

CARTA REFERENTE A SOLICITAR DE NUEVO PRESTACIONES BAJO EL CMSP

Fecha: _____

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Nombre del representante: _____

Número telefónico del representante: (_____) _____

Para procesar su nueva solicitud con propósito de recibir prestaciones del County Medical Services Program o CMSP (programa de servicios médicos de los condados) necesita **completar y enviar** a nuestra oficina los siguientes documentos que se adjuntan:

- **Declaración de los hechos** – Lea la “Declaración de los hechos” de su caso y asegúrese de que la información incluida en la misma es correcta.
 - Actualice o corrija la información que se incluye en su “Declaración de los hechos”. Debe poner sus **iniciales** al margen de cada cambio que realice. Después de revisar la “Declaración de los hechos” actualizada, deberá **firmar y fechar** la última página, y **enviarla** a nuestra oficina.
 - Adjunte la verificación de los ingresos más actuales, tal como el talón más reciente de su paga, una copia de los documentos más recientes sobre la declaración de la renta (si es autónomo), el informe más actual de *Veterans Office*, etc.
 - Proporcione verificación actual de acciones, bonos, fondos de inversión, escrituras de emisión y otras propiedades de bienes raíces.
 - Si incluye algunas deducciones de sus ingresos, tal como costos de guardería, primas del seguro de salud, manutención de ex-cónyuge, gastos por ser autónomo, etc., debe proporcionar verificaciones actuales.
- **Derechos, responsabilidades y otra información (CMSP 219)** – Lea y después **firmar y fecha** la última página, y **envíela** a nuestra oficina.
- **Formulario para evaluar la conexión con Medi-Cal (CMSP 1153)** – Lea, **complete y envíe** el formulario a nuestra oficina.

Se incluye un sobre con sello y dirección para que usted nos envíe la “Declaración de los hechos” y los formularios CMSP 219 y 1153 con todas las verificaciones necesarias a la oficina de Servicios Sociales. También se incluye una copia de su solicitud de CMSP (SAWS1) para que la guarde usted. **No es necesario que nos envíe el formulario SAWS1.**

Debe completar los formularios mencionados y enviarlos antes del _____ o su solicitud para recibir prestaciones del CMSP podría ser denegada.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su representante llamando al número que aparece en la parte superior del formulario. Gracias.