

**PROGRAMA DE ACCESO A LA SALUD  
PARA EL PROGRAMA FAMILY PACT  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE**

**Client HAP number**

Este formulario de Certificación de Elegibilidad del Ciente (CEC) es propiedad del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Estado de California, Oficina de Planificación Familiar.

**Este formulario no se puede cambiar, alterar ni llenar previamente.**

<b>Paso 1:</b>		<b>Cuéntanos acerca de ti</b>			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido		Sufijo (Sr., Jr., III, IV, etc.)	
El Departamento de Servicios de Atención Médica no envía correo a la dirección proporcionada					
Dirección		De casa	De envío	Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal		Condado de residencia	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de seguro social (SSN) No tener un SSN no afecta tu capacidad para recibir servicios.			Provider Use Only CODE
Estado civil (opcional)					
Soltera/o Viuda/o	Nunca casada/o Pareja doméstica registrada	Casada/o	Divorciada/o Me niego a responder		
Raza/Etnicidad (opcional; marca todas las que correspondan)				¿Eres hispano, latino o de origen español? (Opcional)	
Blanco	Indio asiático	Coreano	Si No		
Negro o	Camboyano	Laosiano	Si es así, marca cuáles:		
Afroamericano	Chino	Vietnamita	Mexicano, Mexicano		
Indígena	Filipino	Guameño o	Americano o chicano		
norteamericano	Hmong	Chamorro	Salvadoreño Guatemalteco		
o Nativo de Alaska	Japonés	Samoano	Cubano		
Nativo de Hawai	Me niego a responder		Puertorriqueño		
Otra			Otro origen		
Idioma principal (marca solo uno)					
Inglés	Armenio	Cantonés	Hmong	Khmer/Camboyano	Español
Coreano	Tagalo	Vietnamita	Punjabi	Hindi	Ucranio
Niego a responder	Otra				
La mejor forma de comunicarnos contigo si necesitamos hablar contigo					
Teléfono	Texto	Correo	Correo electrónico	Número de mensaje/Correo	

Cual es tu sexo (requerido)	
Mujer	Transgénero: Hombre a Mujer
Hombre	Transgénero: Mujer a Hombre

Orientación sexual e identidad de género

**La siguiente información es opcional y confidencial.  
no se utilizará para determinar la elegibilidad.**

<p>¿Cuál es tu género? (marca la casilla que mejor describa tu identidad de género actual)</p> <p>Femenino Masculino Transgénero: masculino a femenino Transgénero: femenino a masculino No binario (ni masculino ni femenino) Otro género de identidad Me niego a responder</p>	<p>¿Piensas en ti mismo como:</p> <p>Hetero o heterosexual Gay o lesbiana Bisexual Queer Otra orientación sexual Desconocida Me niego a responder</p>
--	---

¿Qué sexo figuraba en tu certificado de nacimiento original?

Mujer                      Hombre                      Me niego a responder

**Paso 2:                      Otra cobertura de salud**

He tenido gastos de mi bolsillo por servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos por el programa Family PACT en los tres meses inmediatamente antes de la inscripción en el programa Family PACT.	SI	NO
Actualmente recibo beneficios de Medi-Cal. Si conoces tu número de tarjeta de Medi-Cal, escribe el número y la fecha de emisión en las casillas. Si tu no sabes, escribe DESCONOCIDA en la casilla.		
Número de tarjeta de Medi-Cal                      Fecha de emisión	SI	NO
Tengo Medi-Cal con un costo compartido no cubierto.	SI	NO
Tengo Medi-Cal restringido (como "Medi-Cal de emergencia") que no cubre los métodos anticonceptivos.	SI	NO
Tengo otra cobertura médica que cubre los métodos anticonceptivos. Otra cobertura de salud puede incluir planes de atención administrada de Medi-Cal, planes de salud comerciales (Kaiser, BlueCross, Health Net) o seguro médico para estudiantes.	SI	NO
No sé si tengo otra cobertura médica (marca la casilla si no lo sabes).		
Tengo seguro médico a través de Medi-Cal u otra cobertura médica en la fecha de mi servicio, pero no puedo usar mi seguro porque me preocupa que mi cónyuge, pareja o padre(s) puedan ser notificados o informados de mi visita de planificación familiar (este se llama barrera de acceso).	SI	NO
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     Provider Use Only CODE                 </div>	

**Ingreso sujeto a impuestos**

Anota a ti mismo y los miembros de tu familia (cónyuge e hijos) que viven contigo, y las fuentes de ingresos sujetos a impuestos de cada persona.

Si alguien te reclama a ti en sus impuestos, anota a todos los reclamados en el formulario de impuestos de esa persona. Las fuentes de ingresos incluyen empleo, trabajo por cuenta propia, seguridad social (incluso si no está sujeta a impuestos), propinas, manutención conyugal recibida, beneficios de desempleo, etc. Solicita páginas adicionales según sea necesario. Si tienes 17 años o menos, se excluyen los ingresos de tus padres. Un proveedor puede hablar más contigo y ayudarte a averiguar el tamaño de tu familia.

Nombre	Relación contigo	Edad	Fuente de ingreso	Ingreso mensual sujeto a impuestos
	(Yo)			

Tamaño de la familia:

Ingreso familiar total sujeto a impuestos

**Paso 3:**

**Lee y firma la solicitud**

**Elegibilidad para el seguro médico de California**

Recibí información sobre cómo solicitar e inscribirme en programas de seguro accesible. SI NO

Visita [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) o llama al 1-800-300-1506 para obtener ayuda para completar la solicitud para estos programas.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que la información anterior en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa puede hacerme no elegible para este programa.

Firma del solicitante (o marca)	Fecha de firma
---------------------------------	----------------

**Declaración de privacidad (Código Civil § 1798 et seq.)**

Esta información se utilizará para ver si estás inscrito en algún programa de salud estatal. La información también se utilizará para vigilar los resultados de salud y para fines de evaluación del programa. No se divulgará tu nombre. Cada individuo tiene el derecho de revisar la información personal mantenida por el proveedor a menos que esté exento a el Artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

### **Derechos de audiencia imparcial**

Cualquier solicitante o beneficiario de servicios del Programa Family PACT tendrá derecho a una audiencia con respecto a la elegibilidad o la recepción de servicios. Un solicitante o beneficiario no tiene derecho a impugnar los cambios realizados en las normas de elegibilidad o los beneficios del Programa Family PACT.

**Revisión de primer nivel:** si deseas apelar tu denegación de elegibilidad o la recepción de servicios, por favor envía tu nombre, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicitas una revisión de primer nivel a la dirección que figura a continuación. La solicitud para una revisión de primer nivel debe tener matasellos dentro de los 20 días hábiles a partir de la denegación de elegibilidad o de servicios. La Oficina de Planificación Familiar puede solicitar información adicional por teléfono o por escrito al proveedor o al solicitante antes de emitir una decisión.

**Audiencia formal:** puedes solicitar una audiencia formal dentro de los 90 días a partir del día en que se te notificó que no eras elegible o que los servicios que deseabas no serían proporcionados o han sido descontinuados. Si tienes una causa justificada de por qué no pudiste solicitar una audiencia dentro de los 90 días, aún puedes solicitar una audiencia. Si tienes una causa justificada, tu solicitud aún puede ser programada. Proporciona toda la información solicitada, como tu nombre completo, número de teléfono, dirección y el motivo de la audiencia formal y envíala por correo a la dirección de la audiencia formal que aparece abajo. Si deseas, también puedes adjuntar una carta y explicar por qué crees que la acción tomada no es correcta. También puedes llamar al número de Investigación y Respuesta Pública que aparece a continuación. Si tienes problemas para entender inglés, asegúrate de indicar tu idioma para que te puedan hacer arreglos y tener asistencia con el idioma en la audiencia. Si has elegido un representante autorizado, asegúrate de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Conserva una copia de tu solicitud de audiencia para tu archivo. Puedes presentar tu solicitud de audiencia formal de dos maneras:

#### **Revisión de primer nivel**

Department of Health  
Care Services  
Office of Family Planning  
P.O. Box 997413,  
Mail Station 8400  
Sacramento, CA 95899-7413

#### **Audiencia formal**

California Department  
of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243,  
Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA  
94244-2430

#### **o llama gratis a Investigación y Respuesta Pública**

Department of Social Services  
State Hearings Division State  
Hearings Division Public  
Inquiry and Response  
1-800-952-5253 or  
1-800-743-8525  
TDD 1-800-952-8349  
Fax: (916) 651-5210

## Norma que Prohíbe la Discriminación

La Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA por sus siglas en Inglés) prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas o actividades de salud. En efecto desde 2010, la sección 1557 se basa en leyes federales de derechos civiles de larga data: Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964; Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Discriminación por Edad de 1975.

A partir del 18 de julio de 2016, la Oficina de Derechos Civiles de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en Inglés) emitió su regla final que implementa la sección 1557 en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR por sus siglas en Inglés) Parte 92. La regla se aplica a cualquier programa o actividad de salud, cualquier parte de los cuales recibe asistencia financiera federal, una entidad establecida bajo el Título I de la ACA que administra un programa o actividad de salud, y HHS. Además de otros requisitos, el Título 45 CFR Parte 92.201 requiere:

- **Requisitos de los servicios de asistencia lingüística:** se requieren servicios de asistencia lingüística bajo el párrafo (a) de la Parte 92.201 deben ser precisos, oportunos y proporcionados sin cargo, y proteger la privacidad e independencia de la persona con dominio limitado del inglés.
- **Requisitos específicos para servicios de interpretación y traducción:** Sujeto al párrafo (a) de la Parte 92.201.
  - Una entidad cubierta ofrecerá un intérprete calificado a una persona con limitaciones de inglés competencia cuando la interpretación oral es un paso razonable para proporcionar un acceso significativo para esa persona con dominio limitado del inglés.
  - Una entidad cubierta deberá utilizar un traductor calificado al traducir contenido escrito en papel o en formato electrónico.

Para obtener más información sobre la aplicación y los requisitos de la regla final que implementa la sección 1557, los proveedores deben comunicarse con sus organizaciones profesionales representativas. También pueden visitar la sección 1557 de la página de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio del sitio web del HHS para encontrar materiales de muestra y otros recursos.

## Language Services Notice

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 541-800-5555 (رقم هاتف الصم والبكم: 711 TTY: Arabic]

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-541-5555 TTY: 711 [Chinese]

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-541-5555 TTY: 711 पर कॉल करें। [Hindi]

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-541-5555 TTY: 711 [Hmong]

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-541-5555 TTY: 711 お電話にてご連絡ください。 [Japanese]

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-541-5555 TTY: 711 번으로 전화해 주십시오. [Korean]

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាខ្មែរ ឬ ភាសាស៊ីមានលក្ខណៈឥតគិតថ្លៃសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Cambodian]

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-541-5555 TTY: 711 [Punjabi] 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-541-5555 телетайп: 711 [Russian]

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-541-5555 TTY: 711 [Tagalog]

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-541-5555 TTY: 711 [Thai]

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-541-5555 TTY: 711 [Vietnamese]

**Paso 4:**

**SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR (PROVIDER USE ONLY)**

**Provider certification:**                   Eligible for Family PACT Program  
   Ineligible for Family PACT Program (Give Fair Hearing Rights)

Why client is ineligible:

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified:

          Limited scope                   Unmet share-of cost                   Barrier to Access

Modality used to determine program enrollment or re-certification:

          Phone                            Audio Visual                            In-Person

**DECLARATION**

My signature attests that based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this form is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of the CEC form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client was 1) informed of California health insurance eligibility programs through Covered California, 2) offered and received (or declined) a copy of the Notice of Privacy Practices, Nondiscrimination Policy and 3) if applicable, provided a Retroactive Eligibility Certification Form (DHCS 4001).

Print name	Signature	Date
Deactivation: If client is deactivated (no longer eligible)	Deactivation Date	Reason code Provider Use Only CODE