

**COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM**  
 (Programa de servicios médicos de los condados)  
**NOTICE OF ACTION**  
 (Notificación de acción)  
**DENEGACIÓN DE PRESTACIONES**



(Sello del condado)

Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
 Número del caso: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_  
 Esto afecta a: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Nombres)

**El traspaso de propiedad por un valor inferior al “valor justo de mercado” resultará en un periodo de descalificación para participar en el programa de servicios médicos para los condados o CMSP. Hemos visto toda la información a nuestra disposición sobre sus circunstancias y hemos concluido que usted no cumple con los requisitos necesarios para participar en el programa CMSP desde \_\_\_\_\_**  
 (mes, año)

**hasta \_\_\_\_\_**  
 (mes, año)

**Esta es la razón:**

El traspaso de propiedad que realizó el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (fecha) (propiedad/\$)  
 con un “valor justo de mercado” de \$ \_\_\_\_\_ se traspasó por \_\_\_\_\_ a cambio.  
 (propiedad/\$/nada)

El periodo de descalificación fue calculado de la siguiente forma:

1. El “valor justo de mercado” de la propiedad traspasada o el dinero transferido fue: \_\_\_\_\_
2. La cantidad que recibió a cambio fue: \_\_\_\_\_
3. La cantidad transferida por un valor inferior al “valor justo de mercado” es (línea 1 menos línea 2): \_\_\_\_\_
4. El valor de su otra propiedad incluíble en el momento del traspaso fue: \_\_\_\_\_
5. La cantidad total transferida de un valor inferior al “valor justo de mercado” y su otra propiedad incluíble es: (línea 3 más línea 4) \_\_\_\_\_
6. El límite de la propiedad bajo el CMSP para \_\_\_\_\_ persona(s) es: \_\_\_\_\_
7. La cantidad que fue transferida para poder participar en el CMSP es (línea 5 menos línea 6): \_\_\_\_\_
8. La necesidad de mantenimiento mensual para \_\_\_\_\_ persona(s) es: \_\_\_\_\_

Al dividir la cantidad que transfirió para poder participar en el CMSP (línea 7) por la necesidad de mantenimiento (línea 8), su periodo de descalificación para participar en el CMSP es: \_\_\_\_\_ meses.  
 (redondeo al valor inferior)

Representante encargado de determinar el derecho a recibir prestaciones ( <i>Eligibility Worker</i> )	Número telefónico	Fecha
---	-------------------	-------

No deseche su tarjeta plástica de identificación, ya que puede utilizarla de nuevo si cumple en el futuro con los requisitos para recibir prestaciones bajo el programa CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere que se tome esta acción se encuentra en las secciones 7-019, 7-020 y 7-021 del manual de CMSP referente al derecho de recibir prestaciones (*CMSP Eligibility Manual*).

**POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.**