

CMSP Letter No.: 17-03  
Issue Date: December 19, 2017

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS  
SUBJECT: CMSP 215 AND CMSP 215(SP) REVISED FORMS

The purpose of this All County Letter (ACL) is to transmit copies of two revised forms:

- CMSP 215 Supplemental Application (12/17)
- CMSP 215 Supplemental Application in Spanish (12/17)

The CMSP 215 form has been updated to include refined language regarding documentation of property and possessions that better aligns with the CMSP Eligibility Manual. This language has been changed from:

“You must provide documentation of the property/possession for any items in which you answer yes to”

The revised form has been updated to:

“You may have to provide documentation of the property/possession for any items in which you answer yes to.”

The forms are available for downloading at [www.cmspcounties.org](http://www.cmspcounties.org) under the “For Counties”, “Forms” section. C-IV and CalWIN will make the forms available within their systems as a part of their normal change release process. Counties should begin using these forms as soon as they become available in the county’s automated eligibility system.

If you have any questions about the forms or this ACL, please contact Alison Kellen, Program Manager at 916-649-2631 x 119 or by email at [akellen@cmspcounties.org](mailto:akellen@cmspcounties.org).

Thank you,



Kari Brownstein  
Administrative Officer

Attachments (2)

# COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP) SUPPLEMENTAL APPLICATION

**APPLICANT TO COMPLETE:**    PART A     PART B & C

## PART A - RIGHTS & RESPONSIBILITIES

Print name of applicant	Date
Print name of person acting for applicant	Relationship to applicant

**Be sure you have read every item, and sign and date. Read the following carefully before signing.**

- I understand that I am applying for the County Medical Services Program (CMSP) and that the county may review my application for other federal, state and local programs, and I consent to my eligibility being determined for these other programs. I must apply for all other available medical aid programs such as Medi-Cal and offered through Covered California before CMSP eligibility will be considered.
- I understand that I am not eligible for CMSP if I am fleeing to avoid prosecution, custody or confinement after conviction for a crime that is a felony under the laws of the place that I am fleeing, or violating a condition of probation or parole imposed under Federal or State Law.
- I understand that I have declared citizenship or immigration status on an application form or MC 13 statement of citizenship. I understand that my declaration of citizenship or immigration status for Medi-Cal or Covered California eligibility will also be used in determining my CMSP eligibility.

### CMSP RIGHTS, RESPONSIBILITIES, AND OTHER INFORMATION

**You have the right to:**

- Ask for an interpreter to help you in applying for CMSP benefits if you have difficulty in speaking or understanding the English language.
- Be treated fairly and equally regardless of your race, color, religion, national origin, sex, age, sexual orientation, marital status or political beliefs.
- Apply for CMSP benefits and to be told in writing whether or not you qualify for CMSP, even if the county representative tells you during the interview that it appears that you are, or are not now, eligible.
- Review manuals containing the rules of CMSP if you want to question the basis on which your eligibility is approved or denied.
- Receive a Benefits Identification Card (BIC) as soon as possible if you have a medical emergency and qualify for CMSP.
- Have all information you give to the county department kept in the strictest confidence.
- Qualify for CMSP by reducing your property reserve to within the CMSP property limit by the last day of any month, including the month of application.
- Receive an explanation of possible ways that you may spend your excess property as long as you receive adequate consideration.
- Speak to a social service worker about other public or private services or resources that may be available to you.
- Request a hearing from the county if you are dissatisfied with an action taken, or not taken, by the county Department of Social Services. If you wish such a hearing, you must request one within 30 days of the date the Notice of Action was mailed to you. If you do not receive a Notice of Action, you must request the hearing within 30 days of the date that you became aware of the action of which you are dissatisfied.
- Have someone accompany you or represent you at the hearing.
- Disenroll from CMSP upon request.

**You have the responsibility to:**

- Make a declaration about your citizenship/immigration status and provide proof if requested.
- Present when requested verification that you are a resident of the county in which you are applying for CMSP.
- Tell your medical provider (doctor, dentist, etc.) that you have applied for CMSP or are a CMSP beneficiary.
- Sign and keep your BIC and use it only to obtain medically necessary health care.
- Take your BIC to your medical provider when you receive medical care, as soon as possible if you receive services and do not have your BIC with you.
- Provide a social security number to the county or apply for one if you have legal status in the United States.
- Apply for Medicare benefits if you are blind, disabled, or aged 64 years and 9 months or older and are eligible for these benefits.
- Apply for any income which may be available to you or your family members.
- Report to the county department any health care insurance that you have or are entitled to have.
- Use any health insurance which you have before using CMSP.
- Report to the county department when CMSP benefits received are a result of an accident or injury caused by some other person's action or failure to act.
- Cooperate with the county if your case is selected for a quality control review.

- Cooperate with Medi-Cal regulations if you are potentially eligible for Medi-Cal and provide all necessary documentation to determine eligibility for Medi-Cal (this includes the disability evaluation process). If you do not cooperate and you are found ineligible for Medi-Cal due to non-cooperation, you will not be eligible for CMSP.
- Cooperate with Covered California if you are potentially eligible for Covered California and provide all necessary documentation to determine eligibility for Covered California. This includes picking a plan and continued premium payments to maintain coverage through Covered California. If you do not cooperate and you are found ineligible for Covered California due to non-cooperation, you will not be eligible for CMSP.

**YOU HAVE THE RESPONSIBILITY TO NOTIFY YOUR COUNTY ELIGIBILITY WORKER WITHIN TEN DAYS WHENEVER:**

- You move or plan to move to another address in your county, to another county, or to another state or country.
- You plan to be away from your home (residence) for more than 60 days.
- Any person moves into or out of your home.
- You or your spouse enters or leaves a nursing home or long-term care facility.
- You or a family member becomes a fleeing felon.
- You or a family member becomes pregnant or the pregnancy ends.
- You or a family member applies for any disability benefits, such as SSI/SSP, Social Security, Railroad Retirement, Veterans Benefits, Workers' Compensation, etc.
- You or a family member has a change in health insurance, citizenship, or immigration status.

**I UNDERSTAND THAT:**

- When I apply for benefits I will be evaluated for eligibility for other programs including Medi-Cal and Covered California. I must apply for other health care coverage before CMSP eligibility will be considered.
- If I am disabled or have a condition that could make me eligible for Medi-Cal because of a disability I will be required to cooperate in applying for Medi-Cal and completing the Medi-Cal disability evaluation process.
- If I obtain non-emergency medical services from a medical provider who is not a CMSP provider, I will be responsible for the cost of the services I receive.
- Based on my income, I may be billed for and have to pay for, some of my own medical expenses each month before CMSP will begin to pay.
- If I give false or incomplete information, I may be found ineligible for CMSP and I may be investigated for suspected fraud.
- The facts I give may be checked by computer with information from employers, the Franchise Tax Board, Social Security Administration, Internal Revenue Service, banks, welfare, other agencies or other sources.
- If I, or a person I am applying for, do not have documentation of satisfactory immigration status, I, or the person I am applying for, may be eligible only for emergency CMSP services.
- If I do not report changes promptly, and I receive CMSP benefits that I am not eligible for, I may have to repay those benefits.
- If I am eligible for other health insurance at no cost to me and do not apply for it or fail to keep such insurance, my CMSP eligibility may be denied or discontinued.
- I may apply for 1 month of retroactive CMSP benefit coverage.
- If my medical provider accepts CMSP for covered services, my medical provider cannot bill me for those services except for any share-of-cost that I may have.

**I understand that if I make false or incomplete statements or withhold information, I (or the person on whose behalf I am acting) may lose CMSP eligibility and/or I can be prosecuted for violations of civil and/or criminal laws, including fraud.**

**I hereby state that I have read the information on this form and that I fully understand my RIGHTS AND RESPONSIBILITIES to have my eligibility determined for CMSP and to maintain that eligibility.**

**I certify and declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the answers I have given are true, correct and complete to the best of my knowledge.**

Signature of applicant		Phone number (      )	Date
Signature of person acting for applicant	Relationship to applicant	Phone number (      )	Date
Signature of witness (If applicant signed with mark)		Phone number (      )	Date
Signature of Eligibility Worker (EW) (if applicable)	EW number (if applicable)	Phone number (      )	Date

## Part B – Eligibility & Health Status

### Tell us about your current health status

Check **Yes** or **No** for questions regarding the current health status for you, your spouse and your children who are living in your home.

1. Does anyone have a medical expense in the month prior to application that he/she needs help paying for?  Yes  No  
If yes, name the person \_\_\_\_\_ Which month? \_\_\_\_\_
2. Do you or any family member have a physical or emotional problem which makes it difficult to work or take care of your needs AND has lasted or is expected to last at least one year?  Yes  No  
*Please provide a written explanation in additional comments with type of problem, beginning date and expected recovery date.*
3. With treatment, do you expect to be able to work in the next year?  Yes  No
4. Have you applied for Social Security Disability?  Yes  No  
What is the status of your disability application?  
 Never Applied  Denied  Appealing Denial  Pending  Approved
5. Have you filed a lawsuit, workers compensation, or insurance claim regarding an injury or accident for which you received medical treatment?  Yes  No
6. Are you or any family member fleeing to avoid prosecution, custody or confinement after conviction for a crime that is a felony under the law of the place that I or the family member is fleeing, or violating the condition of probation or parole (for a felony) imposed under Federal or State Law?  Yes  No  
If yes, name the person \_\_\_\_\_
7. Are you under house arrest?  Yes  No

## Part C - Income, Deductions, and Property

### Tell us about your income and income deductions

Check **Yes** or **No** for each source of income or deduction belonging to you, your spouse and your children who are living in your home.

#### Sources of income

Please review the income checklist below and indicate whether you or any persons with whom you live in the home collect income from any of these sources. You must provide verification of any income source which you answer **yes** to. Income is received monthly, twice a month, every 2 weeks, weekly, or daily.

		How Much	How Often
Employment.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Number of Hours per week _____	Employer _____		
Self-Employment.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Disability benefits.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Retirement benefits.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
SSI/SSP.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Unemployment insurance.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
State/private disability insurance.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____

How Much How Often

Veteran's benefits.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Child support.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Spousal support.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Workers' Compensation.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Money from an insurance settlement or lawsuit.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Scholarships, loans, grants.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Gifts.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Loans.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
Do you have any other income?.....	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____

If yes, what kind \_\_\_\_\_

**In-kind Income**

Do you or any family members receive any of the following items free or in exchange for work ?  Yes  No

Rent or Housing	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Work	Food	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Work
Utilities	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Work	Clothing	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Work

**Income deductions**

Please review the income deduction checklist below and indicate whether you or any persons with whom you live in the home have any income deductions from any of these sources. You must provide verification of any income deduction which you answer **yes** to.

- Child support .....  Yes  No
- Spousal support .....  Yes  No
- Other health coverage.....  Yes  No
- Medicare.....  Yes  No
- Childcare.....  Yes  No
- Adult care.....  Yes  No
- Educational expense.....  Yes  No

**Tell us about your property and possessions**

Check **Yes** or **No** for each property or possession belonging to you, your spouse and your children who are living in your home.

**Property or possessions**

Please review the property/possessions checklist below and indicate whether you or any persons with whom you live in the home have any of the property or possessions listed. You may have to provide documentation of the property/possession for any items in which you answer **yes** to.

- 1. Cash  Yes  No
- 2. Uncashed checks  Yes  No
- 3. Checking account or savings account  Yes  No

Name of Person	Type of Account	Bank	Account Number	Balance

*If more space is needed, send copies of account statements showing current balances or include information in the "Additional comments or information" section.*

- 4. Shares of stock or mutual funds  Yes  No  
*If yes, please send a copy of the statements, or stock or mutual fund certificates showing the number of shares.*
- 5. Individual Retirement Accounts (IRAs, Keoghs, or work-related pension funds)  Yes  No  
*If yes, please send the most recent statements from your employer, financial institution, or brokerage showing the amount of principal and interest you are receiving or the cash value (after penalties for early withdrawal).*
- 6. Annuities  Yes  No
- 7. Burial trusts  Yes  No
- 8. Burial contracts or burial insurance  Yes  No

- 9. Trusts or agreements (where money or property is held for the benefit of any family member in the home)  Yes  No
- 10. Blocked accounts  Yes  No
- 11. Court-ordered settlements  Yes  No
- 12. Judgments  Yes  No
- 13. Promissory notes  Yes  No
- 14. Mortgages or deeds of trust  Yes  No

*If you answered yes to any of the questions 6 through 16, please provide copies of policies, contracts, trusts, purchase agreements, court orders, or account documents showing investments and distributions*

- 15. Business accounts and property  Yes  No  
*If yes, please send tax returns, invoices, receipts, licenses, profit-and-loss statements, or other documents showing ownership.*

- 16. A house, condominium, ranch, land, mobile home, or life estate that you live in now or used to live in, and now another member of your family lives in it, such as your spouse, a child under 21, a disabled son or daughter, a dependent relative, or a sibling, or the family member who lives there now has lived on the property for at least a year to care for you so that you could stay home instead of going into a nursing home.  Yes  No  
*If yes, please write the address of the property here.*

- 17. Do you own a home that you are not living in now but hope to return to someday?  Yes  No  
*If yes, please write the address of the property here. If no, please send a copy of the most recent tax assessment. If you choose to, you may provide an appraisal from a qualified real estate appraiser, and that value will be used if it is lower.*

- 18. Other real estate  Yes  No  
Examples: (condominiums, buildings, mobile homes, life estates, time-shares)

- 19. Oil and mineral rights  Yes  No  
*If yes, please send copies of the mortgage papers, most recent tax assessment, registration, or ownership documents.*

- 20. Cars, motorcycles, trailers, boats, or other motorized vehicles  Yes  No  
*If yes, please send a copy of the owner documents or most recent registrations, purchase agreements, sales receipts, or estimates of value. Any business use vehicle must be reported.*

- 21. Any item of jewelry worth more than \$100  Yes  No  
*If yes, please send copies of sales receipts, appraisals, estimates of value or insurance documents. Excluded are wedding rings, engagement rings, and heirlooms.*

- 22. Any other real or personal property, assets, or resources in your name or the name of your spouse?  Yes  No  
*If yes, please send statements about the property and its worth.*

- 23. Life insurance or long-term care insurance  Yes  No  
*If yes, please send copies of your policies, contracts, and purchase agreements. If your policy is a certified California Partnership for Long-term Care policy, send a copy of your most recent benefit statement. If copies have already been given to your worker, you do not need to send them again.*

- 24. Has anyone spent or used any of the items listed to pay for medical services, or to guarantee payment for medical services?  Yes  No  
*If yes, please explain in the "Additional comments or information section" at the end of this form, and attach proof.*  
*If you owe money on anything listed above in questions 18 through 26, please send copies of the lien, loan, or security documents.*

- 25. Did you or any family member in the home sell or give away any money or property in the past 2 months?  Yes  No  
*If yes, please explain in the "Additional comments or information" section at the end of this form, and attach proof.*

- 26. Have you closed any accounts in the past 2 months?  Yes  No

Name of Person	Type of Account	Bank	Account Number	Balance

*If more space is needed, send copies of account statements showing current balances or include information in the "Additional comments or information" section.*

Addition comments or information

---



---



---



---



---



---



---

### SIGNATURE BY APPLICANT

*Read the following carefully before signing*

**When I sign below, it means that:**

I certify and declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the following:

- I understand that I am applying for County Medical Services Program.
- I understand that the county shall review my eligibility for other federal, state and local programs including Medi-Cal and Covered California and I consent to my eligibility being determined for these other programs.
- I understand all the questions on this application, and my answers are true, correct and complete to the best of my knowledge. If I did not know the answer, I tried to confirm the information with someone who did know the answer.
- I know that if I do not tell the truth, I may be prosecuted for violation of civil and/or criminal laws resulting in civil and/or criminal penalties, including up to four years in jail.
- I agree to tell the county worker within 10 days (in person, via email, over the phone, or by fax) if anything on this form changes or is different from what I have written or provided to the person writing on my behalf.
- I understand that I may be asked to prove my statements and that my eligibility may be subject to review.
- I understand that the county is required by law to keep all information I provide confidential.

Signature of applicant		Phone number (      )	Date
Signature of person acting for applicant	Relationship to applicant	Phone number (      )	Date
Signature of witness (If applicant signed with mark)		Phone number (      )	Date
Signature of Eligibility Worker (EW) (if applicable)	EW number (if applicable)	Phone number (      )	Date

### Privacy and Confidentiality Notification

Sections 14011 and 14012 of the Welfare and Institutions Code authorize county social service/welfare departments to collect certain information from you to determine if you or the person(s) you are applying for are eligible for CMSP benefits. The information you provide is confidential and may only be disclosed to certain individuals or organizations and then only to administer CMSP. This information will be used by the county department to establish initial and ongoing CMSP eligibility; by the CMSP’s fiscal intermediary for claims processing purposes; by the California Department of Healthcare Services for BIC production; by the CMSP Governing Board, Advanced Medical Management, and MedImpact Healthcare Systems for benefit administration and claims payment, health insurance identifications and overpayment recovery actions; for Medicare Buy-In and social security number verification; by the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) to determine noncitizen status; and by medical providers of services for eligibility verification. Providing this information is mandatory. Failure to do so will result in your ineligibility for CMSP. You have the right to look at your information and may do so upon request at the county department during regularly scheduled office hours.



# PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO (CMSP) SOLICITUD COMPLEMENTARIA

A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE:    PARTE A     PARTE B Y C

## PARTE A - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Nombre del solicitante en letra de imprenta	Fecha
Nombre en letra de imprenta de la persona que actúa en representación del solicitante	Relación con el solicitante

**Asegúrese de leer cada punto y de firmar y escribir la fecha. Lea atentamente lo siguiente antes de firmar.**

- Yo comprendo que estoy solicitando el ingreso al Programa de servicios médicos del condado (CMSP) y que el condado podrá comprobar mi solicitud para otros programas federales, del estado y locales, y doy mi consentimiento para que determine mi elegibilidad para estos programas. Debo presentar una solicitud para todos los otros programas de ayuda médica disponibles, como Medi-Cal, y ofrecidos a través de Covered California antes de que la elegibilidad para el CMSP sea considerada.
- Comprendo que no soy elegible para el CMSP si estoy huyendo para evitar una acción judicial, detención o encarcelamiento luego de una condena por un crimen, el cual es un delito conforme a las leyes del lugar del que huyo, o si estoy violando una condición de libertad condicional impuesta bajo la ley federal o estatal.
- Comprendo que he declarado mi ciudadanía o condición de inmigrante en un formulario de solicitud o en el MC13 (Declaración de ciudadanía). Comprendo que mi declaración de condición de ciudadano o de inmigrante para determinar mi elegibilidad para Medi-Cal o Covered California se usará también para determinar mi elegibilidad para el CMSP.

## DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL CMSP

### Tiene derecho a:

- Pedir un intérprete para que lo ayude a solicitar los beneficios del programa CMSP si tiene dificultades para hablar o comprender el idioma inglés.
- Ser tratado con equidad y tener un trato justo, independientemente de su raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, estado civil o convicciones políticas.
- Solicitar los beneficios del CMSP y a que se le comuniquen por escrito si reúne o no los requisitos necesarios para el CMSP, aun si el representante del condado le informa durante la entrevista que aparentemente es o no elegible en ese momento.
- Consultar los manuales que contienen las normas del CMSP si usted desea hacer preguntas sobre las razones por las cuales su elegibilidad se aprueba o rechaza.
- Recibir una tarjeta de identificación de beneficios (BIC) lo antes posible en caso de una emergencia médica y si reúne los requisitos necesarios para el CMSP.
- Hacer que toda la información que usted proporcione al departamento del condado sea mantenida bajo la más estricta confidencialidad.
- Reducir su reserva de propiedad al límite de propiedad del CMSP el último día de cada mes, incluido el mes de la solicitud, a fin de poder reunir los requisitos necesarios para el CMSP.
- Recibir una explicación de las maneras posibles en que usted puede utilizar su exceso de propiedad, siempre y cuando usted reciba una consideración adecuada.
- Hablar con un trabajador social sobre otros servicios públicos o privados o sobre recursos que puedan estar disponibles para usted.
- Solicitar una audiencia al condado si no está satisfecho con alguna acción tomada o no tomada por el departamento de servicios sociales del condado. Si desea dicha audiencia, debe solicitarla dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibió la notificación de la acción. Si no recibe una notificación de acción, deberá solicitar la audiencia dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de la acción con la cual no está satisfecho.
- Lleve a un acompañante o representante a la audiencia.
- Renunciar al CMSP, previa solicitud.

### Usted tiene la responsabilidad de:

- Hacer una declaración sobre su situación con respecto a cuestiones relacionadas con su ciudadanía o inmigración y proporcionar pruebas si se las solicitan.
- Presentar, cuando se le solicite, el comprobante de que usted es residente del condado en el cual está solicitando su inscripción en el CMSP.
- Informar a su proveedor de servicios médicos (doctor, dentista, etc.) que usted ha presentado una solicitud para el programa CMSP o es un beneficiario de dicho programa.
- Firmar y guardar su tarjeta de identificación de beneficios y utilizarla solamente para recibir cuidados médicos necesarios.
- Llevar su tarjeta de identificación de beneficios a su proveedor de servicios médicos lo antes posible, si recibe servicios y no la tiene consigo en ese momento.

- Proporcionar un número de seguro social al condado o solicitar uno si reside legalmente en los Estados Unidos.
- Solicitar los beneficios de Medicare si está ciego, incapacitado o si tiene 64 años y 9 meses o más y es elegible para recibir estos beneficios.
- Solicitar cualquier tipo de ingreso que pueda estar disponible para usted o los miembros de su familia.
- Informar al departamento del condado sobre cualquier seguro médico que tenga o al cual tenga derecho.
- Utilizar cualquier seguro de salud que tenga antes de usar el CMSP.
- Informar al departamento del condado cuando los beneficios del CMSP recibidos se deben a un accidente o herida provocados por cualquier acto u omisión por parte de otra persona.
- Cooperar con el condado si su caso es seleccionado para una revisión de control de calidad.
- Cooperar con los reglamentos de Medi-Cal, si es potencialmente elegible para ese programa, y suministrar toda la documentación necesaria para determinar la elegibilidad para Medi-Cal (esto incluye el proceso de evaluación de discapacidad). Si usted no coopera y no es elegible para Medi-Cal por este motivo, no será elegible para el CMSP.
- Cooperar con Covered California si es potencialmente elegible para este programa y proporcionar toda la documentación necesaria para determinar su elegibilidad para Covered California. Esto incluye elegir un plan y los pagos de primas continuados para mantener la cobertura a través de Covered California. Si usted no coopera y no es elegible para Covered California por a este motivo, no será elegible para el CMSP.

### **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ASISTENTE DE ELIGIBILIDAD DE SU CONDADO DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS SIEMPRE QUE:**

- Se muda o planea mudarse a otra dirección en su condado, a otro condado o a otro estado o país.
- Planea estar fuera de su hogar (domicilio) por más de 60 días.
- Cualquier persona que se mude a su casa o fuera de ella.
- Usted o su cónyuge ingrese o salga de un hogar de cuidados o un centro de cuidados a largo plazo.
- Usted o un miembro de la familia se convierte en un delincuente fugitivo.
- Usted o una persona de su familia queda embarazada o termina el embarazo.
- Usted o un miembro de su familia solicita los beneficios de incapacidad, tales como SSI/SSP, seguro social, jubilación del ferrocarril, beneficios de veteranos, compensación de trabajadores, etc.
- Usted o un miembro de su familia tiene un cambio en el seguro de salud, ciudadanía o estado migratorio.

### **YO COMPRENDO QUE:**

- Cuando solicite los beneficios, seré evaluado para la elegibilidad para otros programas, incluidos Medi-Cal y Covered California. Debo solicitar otra cobertura de cuidados de salud antes de que sea considerada la elegibilidad para el CMSP.
- Si soy discapacitado o tengo una condición por la que pudiera ser elegible a Medi-Cal por una discapacidad, se me solicitará que coopere para postular a Medi-Cal y que complete el proceso de evaluación de discapacidad de Medi-Cal.
- Si recibo atención médica que no sea de emergencia de un proveedor de servicios médicos que no pertenezca al CMSP, seré responsable del costo de los servicios que reciba.
- Según el nivel de mis ingresos, se me podrá facturar y tendré que pagar algunos de mis gastos médicos cada mes antes de que el CMSP comience a pagar.
- Si doy información falsa o incompleta, puede que se decida que no soy elegible para el CMSP y podré ser investigado por sospecha de fraude.
- Los datos que suministro pueden ser verificados por computadora y comparados con la información de los empleadores, la Oficina de Impuesto de Franquicia, la Administración del Seguro Social, el Servicio Interno de Ingresos Públicos, bancos, organismos de asistencia social y otras agencias u otras fuentes.
- Si yo, o una persona por la que estoy presentando la solicitud, no tenemos documentación satisfactoria sobre nuestra situación de inmigración, yo o la persona por la que estoy haciendo la solicitud podemos ser elegibles únicamente para los servicios de emergencia del CMSP.
- Si no informo sobre los cambios rápidamente y recibo beneficios del CMSP para los que no soy elegible, puede ser que me vea obligado a devolver el importe recibido.
- Si soy elegible para otro seguro de salud sin costo para mí y no lo solicito o no mantengo dicho seguro, se me puede negar o cancelar mi elegibilidad para el CMSP.
- Puedo solicitar un mes de cobertura retroactiva del CMSP.
- Si mi proveedor de servicios médicos acepta mi CMSP para los servicios cubiertos, no me puede cobrar por esos servicios, excepto por el gasto compartido --que pueda tener.

**Comprendo que si entrego declaraciones falsas o incompletas u oculto información, yo (o la persona a la que represento) puedo perder la elegibilidad para el CMSP o puedo ser procesado por violaciones a las leyes civiles o criminales, incluido el fraude.**

**Por la presente declaro que he leído la información de este formulario y que comprendo totalmente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES para que el CMSP determine mi elegibilidad y la mantenga.**

**Certifico y declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que las respuestas que he dado son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender.**

Firma del solicitante		Número de teléfono ( )	Fecha
Firma de la persona que actúa en nombre del solicitante	Relación con el solicitante	Número de teléfono ( )	Fecha
Firma del testigo (si el solicitante firmó con una marca)		Número de teléfono ( )	Fecha
Firma del asistente de elegibilidad (EW) (si corresponde)	EW número (si corresponde)	Número de teléfono ( )	Fecha

## Parte B – Elegibilidad y estado de salud

### Informe sobre su estado actual de salud.

Marque **Sí** o **No** para preguntas relativas a su estado de salud actual, de su esposa o de los hijos que están viviendo en su hogar.

- ¿Ha tenido alguien gastos médicos durante el mes anterior a la presentación de la solicitud que necesita ayuda para pagar?  Sí  No  
En caso afirmativo, nombre la persona \_\_\_\_\_ ¿En qué mes? \_\_\_\_\_
- ¿Usted o algún miembro de su familia tiene un problema físico o mental que dificulta su capacidad de trabajar o cuidar de sus necesidades Y ha durado o se espera que dure por lo menos un año?  
 Sí  No *Proporcione una explicación escrita en comentarios adicionales indicando el tipo de problema, la fecha de inicio y la fecha de recuperación esperada.*
- Con tratamiento, ¿usted espera poder trabajar durante el próximo año?  Sí  No
- ¿Ha solicitado Discapacidad de Seguridad Social?  Sí  No  
¿Cuál es el estado de su solicitud de discapacidad?  
 Nunca solicitado  Rechazado  Apelando rechazo  Pendiente  Aprobado
- ¿Ha iniciado un juicio, solicitado indemnización por accidente laboral o reclamado el pago de un seguro en relación con una lesión o un accidente por los que recibió tratamiento médico?  Sí  No
- ¿Está huyendo para evitar una acción judicial, detención o encarcelamiento luego de una condena por un crimen, el cual constituye un delito conforme a las leyes del lugar del que usted o el miembro de su familia está huyendo, o violando una condición de libertad condicional (por un crimen) impuesta bajo la ley federal o estatal?  Sí  No  
En caso afirmativo, nombre la persona \_\_\_\_\_
- ¿Está bajo arresto domiciliario?  Sí  No

## Parte C - Ingresos, deducciones y propiedades

### Informe sobre sus ingresos y deducciones de ingresos

Marque **Si** o **No** para cada fuente de ingresos o deducciones correspondientes a usted, a su cónyuge y a los hijos que viven en su hogar.

#### Fuente de ingresos

Revise la lista de ingresos que figura a continuación e indique si usted o cualquier persona con la que viva en el hogar tiene algún ingreso de alguna de estas fuentes. Debe presentar un comprobante de cada fuente de ingresos cuando conteste **sí**. El ingreso se recibe mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas, semanalmente o diariamente.

		Cuánto, cada cuánto
Empleo.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Número de horas por semana _____ Empleador _____		
Trabajo por cuenta propia.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Beneficios por discapacidad.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Beneficios de jubilación.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Ingreso suplementario de seguridad (SSI)/SSP .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Seguro de desempleo .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Seguro de discapacidad privado o del estado.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Beneficios de veterano.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____
Sustento de menores .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USD _____

- Pensión alimenticia .....  Sí  No USD \_\_\_\_\_
- Indemnización por accidente laboral.....  Sí  No USD \_\_\_\_\_
- Dinero de una liquidación de seguro o demanda.....  Sí  No USD \_\_\_\_\_
- Becas escolares, préstamos, subvenciones.....  Sí  No USD \_\_\_\_\_
- Donaciones .....  Sí  No USD \_\_\_\_\_
- Préstamos.....  Sí  No USD \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún otro ingreso?.....  Sí  No USD \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, de qué clase \_\_\_\_\_

### Ingreso en especie

¿Usted o algún miembro de su familia recibe lo siguiente de forma gratuita o a cambio de trabajo?  Sí  No

Alquiler o vivienda  Gratis  Trabajo Comida  Gratis  Trabajo

Servicios públicos  Gratis  Trabajo Vestimenta  Gratis  Trabajo

### Deducciones de ingresos

Revise la lista de deducciones de ingresos que figura a continuación e indique si usted o cualquier persona con la que viva en el hogar tiene alguna deducción de ingresos de alguna de estas fuentes. Es posible que tenga que presentar un comprobante de cada deducción de ingresos cuando conteste **sí**.

- Sustento de menores.....  Sí  No
- Pensión alimenticia .....  Sí  No
- Otra cobertura de salud.....  Sí  No
- Medicare.....  Sí  No
- Cuidado infantil.....  Sí  No
- Cuidado de adultos.....  Sí  No
- Gastos educativos.....  Sí  No

## Informe sobre sus propiedades y posesiones

Marque **Sí** o **No** para cada propiedad o posesión que le pertenezca a usted, a su cónyuge y a los hijos que viven en su hogar.

### Propiedades o posesiones

Revise la lista de propiedades y posesiones que sigue e indique si usted o cualquier persona con la que viva en el hogar tiene alguna de las propiedades o posesiones indicadas. Debe proporcionar documentación de cada propiedad o posesión cuando conteste **sí**.

1. Efectivo  Sí  No
2. Cheques sin cobrar  Sí  No
3. Cuenta corriente o cuenta de ahorro  Sí  No

Nombre de la persona	Tipo de cuenta	Banco	Número de cuenta	Saldo

*Si necesita más espacio, envíe copias del estado de cuentas mostrando su saldo actual o incluya información en la sección "Comentarios o información adicional".*

4. Acciones o fondos mutuos  Sí  No
- En caso afirmativo, envíe una copia del estado de cuentas o certificados de acciones o fondos mutuos mostrando la cantidad de acciones.*
5. Cuentas de jubilación individuales (IRA, Keogh u otros fondos de pensión relacionados con el trabajo).  Sí  No

*En caso afirmativo, envíe los estados más recientes de su empleador, institución financiera o casa de bolsa mostrando la cantidad de capital y los intereses que está recibiendo o el valor en efectivo (una vez pagados los recargos por retiros anticipados).*

6. Rentas vitalicias  Sí  No
7. Fondos de sepelio  Sí  No
8. Contratos o seguros de sepelio  Sí  No
9. Fideicomisos o acuerdos  Sí  No  
(donde se tengan dinero o propiedades para beneficio de algún familiar en el hogar)
10. Cuentas bloqueadas  Sí  No
11. Acuerdos ordenados por la corte  Sí  No
12. Fallos  Sí  No
13. Pagarés  Sí  No
14. Hipotecas o escrituras de fideicomiso  Sí  No  
**Si contestó sí a cualquiera de las preguntas 6 a 16, proporcione copias de las pólizas, contratos, fideicomisos, acuerdos de compraventa, órdenes de la corte o documentos contables que demuestren las inversiones y la distribución**
15. Cuentas de negocios y propiedades  Sí  No  
**Si contestó sí, envíe las declaraciones de impuestos, facturas, recibos, permisos, resumen de ganancias y pérdidas u otros documentos que indiquen propiedad.**
16. Casa, condominio, rancho, terreno, casa rodante o finca donde viva ahora  Sí  No  
o solía vivir y donde ahora viva otro miembro de su familia, como su cónyuge, un hijo menor de 21 años, un hijo discapacitado, un familiar dependiente, un hermano o un miembro de la familia que ha vivido en la propiedad durante, por lo menos, un año para cuidar de usted de manera que usted pudiera seguir viviendo en su casa en vez de ir a un hogar de ancianos.  
**Si contestó sí, escriba la dirección de la propiedad aquí.**
17. ¿Es dueño de una casa en la que no vive ahora, pero a la que espera volver algún día?  Sí  No  
**En caso afirmativo,** escriba la dirección de la propiedad aquí. **En caso negativo,** envíe una copia de la evaluación impositiva más reciente. Si prefiere, puede proporcionar una tasación de un tasador de bienes raíces calificado y ese valor será usado si es más bajo.
18. Otros inmuebles  Sí  No  
Ejemplos: condominios, edificios, casas rodantes, fincas, apartamentos de veraneo compartidos
19. Derechos petroleros y minerales  Sí  No  
**Si contestó sí,** envíe copias de los papeles de la hipoteca, evaluación impositiva más reciente, registro o documentos de propiedad.
20. Autos, motocicletas, remolques, botes u otros vehículos motorizados  Sí  No  
**Si contestó sí,** envíe una copia de los documentos del propietario o de los registros más recientes, acuerdos de compra, recibos de ventas o estimaciones de valor. **Cualquier vehículo de trabajo debe ser declarado.**
21. Cualquier artículo de joyería por valor de más de USD 100  Sí  No  
**Si contestó sí,** envíe copias de recibos de venta, tasaciones, estimaciones de valor o documentos de seguros. **Quedan excluidos los anillos de boda, de compromiso y las reliquias familiares.**
22. Cualquier otro tipo de inmuebles o bienes personales, bienes muebles o recursos a su nombre o a nombre de su cónyuge  Sí  No  
**Si contestó sí,** envíe un informe sobre la propiedad y su valor.
23. Seguro de vida o de cuidados a largo plazo  Sí  No  
**Si contestó sí,** envíe copias de sus pólizas, contratos y acuerdos de compras. **Si su póliza es una póliza certificada de California Partnership for Long-term Care,** envíe una copia de la declaración de sus beneficios más reciente. Si ya se han dado copias a su asistente, no necesita enviarlas nuevamente.
24. ¿Alguien ha usado alguno de los objetos enumerados para pagar servicios médicos  Sí  No  
o para garantizar el pago de servicios médicos?  
**Si contestó sí,** brinde una explicación en la sección "Comentarios o información adicional" al final del formulario y adjunte un comprobante.  
**Si adeuda dinero en relación con cualquier objeto de los mencionados en las preguntas 18 a 26,** envíe una copia del gravamen, préstamo o garantía.
25. ¿Usted o algún miembro de su familia vendió alguna propiedad u obsequió dinero o algún bien  Sí  No  
en los últimos 2 meses?  
**Si contestó sí,** brinde una explicación en la sección "Comentarios o información adicional" al final del formulario y adjunte el comprobante.
26. ¿Ha cerrado alguna cuenta en los últimos 2 meses?  Sí  No

Nombre de la persona	Tipo de cuenta	Banco	Número de cuenta	Saldo

**Si necesita más espacio,** envíe copias del estado de cuentas mostrando su saldo actual o incluya información en la sección "Comentarios o información adicional".

## FIRMA DEL SOLICITANTE

### Lea atentamente lo siguiente antes de firmar

#### Mi firma significa que:

Certifico y declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que:

- Comprendo que estoy solicitando el programa CMSP.
- Comprendo que el condado verificará mi elegibilidad para otros programas federales, estatales o locales, incluidos Medi-Cal y Covered California, y doy mi consentimiento para que determine mi elegibilidad para estos otros programas.
- Comprendo todas las preguntas en esta solicitud y mis respuestas son verdaderas, correctas y completas a mi leal saber y entender. Si no sabía la respuesta a una pregunta, traté de preguntar a alguien que sí la sabía para confirmar la información.
- Sé que si no digo la verdad, puedo ser juzgado por violación de leyes civiles o penales, lo que conlleva sanciones civiles o penales que incluyen hasta cuatro años de prisión.
- Acepto decirle al empleado del condado dentro de un plazo de 10 días (personalmente, por correo electrónico, por teléfono o por fax) si cualquier información en este formulario cambia o es diferente de lo que he escrito o dicho a la persona que escribe en mi nombre.
- Entiendo que se me puede pedir que pruebe mis declaraciones y que mi elegibilidad puede estar sujeta a una revisión de control de calidad.
- Entiendo que por ley se requiere que el condado mantenga toda la información que yo proporcione en forma confidencial.

Firma del solicitante		Número de teléfono ( )	Fecha
Firma de la persona que actúa en nombre del solicitante	Relación con el solicitante	Número de teléfono ( )	Fecha
Firma del testigo (si el solicitante firmó con una marca)		Número de teléfono ( )	Fecha
Firma del asistente de elegibilidad (EW) (si corresponde)	EW número (si corresponde)	Número de teléfono ( )	Fecha

### Notificación de confidencialidad y privacidad

Las secciones 14011 y 14012 del Código de bienestar social e instituciones autorizan a los servicios sociales y a los departamentos de bienestar social del condado a recoger ciertos datos acerca de usted para determinar si usted o la(s) persona(s) por la(s) que está presentando esta solicitud son elegibles para los beneficios del CMSP. La información que proporciona es confidencial y solamente puede ser hecha pública a ciertas personas u organizaciones y, aun así, solo con el propósito de administrar el CMSP. Esta información la usarán el departamento del condado para establecer la elegibilidad inicial y en curso para el CMSP; el intermediario fiscal del CMSP para los fines de procesamiento de reclamaciones; el Departamento de Servicios de Salud de California para la confección de la tarjeta de identificación de beneficios; el Directorio que regula el CMSP, Advanced Medical Management, y MedImpact Healthcare Systems para la administración de beneficios y pagos de reclamaciones, identificaciones de seguro de salud y acciones de reembolso de un pago extra; para Medicare Buy-In y la verificación del número de seguro social; el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para determinar la condición de no ciudadano; y los proveedores de servicios médicos para la verificación de elegibilidad. Es obligatorio entregar esta información. Si no lo hace, no será elegible para los beneficios del CMSP. Tiene derecho a ver su información y puede hacerlo en el departamento del condado durante el horario normal de oficina.