



Jennifer Kent
Director

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



EDMUND G. BROWN JR.
Governor

October 16, 2015

TO: Medi-Cal Eligibility Division Information Letter No.: I 15-33
ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS

SUBJECT: Spanish Translation - Over Income Notice of Action
(Reference All County Welfare Directors Letter No. 15-33)

The purpose of this Medi-Cal Eligibility Division Information Letter is to provide counties with the Spanish translation of the Over Income Notice of Action (NOA), previously released in All County Welfare Directors Letter (ACWDL) No. 15-33. Please refer to ACWDL No. 15-33 for further guidance regarding when to use this NOA.

If you have any questions, or if we can provide further information, please contact Ms. Alison Brown at (916) 319-9565 or Alison.Brown@dhcs.ca.gov.

Original Signed By

Alice Mak, Chief (Acting)
Medi-Cal Eligibility Division

Attachment

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
DESCONTINUACIÓN DE BENEFICIOS

┌	└
L	J
Fecha de la notificación:	_____
Número del caso:	_____
Nombre del trabajador:	_____
Número del trabajador:	_____
Teléfono del trabajador:	_____
Horario de la oficina:	_____
Notificación de:	_____

Aviso Terminación por:

[Insert Name\(s\) Here](#)

Hemos revisado toda la información que tenemos disponible sobre sus circunstancias y basado de esta información, su elegibilidad para recibir Medi-Cal será discontinuado el último día de _____.

La razón que sus beneficios se van a terminar es lo siguiente:

Usted ya no califica para Medi -Cal porque los ingresos de su hogar están arriba del limite de Medi-Cal aplicable. Tomamos en cuenta el tamaño del hogar y los ingresos para hacer nuestra decisión. Este es el resultado de:

- Un cambio en el ingreso
- Un cambio en el tamaño del hogar
- Su edad es mayor que el rango de edad permitido, donde la elegibilidad del programa se basa en la edad y los ingresos.

Como resultado de esta determinación de su caso ha sido referido para una evaluación para la cobertura de salud a través de Covered California. Si es elegible, usted recibirá una notificación de Covered California.

Tenga en cuenta: Otros miembros de la familia con diferente estado de elegibilidad pueden recibir una notificación separado.

Utilizamos la información que nos dio y nuestros registros para tomar nuestra decisión. Si tiene preguntas o cree que hemos cometido un error, o si tiene información que enviarnos, llame o escribe a su trabajador de elegibilidad de inmediato.

NO TIRE SU BENEFITS IDENTIFICATION CARD (BIC)

Asegúrese de conservar su Benefits Identification Card (BIC). Esta tarjeta es valida mientras usted sea elegible para Medi-Cal. Puede utilizarla otra vez si usted es elegible de nuevo para Medi-Cal.

< _____ > es la Regulación o ley en la que nos hemos basado para esta decisión. Pueda apelar si cree que hemos cometido un error. En el reverso de esta página se explica cómo solicitar una audiencia. Tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empezaron el día después de que el condado le envié este aviso.