

PROGRAMAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL ESTADO CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CIENTE (CEC)

Número de identificación del cliente

This form is the property of the State of California, Department of Health Services, Office of Family Planning, and cannot be changed or altered.

Favor de responder todas las preguntas en LETRAS DE MOLDE. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, sus ingresos y su seguro de salud son para determinar si es elegible para los servicios de Family PACT Program.

- Providers must keep a copy of this form in the client's medical record. (See PPBI, Client Eligibility Certification Form Completion Section for code determinations.)
- **Code areas are for Provider use only.**

En la actualidad, ¿está recibiendo beneficios o servicios de Medi-Cal? Sí No

¿Tiene una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC, por sus siglas en inglés)? Sí No

Número de BIC	Fecha de emisión
---------------	------------------

¿Tiene en seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar? (Seguro privado, Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), el Plan de Managed Care, Atención Administrada, Seguro de Salud para Estudiantes, etc.) Sí No

¿Es necesario mantener los servicios de planificación familiar que usted recibe confidencial de su compañero/a esposo/a o padre? ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted si necesitamos hablar sobre alguna cosa? Sí No
Confidencialidad



Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr.)
--------	----------------	----------	-------------------

¿Es su nombre actual el mismo que le dieron cuando nació? **Si no lo es**, escriba a continuación el nombre que le dieron cuando nació. Sí No

Nombre al nacer	Segundo nombre al nacer	Apellido al nacer	Sufijo (Jr., Sr.)
-----------------	-------------------------	-------------------	-------------------

Número de nacimientos vivos	Condado en que reside	Codigo postal
-----------------------------	-----------------------	---------------

Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número del seguro social	Nombre de su madre (de pila)
--	--------------------------	------------------------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) / / _ _ _ _	Lugar de nacimiento (condado, si es California)	Estado (Si no es California)	País (si no es EE.UU.)
---	---	------------------------------	------------------------

Raza/ethicidad

1 <input type="checkbox"/> Asiática	2 <input type="checkbox"/> Negra	3 <input type="checkbox"/> Filipina	4 <input type="checkbox"/> Hispana
5 <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana	6 <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico	7 <input type="checkbox"/> Anglosajón	0 <input type="checkbox"/> Otra

Idioma Primario

1 <input type="checkbox"/> Armenio	2 <input type="checkbox"/> Cantonés	3 <input type="checkbox"/> Inglés	4 <input type="checkbox"/> Hmong	5 <input type="checkbox"/> Khmer/Camboyanos
6 <input type="checkbox"/> Coreano	7 <input type="checkbox"/> Tagalog	8 <input type="checkbox"/> Español	9 <input type="checkbox"/> Vietnamita	0 <input type="checkbox"/> Otro

Esta información se utilizará para ver si está inscrito en algún programa de salud del estado. La información también se utilizará para verificar los resultados de salud y para evaluar el programa. Su nombre no se revelará. Todas las personas tienen derecho a repasar la información personal mantenida por el proveedor, a menos que se halle exenta bajo el Artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

Favor de completar la información sobre su elegibilidad en el dorso de esta página.

Determinación de Elegibilidad: Favor de indicar todos los miembros de su familia (usted mismo/a, esposo/a e hijos) que viven en su hogar y que dependen del ingreso familiar para su sostenimiento. Indique la fuente de los ingresos ganados o no ganados y la cantidad de los ingresos incluyendo el ingreso proveniente del empleo, empleado por si mismo, de propinas, comisiones, pensiones, del seguro social, de la manutención del/los hijo(s) y del/la esposo/a de pagos actuales de seguros, incapacidad, de Asuntos de Veteranos, prestaciones de desempleo, etc.

Nombre	Parentesco	Edad	Fuente del ingreso	Ingreso mensual bruto (Antes de los impuestos o deducciones.)
	(Usted mismo/a)			
Tamaño de la familia:			Ingreso Familiar	\$

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si doy información falsa, es posible que no sea elegible para este programa.

Firma (o marca) del solicitante	Fecha	Firma del testigo de la marca o del intérprete	Fecha
---------------------------------	-------	--	-------

FOR PROVIDER USE ONLY (SOLO PARA USO DE LOS PROVEEDORES)

Provider certification: Eligible for Family PACT Program/*Elegible para Family PACT Program*
 Ineligible for Family PACT Program (Give applicant Fair Hearing Rights.)
Ineligible para Family PACT Program (Indicar al solicitante su derecho a una Audiencia Equitativa)

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified: Limited scope Unmet share-of-cost

Based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this Client Eligibility Certification is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of this form which includes the Fair Hearing Rights.

Print name	Signature	Date
Annual Certification: If client is decertified (no longer eligible)	Date	

Derecho A Una Audiencia Equitativa

Todos los que soliciten o reciban servicios del Programa de Planificación Familiar del Estado tienen derecho a una audiencia realizada por el Departamento de Servicios de Salud relativa a la elegibilidad o a la obtención de servicios. Los solicitantes de dichos servicios o los que los reciben no tienen derecho a debatir los cambios que se realicen en las normas de elegibilidad o de beneficios del Programa de Planificación Familiar del Estado.

Revisión de primer nivel: Si desea apelar la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios, sírvase enviar a la dirección a continuación su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y motivo por el que solicita una **Revisión de Primer Nivel**. El matasello postal de las solicitudes de revisión e primer nivel debe contener una fecha que se halle dentro de los 20 días laborables a partir de la denegación de elegibilidad o de la obtención de elegibilidad o de la obtención de servicios. Antes de emitir una decisión, la Oficina de Planificación Familiar podrá pedir, por teléfono o por escrito, información adicional al proveedor o al solicitante.

Audiencia formal: Puede apelar la decisión de la revisión de primer nivel dentro de los 5 días laborables a partir de la fecha en que haya recibido la decisión de la revisión de primer nivel, enviando su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y motivo por el que solicita una **Audiencia Formal**, a continuación. En la audiencia podrá estar representado por un amigo, pariente, abogado u otra persona que usted elija. Un representante del proveedor estará presente para explicar los motivos de la denegación de elegibilidad. Si desea que le provean un intérprete en la audiencia, favor de especificar el idioma en la carta en que solicite la audiencia.

Revisión de Primer Nivel

Office of Family Planning
 Department of Health Services
 714 P Street, Room 440
 P.O. Box 942732
 Sacramento, CA 94234-7320

Audiencia Formal

Office of Administrative Hearings and Appeals
 Department of Health Services
 714 P Street, Room 1216
 P.O. Box 942732
 Sacramento, CA 94234-7320