

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA TRANSFERENCIA DE MEDI-CAL
A HEALTHY FAMILIES**

Recuadro para la dirección de devolución al condado

Medi-Cal Recipient Address

Fecha del aviso: _____
 Número de caso: _____
 Nombre del trabajador: _____
 No. del trabajador: _____
 No. telefónico del trabajador: _____
 Horas de oficina: _____
 Aviso para: _____

Su(s) hijo(s) arriba mencionado(s) puede(n) ser elegible(s) para recibir cobertura médica de bajo costo a través del Healthy Families Program ó HFP (Programa para Familias Saludables). Durante un mes calendario no se le cobrará su porción del costo de Medi-Cal a fin de darle tiempo para que solicite su inscripción al HFP. Si usted nos da su consentimiento, enviaremos la información de su expediente al HFP y usted no necesitará presentar una nueva solicitud ante el HFP.

Los beneficios del HFP incluyen:

- Selección de planes de seguro médico, dental y para la vista.
- Bajas primas mensuales desde \$4 por niño por mes hasta un máximo de \$45 por familia por mes.
- Sin copago para servicios de prevención (tales como vacunas).
- Copago de \$5 para otras recetas y visitas al médico.

Si usted da su consentimiento para que enviemos la información de su expediente al HFP, el HFP aceptará su información de Medi-Cal como su solicitud de inscripción al HFP. Si usted da su consentimiento, no tendrá que completar una nueva solicitud de inscripción al HFP. El HFP se comunicará con usted posteriormente para notificarle qué información diferente necesita a fin de inscribir a su(s) hijo(s).

Si desea dar el consentimiento para enviar su información al HFP, usted debe marcar el recuadro que dice “Doy mi consentimiento para enviar la información sobre mi expediente de Medi-Cal al HFP”. Debe firmar y escribir la fecha en este formulario y devolverlo a la dirección del condado indicada en la parte superior. También puede llamar a su trabajador de Medi-Cal para informarle que usted desea dar su consentimiento.

Si no desea dar su consentimiento, NO devuelva este formulario. Si no devuelve este formulario, usted NO ha dado su consentimiento. La información de su expediente Medi-Cal no será enviada al HFP y su(s) hijo(s) no recibirá(n) cobertura de salud del HFP a menos que usted haga la solicitud.

Puede pedir una solicitud HFP/Medi-Cal llamando al 1 (800) 880-5305.

Doy mi consentimiento para enviar la información sobre mi expediente de Medi-Cal al HFP.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Teléfono:** _____

(Devuelva este formulario o llame para dar su respuesta en un plazo de cinco días.)

Si tiene preguntas o necesita información adicional, por favor comuníquese con el trabajador de Medi-Cal indicado en la parte superior derecha de este aviso. Por favor llame al 1 (800) 880-5305 si desea información adicional sobre el HFP.