

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-0258



June 12, 2001

All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons
All County Health Executives
All County Mental Health Directors

Letter No.: 01-35

TRANSMITTAL OF HUNT V. KIZER FORMS

Ref.: All County Directors Letter 93-63

This All County Welfare Directors Letter (ACWDL) transmits updated, English and Spanish language, camera-ready forms that were developed to implement Hunt v. Kizer. These forms, enclosed with this ACWDL as Exhibit A, were originally transmitted with the Hunt v. Kizer procedures in ACWDL 93-63. Counties may use these new forms, or may continue to use the original forms transmitted with ACWDL 93-63.

The Hunt v. Kizer procedures, regarding the county processing of medical bills toward share of cost when such bills are submitted to the county, have also been updated, and transmitted to counties as additions to the Medi-Cal Eligibility Procedures Manual, Article 10R.

Please direct questions or comments concerning this matter to Mr. Dave Rappolee of my staff at (916) 657-0163.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Shar Schroepfer, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

HUNT V KIZER PROCEDURES: EXHIBITS

EXHIBIT A:

HUNT V KIZER MEDICAL BILLS APPROVAL LETTER

HUNT V KIZER FIRST DISAPPROVAL LETTER

HUNT V KIZER SECOND DISAPPROVAL LETTER

RECORD OF MEDICAL BILLS SUBMITTED AND ACCEPTED FOR
APPLICATION TOWARD SHARE OF COST --HUNT V KIZER

HUNT V KIZER APPROVAL LETTER

**HUNT v. KIZER MEDICAL BILL
APPROVAL**



(COUNTY STAMP)



Notice date: _____
Case number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Worker hours: _____
Notice for: _____

The medical bill(s) which you submitted were approved and applied toward your share-of-cost in the amount of \$ _____
(Total share-of-cost credit)

This amount will be applied toward your share-of-cost for the following months:

For medical bills which are disapproved, if any, you will receive separate notification which will identify which of the medical bills you submitted to the county were disapproved and the reasons for the disapproval.

Please call your eligibility worker (EW) above, if you need assistance.

APROBACIÓN DE LAS FACTURAS MÉDICAS HUNT v. KIZER



(COUNTY STAMP)



Fecha de la notificación: _____
Número del caso: _____
Nombre del/de la trabajador(a): _____
Número del/de la trabajador(a): _____
Número de teléfono del/de la trabajador(a): _____
Horario del/de la trabajador(a): _____
Notificación para: _____

La(s) factura(s) médica(s) que usted presentó se aprobó/aprobaron y se aplicó/aplicaron para cumplir con su parte del costo en la cantidad de \$ _____.
(Crédito total de la parte del costo)

Esta cantidad se aplicará para cumplir con su parte del costo de los siguientes meses:

En cuanto a las facturas médicas que no se aprobaron, si las hubiera, usted recibirá una notificación por separado, en donde se le indicará cuáles de las facturas que usted presentó al condado no se aprobaron, así como las razones por las cuales no se aprobaron.

Si necesita ayuda, por favor llame a su trabajador(a) de elegibilidad (*eligibility worker - EW*) que se indica anteriormente.

HUNT V KIZER FIRST DISAPPROVAL LETTER

**HUNT v. KIZER MEDICAL BILL
FIRST DISAPPROVAL**

(COUNTY STAMP)

Notice date: _____
 Case number: _____
 Worker name: _____
 Worker number: _____
 Worker telephone number: _____
 Worker hours: _____
 Notice for: _____

For medical bills submitted on the following dates: _____

You brought some medical bills to the county to apply against your share-of-cost (SOC). The county is currently unable to accept some of these medical bills. To determine why the medical bills listed below cannot be used, find the number entered in the "Disapproval Codes" column (below) next to the listed bill and then read the same-numbered paragraph which follows (on the back of this letter). These numbered paragraphs are disapproval reasons which tell you why the medical bills which you submitted cannot be used, and what you can do to correct the problem.

For disapproval reasons 1–10 (numbered paragraphs on the back of this letter), you may fix the problem by getting another bill from your provider, or a copy of the bill which is initialed, signed, or stamped by the provider, or by getting an acceptable statement from an authorized representative of your provider, which shows the missing information. Give this revised bill to your eligibility worker.

If any of your medical bills have been disapproved due to denial reasons 1–6 below, and if you are unable to obtain the information in writing from your provider after you have made the effort to do so, you may be allowed to submit a sworn statement supplying the missing information, if you know the missing information.

You must provide the missing information to your eligibility worker no later than ten days from the postmark date of the county's request for additional information, or the medical bills will again be disapproved. The needed information, and the medical bills for which it is required, is listed on the back of this letter. If you mail the additional information to the county, the ten days is measured by the postmark date of your response.

**Listing of Disapproved Medical Bills
(By provider name, date, and amount of bill)**

Bill Number	Provider Name	Date of Bill	Amount of Bill	Disapproval Code(s)
1			\$	
2			\$	
3			\$	
4			\$	

Disapproval Reasons

1. The name and/or the address of the provider who performed the medical service was missing from the medical bill. Please obtain this information.
2. The name of the person who received the medical service was missing from the medical bill. Please obtain this information.
3. A description of the type of medical service received was missing from the medical bill. Please obtain this information.
4. The procedure code (a medical reference number used to identify the kind of service received) is missing from the medical bill. Please obtain this information.
5. The medical bill did not show the provider's identification number. For Medi-Cal providers, please obtain the provider's identification number (ID). For providers who are not Medi-Cal providers, please obtain the provider's provider-license number or federal tax ID number.
6. The date(s) the service was provided was missing from the medical bill. Please obtain this information.

For the information requested by the items 7–11 below, your sworn statement will not suffice. You must obtain a new bill which contains the information as explained above.

7. The date on which the bill was issued is missing or is not within 90 days of the date the bill was submitted to the county. Please obtain a replacement bill or provider-signed document which shows the bill is dated within 90 days of the date the bill is submitted to the county.
8. The medical bill does not show the current, unpaid balance for which you are solely liable to your provider, or you are no longer liable for the bill. Please obtain a replacement bill which shows this information unless you are no longer liable for the bill. If you are no longer liable for the bill, it cannot be applied toward your SOC.
9. The submitted medical bill was an unauthenticated copy or was altered. Please obtain an authentic, unaltered replacement bill.
10. This medical bill has already been applied toward your share-of-cost.
11. This bill does not qualify as a medical expense.
12. The bill was not an unpaid bill.
13. Other: _____

Please call your Eligibility Worker (EW) listed on the front of this letter if you need assistance.

**PRIMERA DESAPROBACIÓN
DE FACTURAS MÉDICAS
EN CONFORMIDAD CON LA DEMANDA
HUNT v. KIZER**



(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
 Número del caso: _____
 Nombre del/de la trabajador(a): _____
 Número del/de la trabajador(a): _____
 Número de teléfono del/de la trabajador(a): _____
 Horario del/de la trabajador(a): _____
 Notificación para: _____

Para las facturas médicas que se presentaron en las siguientes fechas: _____

Usted presentó al condado algunas facturas médicas, para que éstas se aplicarán para cumplir con su parte del costo (*share-of-cost—SOC*). Actualmente, el condado no puede aceptar algunas de estas facturas médicas. A fin de determinar las razones por las cuales las facturas médicas que se enumeran más adelante no pueden utilizarse, encuentre el número que aparece en la columna titulada “Claves de Desaprobación” (a continuación), enseguida de la factura enumerada, y entonces lea el párrafo que contenga el mismo número, que sigue (en el reverso de esta carta). Estos párrafos numerados son las razones de la desaprobación, que le informan la razón por la cual las facturas médicas que usted presentó no pueden utilizarse, y lo que usted puede hacer para corregir el problema.

Para las razones de desaprobación del 1 al 10 (párrafos numerados en el reverso de esta carta), usted puede corregir el problema obteniendo otra factura de su proveedor, o una copia de la factura con las iniciales, firma o sello del proveedor, u obteniendo una declaración aceptable de un(a) representante autorizado(a) de su proveedor, en donde se muestre la información que falte. Dé esta factura revisada a su trabajador(a) de elegibilidad.

Si cualquiera de sus facturas médicas no han sido aprobadas, debido a las razones de negación del 1 al 6 más adelante, y si usted no puede obtener la información de su proveedor, por escrito, después de hacer todos los esfuerzos para obtenerla, es posible que se le permita presentar una declaración jurada, proporcionando la información que le falte, si usted la sabe.

Usted tiene que proporcionar a su trabajador(a) de elegibilidad la información que le falte, a más tardar en un plazo de diez días, a partir de la fecha del matasellos de la petición del condado para recibir información adicional, o las facturas médicas se desaprobarán de nuevo. La información que se necesita, y las facturas médicas para las cuales se requiere, se encuentran en el reverso de esta carta. Si usted envía al condado información adicional por correo, el plazo de diez días se cuenta a partir de la fecha del matasellos de su respuesta.

**Lista de Facturas Médicas Desaprobadas
(Por nombre del proveedor, fecha y cantidad de la factura)**

No. de factura	Nombre del proveedor	Fecha de factura	Cantidad de factura	Clave/s de desaprobación
1			\$	
2			\$	
3			\$	
4			\$	

Razones para la Desaprobación

1. Faltó, en la factura médica, el nombre o la dirección del proveedor que prestó el servicio médico. Por favor, obtenga esta información.
2. Faltó, en la factura médica, el nombre de la persona que recibió el servicio médico. Por favor, obtenga esta información.
3. Faltó, en la factura médica, una descripción de la clase de servicio médico que se recibió. Por favor, obtenga esta información.
4. Faltó, en la factura médica, la clave del procedimiento (un número de referencia médica que se utiliza para identificar la clase de servicio que se recibió)!. Por favor, obtenga esta información.
5. La factura médica no mostró el número de identificación del proveedor. Para los proveedores de Medi-Cal, por favor obtenga el número de identificación (*ID*) del proveedor. Para aquéllos que no son proveedores de Medi-Cal, por favor obtenga el número de licencia como proveedor o el número de identificación para fines de impuestos federales del proveedor.
6. Faltó/faltaron, en la factura médica, la(s) fecha(s) en que se proporcionó el servicio. Por favor, obtenga esta información.

Para la información que se requiere en los incisos 7 a 11 enseguida, su declaración jurada no bastará. Usted tiene que obtener una nueva factura que contenga la información, según se le explicó anteriormente.

7. Falta la fecha en que se emitió la factura, o ésta no cae dentro del plazo de 90 días a partir de la fecha en que la factura se presentó al condado. Por favor obtenga una factura substituta, o un documento firmado por el proveedor, que muestre que la factura tiene una fecha que cae dentro del plazo de 90 días, a partir de la fecha en que la factura se presentó al condado.
8. La factura médica no muestra el saldo actual, sin pagar, del cual usted es el único responsable ante su proveedor, o usted ya no es responsable de la factura. Por favor, obtenga una factura substituta que muestre esta información, a menos que usted ya no sea responsable de la factura. Si usted ya no es responsable de la factura, ésta no puede aplicarse para cumplir con su parte del costo (*SOC*).
9. La factura médica que presentó era una copia no autenticada o que se cambió. Por favor, obtenga una factura substituta auténtica y sin cambios.
10. Esta factura médica ya se ha aplicado para cumplir con su parte del costo.
11. Esta factura no cumple con los requisitos como gasto médico.
12. La factura no era una factura sin pagar.
13. Otra razón: _____

Por favor, si necesita ayuda, llame a su trabajador(a) de elegibilidad (*Eligibility Worker - EW*) que se indica en el frente de esta carta.

HUNT V KIZER SECOND DISAPPROVAL LETTER

MEDI-CAL NOTICE OF ACTION
HUNT v. KIZER MEDICAL BILL
SECOND DISAPPROVAL

(COUNTY STAMP)

Notice date: _____
Case number: _____
Worker name: _____
Worker number: _____
Worker telephone number: _____
Worker hours: _____
Notice for: _____

For medical bills submitted on the following dates: _____

You previously submitted medical bills to your county for application toward your share-of-cost (SOC) which were rejected. This will inform you which of these medical bill(s) continue to be disapproved. These disapproved medical bills are listed below. They cannot be used to meet your SOC until you correct the problems with these bills. The reason(s) for the disapproval is/are listed below.

Listing of Disapproved Medical Bills
(By provider name, date, and amount of bill)

Bill Number	Provider Name	Date of Bill	Amount of Bill	Disapproval Code(s)
1				
2				
3				
4				

Disapproval Reasons

1. Provider's name and/or address is missing.
2. Name of the person who received the medical service(s) is missing.
3. Description of the service(s) is missing.
4. Procedure code is missing. (The medical procedure code is a medical reference number identifying the kind of medical service received.)
5. Medi-Cal provider number, license number, or federal tax identification number is missing.
6. Date(s) on which the medical service was provided is missing.
7. Bill does not show a billing date or bill was received by the county over 90 days from the date of the bill.
8. Bill does not show amount currently owed solely by the beneficiary or beneficiary is not liable for part or all of the bill.
9. Original billing statement, or acceptable substitute, was not provided (bill was altered or unauthenticated copy).
10. The bill was previously used to meet share-of cost.
11. The bill does not qualify as a medical expense.
12. The bill was not an unpaid bill.
13. Other: _____

A medical bill which has been disapproved may be resubmitted if the missing information is obtained. Please call your Eligibility Worker (EW) listed above if you have questions.

This action is authorized under the Hunt v. Kizer lawsuit.

YOUR HEARING RIGHTS

You have the right to ask for a hearing if you disagree with any county action. You have only 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after the county gave or mailed you this notice.

If you ask for a hearing before an action on Cash Aid, Medi-Cal, Food Stamps, or Child Care takes place:

- Your Cash Aid or Medi-Cal will stay the same while you wait for a hearing.
- Your Child Care Services may stay the same while you wait for a hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.

If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra Cash Aid, Food Stamps or Child Care Services you got.

To let us lower or stop your benefits before the hearing, check below:

Yes, lower or stop: Cash Aid Food Stamps Child Care

While You Wait for a Hearing Decision for:

Welfare to Work:

You do not have to take part in the activities.

You may receive child care payments for employment and for activities approved by the county before this notice.

If we told you your other supportive services payments will stop, you will not get any more payments, even if you go to your activity.

If we told you we will pay your other supportive services, they will be paid in the amount and in the way we told you in this notice.

- To get those supportive services, you must go to the activity the county told you to attend.
- If the amount of supportive services the county pays while you wait for a hearing decision is not enough to allow you to participate, you can stop going to the activity.

Cal-Learn:

- You cannot participate in the Cal-Learn Program if we told you we cannot serve you.
- We will only pay for Cal-Learn supportive services for an approved activity.

OTHER INFORMATION

Medi-Cal Managed Care Plan Members: The action on this notice may stop you from getting services from your managed care health plan. You may wish to contact your health plan membership services if you have questions.

Child and/or Medical Support: The local child support agency will help collect support at no cost even if you are not on cash aid. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you current support money collected but will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Division will set up a file. You have the right to see this file before your hearing and to get a copy of the county's written position on your case at least two days before the hearing. The state may give your hearing file to the Welfare Department and the U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture. (W&I Code Sections 10850 and 10950.)

TO ASK FOR A HEARING:

- Fill out this page.
- Make a copy of the front and back of this page for your records. If you ask, your worker will get you a copy of this page.
- Send or take this page to:

OR

- Call toll free: 1-800-952-5253 or for hearing or speech impaired who use TDD, 1-800-952-8349.

To Get Help: You can ask about your hearing rights or for a legal aid referral at the toll-free state phone numbers listed above. You may get free legal help at your local legal aid or welfare rights office.

If you do not want to go to the hearing alone, you can bring a friend or someone with you.

HEARING REQUEST

I want a hearing due to an action by the Welfare Department of _____ County about my:

Cash Aid Food Stamps Medi-Cal

Other (list) _____

Here's Why: _____

If you need more space, check here and add a page.

I need the state to provide me with an interpreter at no cost to me. (A relative or friend cannot interpret for you at the hearing.)

My language or dialect is: _____

NAME OF PERSON WHOSE BENEFITS WERE DENIED, CHANGED OR STOPPED

BIRTH DATE _____ PHONE NUMBER _____

STREET ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

SIGNATURE _____ DATE _____

NAME OF PERSON COMPLETING THIS FORM _____ PHONE NUMBER _____

I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or go to the hearing for me. (This person can be a friend or relative but cannot interpret for you.)

NAME _____ PHONE NUMBER _____

STREET ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE MEDI-CAL
SEGUNDA DESAPROBACIÓN DE FACTURAS MÉDICAS
EN CONFORMIDAD CON LA DEMANDA
HUNT v. KIZER**

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
 Número del caso: _____
 Nombre del/de la trabajador(a): _____
 Número del/de la trabajador(a): _____
 Número de teléfono del/de la trabajador(a): _____
 Horario del/de la trabajador(a): _____
 Notificación para: _____

Para las facturas médicas que se presentaron en las siguientes fechas: _____

Anteriormente, usted presentó a su condado facturas médicas, para que éstas se aplicarían para cumplir con su parte del costo (*share-of-cost—SOC*), mismas que se rechazaron. Esta notificación le informará cuál(es) factura(s) médica(s) continúa(n) sin aprobarse. Dichas facturas médicas no aprobadas se enumeran enseguida. Éstas no pueden utilizarse para cumplir con su *SOC*, hasta que usted corrija los problemas relacionados con estas facturas. La(s) razón(es) de la desaprobación se indica(n) a continuación.

**Lista de Facturas Médicas Desaprobadas
(Por nombre del proveedor, fecha y cantidad de la factura)**

No. de factura	Nombre del proveedor	Fecha de factura	Cantidad de factura	Clave/s de desaprobación
1				
2				
3				
4				

Razones para la desaprobación

1. Falta el nombre o dirección del proveedor.
2. Falta el nombre de la persona que recibió el/los servicio(s) médico(s).
3. Falta la descripción del/de los servicio(s).
4. Falta la clave del procedimiento. (La clave del procedimiento médico es un número de referencia médica que identifica la clase de servicio médico que se recibió.)
5. Falta el número del proveedor de Medi-Cal, su número de licencia o el número de identificación para fines de impuestos federales.
6. Falta(n) la(s) fecha(s) en que se proporcionó el servicio médico.
7. La factura no muestra una fecha de cobro, o el condado recibió la factura más de 90 días después de la fecha de la factura.
8. La factura no muestra la cantidad que debe actualmente solamente el beneficiario, o el beneficiario no es responsable de parte de la factura o de su totalidad.
9. No se proporcionó la factura original, ni un documento aceptable que la substituya (la factura se cambió, o se proporcionó una copia no autenticada).
10. La factura se utilizó previamente para cumplir con su parte del costo.
11. La factura no cumple con los requisitos como gasto médico.
12. La factura no era una factura sin pagar.
13. Otra razón: _____

Una factura médica que no ha sido aprobada puede volverse a presentar, si se obtiene la información que falta. Por favor, si tiene preguntas, llame a su Trabajador(a) de Elegibilidad (*Eligibility Worker—EW*) que se indica anteriormente.

Esta acción es autorizada en conformidad con la demanda Hunt v. Kizer.

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia **antes** de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria Estamp. para comida Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

OTRA INFORMACION

Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal: Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud: La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

Planificación familiar: La oficina de bienestar le dará información cuando usted le pida.

Expediente de audiencia: Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].)

PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- Complete esta página.
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- Envíe o lleve esta hoja a:

O

- Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253. Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD* pueden llamar al 1-800-952-8349.

Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ acerca de mi(s):

- Asistencia monetaria Estampillas para comida Medi-Cal
 Otro (anote) _____

La razón es la siguiente: _____

- Si necesita más espacio, marque aquí y adjunte otra hoja.
 Necesito que el estado me proporcione un intérprete gratuitamente. (Un familiar o un amigo no puede actuar como intérprete de usted en la audiencia.)

Mi idioma o dialecto es el: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LE NEGARON, CAMBIARON O PARARON LOS BENEFICIOS

FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION: CALLE		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
FIRMA	FECHA	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO	NUMERO DE TELEFONO	

- Quiero que la persona nombrada a continuación me represente en esta audiencia. Doy permiso para que esta persona vea mis expedientes o vaya a la audiencia por mí. (Esta persona puede ser un amigo o familiar, pero no puede actuar como su intérprete.)

NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION: CALLE		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

RECORD OF MEDICAL BILLS SUBMITTED AND ACCEPTED FOR APPLICATION
TOWARD SHARE OF COST --HUNT V Kizer

