

REPORTE TRIMESTRAL SOBRE LA SITUACIÓN MEDI-CAL DE TRANSICIÓN (TMC)

Este reporte es para los meses de			Devuelva este formulario a más tardar el día 21 de
Mes 1	Mes 2	Mes 3	

IMPORTANTE: COMPLETE, FIRME Y DEVUELVA ESTE REPORTE AL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL EN EL SOBRE ADJUNTO. Adjunte comprobante de sus ingresos, los gastos reales pagados por el cuidado de niños y el total de horas de empleo de los tres meses indicados anteriormente. Si tiene alguna pregunta referente a este formulario o a los artículos que se deben reportar, comuníquese con su trabajador(a) de elegibilidad.

- **Para Medi-Cal de Transición (TMC)**—Usted recibirá reportes sobre la situación durante este período. Si no completa y devuelve estos reportes, se discontinuará su elegibilidad para recibir beneficios de TMC.

PARTE A. PETICIÓN DE DESCONTINUACIÓN

Pido que mi **Medi-Cal de Transición** pare el último día de _____
Mes/Año

Sé que puedo volver a solicitar **Medi-Cal** en cualquier momento. _____
Firma del/de la solicitante Fecha

SI DESEA QUE CONTINÚE SU ELEGIBILIDAD DE TMC, POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PARTE B DE ESTE REPORTE.

PARTE B. INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

1. ¿Recibió alguien algún ingreso, dinero o beneficios durante el período del reporte, como sueldo, salario, propinas, comisiones, bonificaciones, pago por vacaciones? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.** Si No

Nombre	¿Ingresos recibidos?	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Empleador/fuente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Total de horas trabajadas:		_____	_____	_____
Nombre	¿Ingresos recibidos?	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Empleador/fuente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Total de horas trabajadas:		_____	_____	_____
Nombre	¿Ingresos recibidos?	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Empleador/fuente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Total de horas trabajadas:		_____	_____	_____
Nombre	¿Ingresos recibidos?	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Empleador/fuente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Total de horas trabajadas:		_____	_____	_____

2. ¿Usted o alguien de su familia recibió dinero o beneficios de otras fuentes, como seguro de incapacidad, de desempleo, manutención de niños o del seguro social? **Si así fue, adjunte comprobante (todos los talones de cheque) para cada mes del reporte.**..... Si No

Nombre	¿Ingresos recibidos?	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Empleador/fuente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre	¿Ingresos recibidos?	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Empleador/fuente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre	¿Ingresos recibidos?	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Empleador/fuente		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

3. a. ¿Recibió usted o algún familiar vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa gratis en el mes del reporte? Si No
 b. ¿Usted o algún familiar trabajó por vivienda, servicios públicos y comunitarios, alimentos o ropa en el mes del reporte? Si No
Si la respuesta a las preguntas 4a y 4b es si, usted tiene que contestar las res preguntas en el siguiente renglón.

(1) ¿Qué se recibió	(2) ¿Quién lo recibió?	(3) ¿Quién lo proporcionó?
---------------------	------------------------	----------------------------

4. ¿Usted o alguien pagó gastos por el cuidado de niños que no se han reembolsado o que no se reembolsarán? Si No
 Si así fue, complete lo siguiente:

Nombre del/de los niño(s)	Edad	Cantidad pagada por gastos del cuidado de niños			Nombre del proveedor del cuidado de niños
		Mes 1	Mes 2	Mes3	

5. ¿Hubo cambios en su familia u hogar durante el período especificado? (Incluya cambio de dirección, cambio de proveedor de cuidado de niños, cambio de empleo, cambio de propiedad, alguien que se mudó a o de su hogar, alguien que esté embarazada o alguien que nació o murió.) Si así fue, complete lo siguiente: Si No

Nombre	Parentesco	¿Qué ocurrió?	Fecha

6. a. ¿Usted o alguien tiene o espera recibir seguro médico, de la vista o dental privado? (Esto incluye seguro pagado por un padre ausente.) Si No
 b. ¿Usted tiene o espera recibir seguro médico por medio de su empleador? Si No
 c. ¿Ofrece su empleador seguro médico a cambio de una cuota mínima? Si No
 Si así es, complete lo siguiente:

Nombre del Seguro	Persona(s) Asegurada(s)

CERTIFICACIÓN

Entiendo que los datos reportados podrían ocasionar que los beneficios se cambien o se suspendan.
 Entiendo que las declaraciones que he hecho en este formulario están sujetas a investigación y verificación.
 Entiendo que tengo que notificar a mi trabajador(a) cualquier cambio en un plazo de diez días.
 Entiendo que el no reportar los datos o darlos erróneos o incompletos puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO CONFORME A LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS Y DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE REPORTE ES VERDADERA Y CORRECTA Y ES COMPLETA PARA EL PERÍODO TOTAL DEL REPORTE.

Firma o marca del/de la solicitante	Fecha	Número de teléfono ()
Firma del/de la testigo para la marca, intérprete u otra persona	Fecha	Número de teléfono ()