

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA EN CALIFORNIA (Suplemento a la Solicitud para Establecer la Presunta Elegibilidad Únicamente - MC 263)

| | |
|--|---------------------|
| 1. Nombre | Fecha de Nacimiento |
| 2. ¿Vive usted en California y planea continuar viviendo aquí? <input type="checkbox"/> Si, y puedo comprobarlo cuando solicite Medi-Cal. <input type="checkbox"/> No, no vivo en California y no planeo quedarme a vivir aquí. Si contestó "No" a la pregunta 2, o si no contestó nada en absoluto, Ud. no puede obtener beneficios por Presunta Elegibilidad. | |
| Declaro que he leído y entendido este formulario y que la información que he proporcionado es verídica, correcta y completa. | |
| Firma o seria del solicitante (o representante legal) | Fecha |
| Firma del testigo de la seria del solicitante (o representante legal) | Fecha |
| PARA USO DEL PROVEEDOR ÚNICAMENTE | |
| INSTRUCTIONS TO PROVIDER: <i>If your patient answers "Yes" (Si) to question 2, you may proceed with the Presumptive Eligibility determination. You must attach this form to the Application for Presumptive Eligibility (MC 263 PREMED 1). If your patient answers "No" to question 2, or does not answer at all, you cannot offer Presumptive Eligibility to the patient. You must complete the section below and give a copy of this form to the patient.</i> | |

RAZÓN POR LA CUAL NO PUEDE OBTENER BENEFICIOS POR PRESUNTA ELEGIBILIDAD (RESIDENCIA)

Usted no puede obtener beneficios por Presunta Elegibilidad debido a que en la pregunta 2:

- Usted contestó que no vive en California y que no planea permanecer en este estado, o
- Usted no contestó en absoluto la pregunta 2.

Aunque no puede obtener beneficios por no poder establecer su presunta elegibilidad, usted aún puede solicitar Medi-Cal en la oficina de servicios sociales de su condado o en cualquier sitio donde se encuentren trabajadores de elegibilidad, si usted considera que tiene derecho a recibir dichos beneficios.

| | | |
|---------------------|------------------------------|-------|
| Firma del Proveedor | Nombre impreso del Proveedor | Fecha |
|---------------------|------------------------------|-------|