

EVALUACIÓN DE LA CONEXIÓN ENTRE EL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO (CMSP) Y MEDI-CAL

Nombre de solicitante

Fecha

Para ayudarnos a determinar su elegibilidad para recibir ayuda a través del Programa de CMSP o del Programa de Medi-Cal, por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué esta solicitando el CMSP? _____
2. ¿Está Ud. llenando esta solicitud para otra persona? Sí No
Si la respuesta a esta pregunta es **sí**, ¿para quién está Ud. solicitando? _____
¿Por qué no puede la persona solicitar él o ella misma? _____
Por favor conteste las siguientes preguntas por la persona por quien está Ud. llenando la solicitud.
Si la respuesta es **no**, por favor conteste las siguientes preguntas para Ud. mismo.
3. ¿Reside el solicitante en este condado? Sí No
Si la respuesta es **no**, ¿En que condado reside? _____
4. ¿Es el solicitante menor de 21 años de edad o mayor de 65 años de edad? Sí No
5. ¿Está el solicitante actualmente bajo cuidado de un doctor? Sí No
¿Para qué problema? _____
6. ¿Han hospitalizado al solicitante recientemente? Sí No
¿Para qué problema? _____
7. ¿Es el solicitante considerado legalmente ciego? Sí No
8. ¿Está el solicitante imposibilitado de trabajar debido a una enfermedad física o mental, incapacidad o impedimento que se espera durar más de un año? Sí No
9. ¿Está el solicitante recibiendo Beneficios Estatales por incapacidad? Sí No
10. ¿Está el solicitante actualmente recibiendo, ha pedido, o esta planeando pedir inmediatamente Seguro Social Por Incapacidad o los beneficios de SSI/SSP? Sí No
11. ¿Vive el solicitante en un establecimiento de cuidado médico continuo? Sí No
Si la respuesta es **sí**:

Nombre de establecimiento de cuidado médico

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

12. Si el solicitante es un refugiado, un asilo, un convicto en libertad condicional (solamente Cuba y Haití), o una víctima de tráfico ¿ha vivido el solicitante en los Estados Unidos menos de 8 meses?.. Sí No
13. ¿Vive una persona menor de 21 años en la casa del solicitante? Sí No
Si la respuesta es **sí**, unos de los padres de esa persona está:
 - a. ¿Muerto? Sí No
 - b. ¿No vive en la casa? Sí No
 - c. ¿Sin trabajo? Sí No
 - d. ¿Considerado legalmente ciego? Sí No
 - e. ¿Imposibilitado de trabajar debido a un impedimento físico o mental que se espera continúe por más de un mes? Sí No
 - f. ¿Recibiendo Beneficios Estatales por incapacidad? Sí No
14. ¿Está la solicitante embarazada? Sí No

Si el solicitante contesta "sí" a una o más preguntas desde el número 4 hasta el 11, considerarlo como elegible para Medi-Cal. Si no es elegible para Medi-Cal, considerarlo como elegible para el Programa de CMSP.