que lo ayude durante la audiencia. Si no puede resolver completamente el problema con el condado o estado, usted o su representante deben presentarse a la audiencia imparcial del estado. Su audiencia puede ser en persona o por teléfono. Un juez que no trabaja para el condado ni para el programa Medi-Cal escuchará su caso.

Si tiene una discapacidad y necesita adaptaciones razonables para participar completamente en el proceso de la audiencia imparcial, puede llamar al 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349). También puede enviar un correo electrónico a SHDCSU@DSS.ca.gov.

Tiene derecho de pedir ayuda gratuita en su idioma. Indique su idioma en su solicitud de audiencia. O diga al representante de audiencias que le gustaría contar con un intérprete gratuito. No puede pedir a un

amigo o familiar que sean sus intérpretes durante la audiencia.

Para obtener ayuda con su audiencia, puede pedir que lo refieran a ayuda legal. Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina de ayuda legal o de derechos del bienestar público.

Responsabilidad civil a terceros

Si sufre una lesión, puede usar su Medi-Cal para recibir atención médica. Si presenta una reclamación al seguro o demanda a alguien por daños debido a su lesión, debe notificarlo al programa de lesiones personales (Medi-Cal Personal Injury Program-PI) de Medi-Cal en el transcurso de 30 días a partir de la fecha en que presentó su reclamo o demanda. Deberá reportarlo a la oficina local del condado y al programa PI.

Para notificarlo al programa PI de Medi-Cal llene el formulario de "notificación de lesión personal (Caso Nuevo)". Puede encontrarlo en el sitio web a continuación. Si no tiene acceso a internet, pida a su abogado o al representante de su aseguradora que lo notifique al programa PI de Medi-Cal actuando en su nombre. Puede encontrar formularios de notificación y actualización en: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

Si un abogado lo va a representar en su demanda o reclamación, su abogado es el responsable de notificar al programa PI de Medi-Cal y de proporcionar una carta de autorización. Esta autorización permite al personal de Medi-Cal que se comunique con su abogado para discutir su caso de lesión personal. Medi-Cal no le proporciona representación ni lo refiere a los abogados. El personal puede ofrecer información que puede ayudar al abogado durante el proceso.

Recuperación patrimonial

El programa Medi-Cal debe buscar reembolso proveniente del patrimonio de algunos miembros de Medi-Cal que ya fallecieron. El reembolso se limita a los pagos efectuados, entre ellos, primas de atención administrada, servicios prestados en un hogar de ancianos/convalecientes, servicios basados en el hogar y la comunidad y servicios relacionados con hospital y medicamentos con receta cuando el beneficiario:

- Estuvo internado en un hogar de ancianos/convalecientes, o

- Recibió servicios basados en el hogar y la comunidad a partir de su cumpleaños número 55

Si el miembro fallecido no dejó un patrimonio sujeto a testamento o no poseía nada cuando falleció, entonces no se debe nada.

Para obtener más información, visite <http://dhcs.ca.gov/er> o llame al 1-916-650-0590

Fraude de Medi-Cal

Responsabilidades de los miembros

El beneficiario siempre debe presentar evidencia de que tiene cobertura de Medi-Cal a los proveedores, antes de recibir los servicios. Si consulta más de un médico o dentista, deberá informar a cada médico o dentista que hay otro médico o dentista dándole tratamiento.

Es su responsabilidad no abusar o hacer mal uso de sus beneficios de Medi-Cal. Lo siguiente constituye un **delito**:

- Dejar que otra persona haga uso de sus beneficios de Medi-Cal
- Obtener medicamentos dando declaraciones falsas a un proveedor
- Vender o prestar su BIC a cualquier otra persona o darle su BIC a cualquiera que no sea su proveedor de servicios, según lo contemplado en los lineamientos de Medi-Cal

Hacer mal uso de la BIC/beneficios de Medi-Cal se considera un delito. Puede resultar en medidas negativas en su caso o procedimientos judiciales en su contra. Si sospecha que se está cometiendo fraude, desperdicio o abuso con Medi-Cal, repórtelo confidencialmente al **1-800-822-6222**.

Aviso federal necesario para informar a las personas acerca de los requisitos de no discriminación y accesibilidad

El DHCS cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales. El DHCS no discrimina ilegalmente basándose en su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física,

condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. El DHCS no excluye ilegalmente a las personas ni las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. El DHCS:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficiente con el DHCS, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos, por ejemplo, letra grande impresa, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a la oficina de derechos civiles, al **1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay)** o por correo electrónico CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si considera que el DHCS ha fallado en proporcionarle estos servicios o si a usted lo han discriminado de alguna otra forma basándose en su sexo, raza, color, religión, origen familiar, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja a:

Office of Civil Rights

PO Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

1-916-440-7370, (Ext. 711, CA State Relay)

Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja, la oficina de derechos civiles puede ayudarlo. Los formularios de quejas están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Recursos Importantes



EN LÍNEA

Sitio principal de Medi-Cal:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

Obtenga la aplicación para teléfonos inteligentes myMedi-Cal que le ayudará a obtener más información sobre la cobertura, a encontrar ayuda local y mucho más!



NÚMEROS DE TELÉFONO

Medi-Cal Members & Providers:
1-800-541-5555

Medi-Cal Managed Care:
1-800-430-4263
(TTY 1-800-430-7077)

Oficina del Defensor del Pueblo:
1-888-452-8609

Audiencia Imparcial del Estado:
1-800-743-8525
(TTY 1-800-952-8349)

Covered California:
1-800-300-1506

Programa Dental de Medi-Cal:
1-800-322-6384

Si considera que lo han discriminado basándose en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles en la oficina de derechos civiles del departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede hacerlo en forma electrónica a través del portal de quejas de la oficina de derechos civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health
and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697

Puede obtener el formulario de quejas en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Este documento cumple con la sección 508 de estándares de accesibilidad. Esta publicación también se puede obtener en el sistema Braille, impreso en letra grande y otros formatos electrónicos, como respuesta a la solicitud de adaptaciones presentada por una persona calificada que tenga una discapacidad. Para solicitar una copia de esta publicación en otro formato, llame a la división de elegibilidad de Medi-Cal al **1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929)** o envíe un correo electrónico a MCED@dhcs.ca.gov.

Asistencia en otros idiomas

Attention: If you speak English, you can call 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) for free help in your language. Call your local county office for eligibility issues or questions. (English)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الاتصال برقم المجانية بلغتك. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي للمشكلات أو الأسئلة المتعلقة بالتأهل. (Arabic)

Ուշադրություն: Եթե Դուք հայերեն եք խոսում, կարող եք զանգահարել 1-800-541-5555

(TDD 1-800-430-7077) ມາຍຸດທະສາດ ອຸດົມສຸກ
ບາຍຸດທະສາດ ອຸດົມສຸກ ອຸດົມສຸກ ອຸດົມສຸກ
ບາຍຸດທະສາດ ອຸດົມສຸກ ອຸດົມສຸກ ອຸດົມສຸກ
ບາຍຸດທະສາດ ອຸດົມສຸກ ອຸດົມສຸກ ອຸດົມສຸກ
(Armenian)

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ
អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ
ជាភាសារបស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុង
លដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា
ឬក្នុងករណីមានសំណួរណាមួយ។ (Cambodian)

注意: 如果您使用中文, 請撥打1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) 免費獲得以您所用語言提
供的協助。關於資格的爭議或問題請致電您所在縣
的辦事處。(Chinese)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، می توانید برای
دریافت کمک رایگان به زبان خود با شماره
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس
بگیرید. برای مسائل مربوط به صلاحیت یا سوالات، با دفتر محلی
شهرستان خود تماس بگیرید. (Farsi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषी हैं, तो आप अपनी
भाषा में नि:शुल्क सहायता के लिए
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) पर कॉल
कर सकते हैं। योग्यता संबंधी समस्याओं या प्रश्नों
के लिए अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को कॉल
करें। (Hindi)

Lus Ceeb Toom: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj
yeem hu rau tus xov tooj 1-800-541-5555 (TDD
1-800-430-7077) kom tau kev pab koj dawb ua koj
hom lus. Hu rau lub chaw lis dej num hauv koj lub
nroog txog cov teeb meem kev tsim nyog tau txais kev
pab los yog cov lus nug. (Hmong)

注意: ご希望により、1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) へお電話いただければ日
本語で対応いたします。有資格問題または質問など
は、地域の代理店までお電話ください。(Japanese)

주의: 한국어를 말하면, 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) 번으로 무료로 도움을
받으실 수 있습니다. 적격 문제 또는 질문은 해당
지역 카운티 사무소에 문의하십시오. (Korean)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາ
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍຄວາມ
ຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່ນ
ຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື
ມີຄໍາຖາມອື່ນໆ. (Laotian)

Waac-mbungh: Se gorngv meih gongv mien waac
nor, maaiv zuqc cuotv nyaanh gunv korh waac mingh
taux 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) yiem
wuov maaih mienh tengx faan waac bun meih hiuv duv.
Guv korh waac taux meih nyei kaau dih nyei mienh, Se
gorngv meih oix hiuv taux, meih maaih fai maaiv maaih
ndaam-dorngh leiz puix duqv ziqv nyei buanc. (Mien)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਪਾਉਣ ਲਈ 1-800-541-5555 (TDD
1-800-430-7077) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਾਤਰਤਾ ਸੰਬੰਧੀ
ਵਿਵਾਦਾਂ ਜਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ
ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Внимание: Если Вы говорите по-русски, Вы можете
позвонить по номеру 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077), чтобы получить бесплатную
помощь на Вашем языке. Позвоните в Ваш местный
окружной офис по вопросам или проблемам,
связанным с соответствием требованиям.
(Russian)

Atención: Si usted habla español puede llamar al
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) para
obtener ayuda gratuita en su idioma. Llame a la oficina
local de su condado si tiene algún problema o alguna
pregunta sobre elegibilidad. (Spanish)

Atensiyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari
kang tumawag sa 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) para sa libreng tulong sa
wika mo. Tawagan ang lokal mong tanggapan sa
county para sa mga isyu sa pagiging nararapat o mga
tanong. (Tagalog)

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถโทรศัพท์
ไปที่เบอร์ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)
เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำท้องถิ่นของท่านเพื่อ
สอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่าน (Thai)

Увага: Якщо ви розмовляєте українською, ви
можете зателефонувати за номером 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077), щоб отримати безкоштовну
допомогу Вашою мовою. З питань стосовно права
на пільги та іншої інформації, телефонуйте до
вашого місцевого окружного офісу. (Ukrainian)

Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể gọi
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) để được trợ
giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Hãy gọi văn
phòng quận địa phương của quý vị nếu có các vấn đề
hoặc thắc mắc về tính đủ điều kiện. (Vietnamese)

California Department of
Health Care Services
1501 Capitol Avenue
Sacramento, CA 95814

PUB 68 | Elaborado por el DHCS
Office of Communications



PUB 68 SPA (0219) | myMedi-Cal
Department of Health Care Services
dhcs.ca.gov

Construya un mejor futuro para su familia

Obtenga los beneficios de los servicios de planificación familiar, los cuales le pueden ayudar a:

- Mejorar su habilidad para ser autosuficiente previniendo un embarazo no planeado.
- Planear el número de niños que quiere tener, al igual que cuánto tiempo va ha haber entre cada uno de ellos, para que pueda satisfacer las necesidades económicas y emocionales de su familia.
- Tener comunicación con su pareja en lo relacionado a asuntos de la salud reproductiva.
- Hablar con sus niños acerca del sexo seguro y la prevención del embarazo.



Hágalo por usted.
Hágalo por las personas que ama.



County Stamp Box

*California Family Planning Information
and Referral Service*
(Servicio de información y referencia
para la planificación familiar
en California)

1-800-942-1054

All persons in the photographs are models
and used for illustrative purposes only.

State of California
(Estado de California)

Health and Human Services Agency
(Secretaría de Salud y Servicios Humanos)

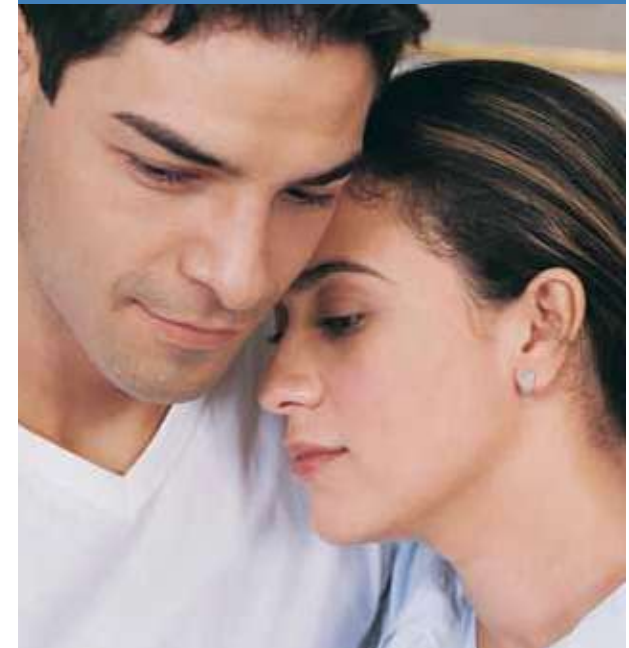
Department of Social Services
(Departamento de Servicios Sociales)



PUB 275 (SP) (04/07)



**Planificación familiar...
Comprometiéndose para
un futuro saludable**



Planificación familiar – Para el futuro de su familia

Su proveedor local de servicios de planificación familiar puede ayudarle a:

- Encontrar el método que mejor se ajuste a su estilo de vivir. Hay una amplia variedad de opciones — desde la píldora hasta el anillo o inyecciones y más.
- Obtener anticonceptivos para ayudarle a prevenir un embarazo no planeado.
- Aprender acerca de anticonceptivos de emergencia y si esto sería una opción correcta para usted si algún día lo llegara a necesitar.
- Obtener pruebas y tratamiento para enfermedades transmitidas sexualmente.
- Aprender acerca de cómo prevenir y evitar propagar enfermedades transmitidas sexualmente, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV por sus siglas en inglés) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS por sus siglas en inglés).
- Recibir pruebas para detectar el cáncer en el sistema de reproducción.
- Aprender cómo autoexaminarse para el cáncer del seno.
- Contestar preguntas acerca de todas las preocupaciones que tenga sobre la salud reproductiva.



Estos servicios:

- Son confidenciales, lo cual significa que es algo privado entre usted y su médico.
- Están disponibles para los hombres y las mujeres, incluyendo a los adolescentes.
- No son caros — las personas que reciben beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) pueden recibir estos servicios gratuitamente o a bajo costo.

En su comunidad, usted puede recibir los servicios de planificación familiar:

- Vaya a su doctor, o al departamento de salud del condado o a su plan de cuidado de la salud.
- Vea la sección amarilla de su directorio telefónico bajo “*Family Planning Information*” (información sobre planificación familiar).
- Llame a “*California Family Planning Information and Referral Service*” (servicio de información y referencia para la planificación familiar) para que le den el nombre, dirección y número de teléfono de un proveedor de servicios de planificación familiar en su área. El teléfono es:

1-800-942-1054



Haga el compromiso hoy.

TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)



**EBT es la forma más fácil,
segura y conveniente de usar
sus beneficios monetarios y
alimentarios.**

Guarde este folleto en un lugar seguro.


**¿Tiene preguntas? Contacte con el servicio
gratuito de atención al cliente las 24 horas
al día, 7 días a la semana llamando a**

1-877-328-9677

TTY:1-800-735-2929

**Utilice la aplicación móvil FIS ebtEDGE o
acceda al sitio web del cliente de EBT en
www.ebt.ca.gov para ver sus beneficios,
saldos y mucho más.**

Dónde usar su tarjeta EBT

Puede usar su tarjeta EBT en cualquier lugar donde vea la marca  en California o el resto del país. Puede encontrar la marca de Quest® en la entrada de una tienda, en las cajas registradoras y en los cajeros automáticos (ATM) que indican que puede usar su tarjeta EBT en la tienda o en el ATM. En la pegatina de Quest® hay imágenes especiales que muestran los beneficios que puede utilizar. Busque la marca de Quest® en la tienda antes de hacer las compras.

Puede usar su tarjeta EBT en cualquier lugar donde vea la marca de Quest®, ya sea en California o en otro estado.

Aplicación móvil ebtEDGE

Utilice la aplicación ebtEDGE gratuita que incluye funciones como:

- Programa de emisión de beneficios
- Bloquear transacciones por internet y/o fuera del estado
- Congelar y descongelar la tarjeta
- Ubicar tiendas aprobadas por FNS
- Solicitar un reemplazo de la tarjeta
- Restablecer el PIN
- Ver el historial de transacciones o el saldo de la cuenta

Puede usar su tarjeta EBT en:



visite www.ebt.ca.gov.

- Paso 1** Introduzca o acerque su tarjeta EBT en la máquina de PDV.
- Paso 2** Marque los cuatro dígitos de su número de identificación personal (PIN).
- Paso 3** Apruebe el monto de la compra.
- Paso 4** Recibirá una copia del recibo, la que indicará el nuevo saldo de su cuenta de beneficios alimentarios / asistencia monetaria de EBT.

No se le puede cobrar una cuota por usar sus beneficios alimentarios de EBT. Usted no puede recibir cambio o dinero en efectivo de su cuenta de beneficios alimentarios de EBT.

Cómo usar su tarjeta EBT para hacer una compra con sus beneficios de asistencia monetaria (si los recibe)

Estos pasos pueden variar según la máquina de PDV que use. No dude en pedir ayuda del dependiente.

¡Sepa cuál es su saldo! Antes de hacer una compra, revise su último recibo, llame al servicio de atención al cliente o visite www.ebt.ca.gov.

- Paso 1** Introduzca o acerque su tarjeta EBT en la máquina de PDV.
- Paso 2** Marque los cuatro dígitos de su número de identificación personal (PIN).
- Paso 3** Apruebe el monto de la compra.
- Paso 4** Recibirá una copia del recibo.

número de identificación personal (PIN).

- Cada vez que use su tarjeta, tendrá que usar su PIN. Si no lo tiene, su tarjeta NO funcionará y NO podrá usar sus beneficios
- Mantenga su PIN en secreto. No lo comparta con otras personas.

Cómo proteger su PIN

- NUNCA escriba su PIN en su tarjeta, en la funda de su tarjeta o en cualquier cosa que guarde con su tarjeta.
- Su PIN debe ser un secreto. NUNCA lo comparta con sus parientes, el trabajador de su caso, el cajero de una tienda o cualquier otra persona, a menos que desee que esa persona tenga acceso a TODOS sus beneficios.
- NUNCA use su PIN si cree que otra persona le está observando.
- Cuando use su tarjeta EBT, tiene cuatro oportunidades para marcar su PIN. Si el cuarto intento es incorrecto, no podrá usar su tarjeta hasta después de la medianoche. Si olvidó su PIN, llame al servicio de atención al cliente (el número está en el reverso de su tarjeta). El agente no sabe su PIN, pero le ayudará a cambiarlo.
- Si otra persona descubre su PIN sin su AUTORIZACIÓN, restablezca su PIN a través de la aplicación móvil ebtEDGE, acceda al sitio web del cliente de EBT en www.ebt.ca.gov, llame al número de servicio de atención al cliente de inmediato o

de texto siguiendo las instrucciones de este folleto o contactando con la oficina de bienestar público más cercana.

Cómo revisar su saldo

| | | |
|--|----------|----------|
| STORE NAME | | |
| 100 ANY STREET ADDRESS CITY, STATE ZIP | | |
| TERM ID 123456 | | |
| MECH TERM ID 987654321 SEQ# 280 | | |
| CLERK 107 | | |
| 06/02/17 10:23 | | |
| CASE# C1234567890 | | |
| | TRAN AMT | END BAL |
| CASH | \$0.00 | \$125.00 |
| FS | \$45.20 | \$229.80 |
| FS PURCH \$45.20APPROVED | | |
| ***DO NOT DISPENSE CASH*** | | |

Figura 1: ejemplo del recibo de una tienda

La mejor manera de llevar la cuenta de cuánto le queda en su cuenta de beneficios alimentarios y/o de asistencia monetaria es saber su saldo. Para esto, lo mejor es CONSERVAR SU ÚLTIMO RECIBO.

Si ha perdido su último recibo y desea saber su saldo:

- llame al número de atención al cliente (vea el reverso de su tarjeta), o
- revise el saldo de su cuenta de beneficios alimentarios en una máquina de PDV, o
- revise el saldo de su cuenta de beneficios alimentarios / asistencia monetaria visitando el sitio web del cliente de EBT www.ebt.ca.gov, o utilizando la aplicación móvil FIS ebtEDGE.
- Revise el saldo de su cuenta de asistencia monetaria en un ATM o una máquina de PDV.

beneficios alimentarios y/o asistencia monetaria de EBT dependerá del último dígito del número de su caso.

Beneficios alimentarios de EBT

Los beneficios alimentarios se harán disponibles los primeros diez días del mes. El último dígito del número de su caso refleja el día en que sus beneficios estarán disponibles. Por ejemplo, si el último dígito es 7, recibirá sus beneficios el día 7 de cada mes.

Beneficios de asistencia monetaria

Se emiten los beneficios de asistencia monetaria los primeros tres días del mes. El último número de su caso de EBT refleja el día en que sus beneficios estarán disponibles.

Si su caso termina en 1, 2 o 3, recibirá sus beneficios el primer día del mes.

Si su caso termina en 4, 5, 6 o 7, los recibirá el segundo día del mes. Si su caso termina en 8, 9 o 0, recibirá sus beneficios el tercer día del mes.

- Los beneficios están disponibles los fines de semana y días festivos.
- Su saldo al fin de cada mes se añade al saldo del mes siguiente.

Depósito directo

¿Sabía que puede elegir que sus beneficios de asistencia monetaria se envíen directamente a su cuenta de cheques o de ahorros? Comuníquese con la oficina de bienestar público de su condado para obtener más información.

- No deje su tarjeta expuesta al sol, como en el tablero de un vehículo, ya que se derretirá y no funcionará.
- No deseche su tarjeta, incluso si usted se muda. Usará la misma tarjeta cada mes que reciba beneficios.

Sitio web para clientes de EBT

Vaya al sitio web para clientes de EBT www.ebt.ca.gov, en su computadora o dispositivo móvil para:

- encontrar tiendas y mercados de productos agrícolas que acepten tarjetas EBT;
- encontrar los ATM que no cobren recargos;
- encontrar restaurantes que acepten EBT;
- ver el saldo de su cuenta o el historial de transacciones.

Cómo enviar sus preguntas por mensajes de texto

Use su teléfono celular para revisar su saldo y encontrar los ATM (incluyendo los ATM sin recargos), restaurantes, mercados de productos agrícolas y tiendas que acepten tarjetas EBT.

Visite www.ebt.ca.gov para inscribirse y registrar su número de teléfono. Es posible que apliquen las tarifas estándar de datos y mensajes de texto; comuníquese con su proveedor de servicio celular.

Este es un ejemplo de qué escribir en el mensaje de texto: ATM 90123

- Envíe BAL a 42265 para saber el saldo de sus beneficios alimentarios y/o asistencia monetaria de EBT.
- Envíe ATM y su código postal a 42265

pregunta que tenga sobre su tarjeta EBT. Cuando llame, estará conectado con un sistema automatizado. En la mayoría de los casos, este sistema podrá contestar sus preguntas y usted no tendrá que hablar con un representante.

Las respuestas se pueden proporcionar en árabe, armenio (oriental), camboyano, cantonés, inglés, farsi, hmong, japonés, coreano, lao, mandarín, mien, panyabí, portugués, ruso, español, tagalo, ucraniano y vietnamita.

Llame si:

- pierde o le roban su tarjeta.
- su tarjeta no funciona.
- desea cambiar su PIN porque usted lo olvidó u otra persona lo descubrió.

Llame de inmediato al servicio de atención al cliente si:

- desea saber el saldo de sus cuentas.
- le han cobrado una compra, pero usted no recibió los productos o le cobraron demasiado.
- tiene otras preguntas o problemas.

**24 horas al día / 7 días a la semana
número gratuito: 1-877-328-9677**

TTY:1-800-735-2929

**(Servicio de retransmisión para
personas que tienen discapacidades
auditivas / del habla)**

**Utilice la aplicación móvil de FIS
ebtEDGE o acceda al sitio web del
cliente de EBT en www.ebt.ca.gov para
ver sus beneficios, saldos y mucho más.**

Anote el día en que sus beneficios **alimentarios** de EBT se depositarán en su cuenta:

(Entre el primer y el décimo día del mes)

Anote el día en que su asistencia **monetaria** se depositará en su cuenta:

(El primer, segundo o tercer día del mes)

Esta institución es un proveedor que ofrece **igualdad de oportunidades**, lo que significa que le queda prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias religiosas.



State of California
Health and Human
Services Agency
Department of Social
Services

FOLLETO SOBRE LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT) LIBRE DE RECARGOS - DEPÓSITO DIRECTO

Número de atención al cliente de EBT: 1-877-328-9677 (este es el **único** número de atención al cliente de EBT en California. Si se le pide que llame a otro número, es probable que sea una estafa para robarle sus beneficios. En el reverso de su tarjeta EBT se encuentra el número de atención al cliente de EBT, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Sitio web para clientes de la tarjeta EBT en California: www.ebt.ca.gov.

TTY (Servicios de retransmisión de telecomunicaciones para las personas con discapacidades auditivas o del habla): 1-800-735-2929.

Puede recibir su asistencia monetaria por EBT o depósito directo; ¡usted elige! Notifíquelo al trabajador del condado encargado de su caso (su trabajador) la manera en que usted quiera recibir su asistencia monetaria.

Cuando usted quiera, puede cambiar de EBT a depósito directo o de depósito directo a EBT. Avísele a su trabajador y él/ella le dará instrucciones. Si no puede usar la tarjeta de EBT o alguna parte del sistema de EBT debido a una incapacidad/discapacidad, limitación en el idioma, falta de acceso u otro obstáculo, comuníquese con su trabajador y él/ella determinará si es elegible para recibir su asistencia monetaria de una manera diferente.

Si tiene alguna dificultad y recibe su asistencia monetaria el segundo o tercer día del mes, es posible que pueda recibir su asistencia monetaria el primer día del mes. Explíquelo a su trabajador por qué necesita recibir su asistencia monetaria el primer día del mes. Si recibe su asistencia monetaria a través de depósito directo, siempre recibirá sus beneficios de asistencia monetaria el primer día del mes.

Si alguien retira beneficios de asistencia monetaria de su cuenta debido a un robo electrónico y usted tenía en su posesión su tarjeta de EBT en el momento del robo, llame al (877) 328-9677 para cancelar su tarjeta de EBT inmediatamente y comuníquese con su trabajador. Si se cumplen ciertos requisitos, es posible que sus beneficios puedan ser reemplazados.

Recuerde: Los beneficios de CalFresh siempre se depositan en su tarjeta de EBT y nunca se le debe cobrar una cuota al hacer una compra de CalFresh.

TENGA CUIDADO CON EL FRAUDE DE EBT.

Un fraude es el acto de engañar o confundir a un beneficiario para obtener información sobre su cuenta. Esta información se usa para crear una copia de la tarjeta del beneficiario y robar sus beneficios. Este fraude se suele realizar por medio de llamadas telefónicas, mensajes de texto y sitios web.

Ningún empleado del condado o del gobierno estatal o federal le pedirá su número de identificación personal (PIN). El proveedor de EBT, el supermercado, el mercado de agricultores o cualquier cajero o gerente nunca le pedirá su PIN. Mantenga en secreto el número de su tarjeta de EBT y su PIN.

No envíe a nadie fotos de su tarjeta de EBT ni otros tipos de identificación.

¿No tienes papel?

¿No tienes impresora?

¿No tienes sellos?

¿No tienes un buzón?

¡No hay problema!

Diga sí a registrarse para votar.

REGÍSTRESE PARA VOTAR EN LÍNEA!

www.RegisterToVote.ca.gov

Verifique su estado:

<https://voterstatus.sos.ca.gov>

