

**PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL  
CONDADO  
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN  
APROBACIÓN DE BENEFICIOS RETROACTIVOS**

(Sello del condado)

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

Su solicitud de beneficios retroactivos correspondientes al CMSP ha sido aprobada para (mes/año) \_\_\_\_\_. Usted calificará según se expone a continuación:

Mes: \_\_\_\_\_  
 Ingresos brutos: USD \_\_\_\_\_  
 Ingresos netos no exentos: USD \_\_\_\_\_  
 300 % del índice federal de pobreza (FPL en inglés): \_\_\_\_\_ USD \_\_\_\_\_  
 Elegible para el mes de:  Sí  No  
 Necesidad de manutención: USD \_\_\_\_\_  
 Excedente de ingresos o costos compartidos durante el mes: USD \_\_\_\_\_

La elegibilidad para el CMSP está limitada a personas entre los 21 y los 64 años.

Asistente de elegibilidad	Número de teléfono	Fecha
---------------------------	--------------------	-------

No deseche su tarjeta plástica de identificación, ya que puede usarla de nuevo si en el futuro cumple con los requisitos para recibir prestaciones bajo el programa CMSP o Medi-Cal. La autoridad que requiere que se tome esta medida se encuentra en la carta dirigida a todos los condados (All County Letter) del CMSP núm. 16-02 y en las secciones 3-015, 3-027, 3-032, 8-011, 8-012, 8-053, 10-012, 11-011 del manual del CMSP referente al derecho a recibir prestaciones.

**LEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.**