



JENNIFER KENT  
Director

State of California—Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services



EDMUND G. BROWN JR.  
Governor

August 13, 2015

Medi-Cal Eligibility Information Letter No.: I 15-21

To: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS  
ALL COUNTY ADMINISTRATIVE OFFICERS  
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS

SUBJECT: County Requirements for Issuing Appropriate Notices of Action for Failure to Respond and/or Provide Necessary Information at Redetermination or Change in Circumstances and Compliance with All County Welfare Directors Letter 13-13

The purpose of this letter is to provide counties with the Spanish translation of required notice of action (NOA) language previously released in All County Welfare Directors Letter (ACWDL) No. 15-27. Please refer to ACWDL No. 15-27 for further guidance when the specific NOA language must be used.

**Spanish Translation of Required Language to be Included on the NOA for Discontinuances for Failure to Respond**

Where a beneficiary never responded to the renewal packet:

- For individuals sent the MC 210RV, the Spanish language must read:

*“Su cobertura de Medi-Cal terminará el <termination date> porque: Usted no ha completado el proceso de redeterminación. Para poder completar nuestra revisión de su redeterminación anual o cambio de circunstancias, necesitamos que nos entregue la siguiente información:*

1. *Su dirección de residencia actual;*
2. *Verificación del estado de ciudadanía o inmigración, si ha cambiado;*
3. *Sus ingresos;*
4. *Sus gastos y deducciones;*
5. *Información sobre la ceguera , discapacidad o incapacidad;*
6. *Sus propiedades y cualquier cambio en la propiedad; y*
7. *Las personas que viven en su casa y si ha habido cambios.*

*Le hemos pedido esa información, pero no la hemos recibido y es necesario para completar la redeterminación anual o procesar su cambio de circunstancias.”*

- For individuals sent the MC 262, the Spanish language must read:

*“Su cobertura de Medi-Cal terminará el <termination date> porque: Usted no ha completado el proceso de redeterminación. Para poder completar nuestra revisión de su redeterminación anual o cambio de circunstancias, necesitamos que nos entregue la siguiente información:*

- 1. Su dirección de residencia actual;*
- 2. Su número de Seguro Social (SSN);*
- 3. Sus ingresos; y*
- 4. Sus propiedades y cualquier cambio en la propiedad.*

*Le hemos pedido esa información, pero no la hemos recibido y es necesario para completar la redeterminación anual o procesar su cambio de circunstancias.”*

- For individuals sent the MC 14A, the Spanish language must read:

*“Su cobertura de Medi-Cal terminará el <termination date> porque: Usted no ha completado el proceso de redeterminación. Para poder completar nuestra revisión de su redeterminación anual o cambio de circunstancias, necesitamos que nos entregue la siguiente información:*

- 1. Su dirección de residencia actual;*
- 2. Su número de Seguro Social (SSN);*
- 3. Sus ingresos; y*
- 4. Las personas que viven en su casa y si ha habido cambios.*

*Le hemos pedido esa información, pero no la hemos recibido y es necesario para completar la redeterminación anual o procesar su cambio de circunstancias.”*

- For individuals sent the Request for Tax Household Information for Modified Adjusted Gross Income redeterminations, the Spanish language must read:

*“Su cobertura de Medi-Cal terminará el <termination date> porque:*

*Usted no ha completado el proceso de redeterminación. Para poder completar nuestra revisión de su redeterminación anual o cambio de circunstancias, necesitamos que nos entregue la siguiente información:*

- 1. Su dirección de residencia actual;*
- 2. Su número de Seguro Social (SSN);*
- 3. Verificación del estado de ciudadanía o inmigración, si ha cambiado;*
- 4. Sus ingresos y deducciones; y*
- 5. Las personas en su hogar fiscal (todas las personas que incluye como dependientes en su declaración de impuestos, o que podría incluir si no está obligado a presentar una declaración de impuestos)*

*Le hemos pedido esa información, pero no la hemos recibido y es necesario para completar la redeterminación anual o procesar su cambio de circunstancias.”*

#### 90-Day Cure Period Language

In addition to the language above, all discontinuance NOAs for Failure to Respond must also include the 90-day cure period language. The Spanish language is:

*“Tiene 90 días a partir de la fecha de suspensión para proporcionar la información necesaria. Si no recibimos la información para el <discontinuance date + 90 days>, deberá solicitar Medi-Cal de nuevo. Si usted devuelve o proporciona la información solicitada antes del <discontinuance date + 90 days> y la información establece su elegibilidad continuada, su elegibilidad dará efecto desde la fecha en la cual se le suspendió, como si hubiera devuelto el formulario o hubiera proporcionado la información puntualmente (Código de Bienestar Público e Instituciones, sección 14005.37(i)).”*

If you have any questions about this MEDIL, please contact Alison Brown by phone at (916) 319-9565 or by email at [Alison.Brown@dhcs.ca.gov](mailto:Alison.Brown@dhcs.ca.gov).

Original Signed By:

Alice Mak, Acting Chief  
Medi-Cal Eligibility Division

Enclosure