

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA EN CALIFORNIA

(Complemento de la Solicitud de Presumptive Eligibility Únicamente MC 263)

1. Nombre	Fecha de Nacimiento
<p>2. ¿Vive actualmente en California y piensa seguir viviendo aquí?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, y puedo comprobar esto cuando solicite Medi-Cal.</p> <p><input type="checkbox"/> No, vivo en California y no pienso quedarme en California.</p> <p>Si usted respondió que “No” a la pregunta 2 o no la contestó, no puede recibir los beneficios del programa Presumptive Eligibility for Pregnant Women.</p>	
<p>Certifico que he leído y entiendo este formulario. Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa.</p>	
Firma o marca del solicitante (o tutor)	Fecha
Firma del testigo de la marca del solicitante (o tutor)	Fecha
<p>FOR PROVIDER USE ONLY</p>	
<p>INSTRUCTIONS TO PROVIDER: <i>If your patient answers “Yes” (Si) to question 2, you may proceed with the Presumptive Eligibility for Pregnant Women program determination. You must attach this form to the Application for Presumptive Eligibility Only (MC 263 PE for Pregnancy).</i></p> <p><i>If your patient answers “No” to question 2, or does not answer at all, you cannot offer Presumptive Eligibility for Pregnant Women coverage to the patient.</i></p> <p><i>You must complete the section below and give a copy of this form to the patient.</i></p>	

POR QUÉ NO PUEDE RECIBIR USTED LOS BENEFICIOS DE ELEGIBILIDAD PRESUNTA PARA MUJERES EMBARAZADAS (RESIDENCIA)

Usted no puede recibir beneficios de Presumptive Eligibility porque cuando se le pidió responder la pregunta 2, más arriba:

- Usted dijo que no vivía en California y que no pensaba quedarse en este estado, o
- Usted no respondió la pregunta 2.

A pesar de que usted no puede recibir los beneficios de Presumptive Eligibility for Pregnant Women, podría aún solicitar Medi-Cal en la oficina de servicios sociales de su condado, por teléfono al 1-800-880-5305 o en línea a través de

<http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html> o www.healthapp.net

Provider Signature	Provider Printed Name	Date
--------------------	-----------------------	------