

Provider Name	Provider Telephone Number
Provider Address	
Patient Name	
Patient Address	
Date	

***EXPLICACION DE SU INELEGIBILIDAD  
PARA LA ELEGIBILIDAD PRESUNTA***

Esto es para informarle que, basándonos en la información que proporcionó, usted no reúne los requisitos para el Programa de Elegibilidad Presunta para Mujeres Embarazadas a causa de la razón que se marca a continuación:

- Sus ingresos totales familiares son más del 200% del nivel Federal de Pobreza para el tamaño de su familia.
- Usted no está embarazada.

Signature	
Name of person completing determination	Title

**AVISO:** Es posible que usted reúna los requisitos para el programa regular de Medi-Cal u otros programas médicos del condado. Para obtener más información acerca de quién reúne los requisitos y cómo solicitarlos, por favor llame al número en la sección de gobierno del condado de su guía telefónica para el departamento de bienestar del condado (County Welfare Department) más cercano a su lugar de residencia.