



Annual Eligibility Review Form

To continue your Healthy Families health care coverage

Instructions

To continue Healthy Families coverage, you must fill out this form, include all required papers, and mail everything to us so that we receive it by

Questions?

If you have any questions about the form, call Healthy Families: **1-888-439-4741**, Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m., or on Saturday from 8 a.m. to 5 p.m. The call is free.

Mailing

Residence

← **Are your name and address right?**

If any of this is wrong, please cross it out. Write the correct information next to it.

Family Member Number:

Home:

Work:

Message:

1. Children now in Healthy Families.

Do the children listed below still live in your household? If not, cross out their names.

Do any of the children have income? For example, child support. If so, write their income. You need to mail proof of income with this form. *If you have questions about income, see the **Family Members and Income** brochure that came with this form.*

Child <u>in</u> Healthy Families	Date of Birth	Relationship to	Child's monthly income, if any
----------------------------------	---------------	-----------------	--------------------------------

2. Have any of these children received health insurance from an employer within the last 3 months? Yes No

If yes, which children?: _____

When did the insurance end? _____ Why did it end? _____

Questions? Call 1-888-439-4741, Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m., or Saturday, 8 a.m. to 5 p.m. The call is free.



3. Income of Applicant and other adults.

Fill in the information below. You need to mail proof of income with this form. *If you have questions about income or about who counts as an adult living in the home, see the **Family Members and Income** brochure that came with this form.*

If the adults below do not live in the house, please cross them out and add the names of adults who live in the house.

Adult family member living in the house	Relationship to	Relationship to children	Gross income amount (income before taxes)	How often do you get income?
	Applicant	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Other _____	\$ Send proof of income	<input type="checkbox"/> once every week <input type="checkbox"/> every two weeks <input type="checkbox"/> twice a month <input type="checkbox"/> once a month
		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Other _____	\$ Send proof of income	<input type="checkbox"/> once every week <input type="checkbox"/> every two weeks <input type="checkbox"/> twice a month <input type="checkbox"/> once a month

4. Children living in the house who are not in Healthy Families now.

- Cross out any children who don't live in the house anymore. Note: If a child is away at school and claimed as a tax dependent, the child is considered living at home.
- Fill in children's monthly income if they have income.
- Would you like any of these children to be in Healthy Families? Check the Yes box or the No box.
- If you want a child who is listed below to be in Healthy Families, you need to fill out an **Add a Person Form**.

Child <i>not</i> in Healthy Families	Date of Birth	Relationship to	Child's monthly income, if any	Want child in Healthy Families?
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

5. Have any of these children received health insurance from an employer within the last 3 months? Yes No

If yes, which children?: _____
 When did the insurance end? _____ Why did it end? _____



6. Are there other children living in the house who are not listed in Questions 1 or 4?

- If there are other children in the house list them here. *If you have questions about who to list, see the **Family Members and Income** brochure that came with this form.*
- If anyone in the household is pregnant, write "Unborn child" in the Child area below.
- If you would like to apply for these people now, check the Yes box. You will need to fill out an **Add a Person Form**.

Child who <i>is not</i> in Healthy Families	Date of birth	Child's monthly income, if any	Relationship to	Want child in Healthy Families?
		\$ Send proof of income	<input type="checkbox"/> child <input type="checkbox"/> step child <input type="checkbox"/> other	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		\$ Send proof of income	<input type="checkbox"/> child <input type="checkbox"/> step child <input type="checkbox"/> other	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		\$ Send proof of income	<input type="checkbox"/> child <input type="checkbox"/> step child <input type="checkbox"/> other	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

7. Is anyone in your household pregnant? Yes No

If yes, who? _____

Due Date: _____ / _____ / _____
mo / dd / yr

8. Income Deductions for expenses.

If you pay for child care or care for a person who is disabled, or if you pay court-ordered child support or alimony, you might be able to subtract (deduct) those costs from your household income. Fill in the information below. Only list expenses paid by the parents on this form. You need to mail proof of expenses with this form. Proof might be copies of your bills or copies of a court order. *If you have questions about deductible expenses, see the **Family Members and Income** brochure that came with this form.*

Child care expenses you pay each month for <u>children under age 2</u> . (The maximum amount allowed is \$200.)	\$ Send proof of expenses
Child care expenses you pay each month for children <u>age 2 and over</u> . (The maximum amount allowed is \$175.)	\$ Send proof of expenses
Disabled dependent care expenses you pay each month. (The maximum amount allowed is \$175.)	\$ Send proof of expenses
Monthly court ordered alimony you pay	\$ Send proof of expenses
Monthly court ordered child support you pay.	\$ Send proof of expenses
For each working parent, we will deduct up to \$90 for work-related expenses.	



9. Healthy Families Notices

Declarations

I declare that each person I am applying for:

- Is a resident of California
- Is not in jail or in a mental hospital
- Is not eligible for Medicare Part A and Part B
- Is not eligible for any California Public Employees Retirement System Health Benefits Program(s) or is eligible for a California Public Employees Retirement Health Benefits Program, but the employer contribution for dependent(s) is less than \$10.

I also declare that:

- All individuals listed on this form will follow the rules of participation, the utilization review process and the dispute resolution process of the plans in which the individual is enrolled.
- I have read and understand the Healthy Families Handbook. I understand what it says about each health, dental and vision plan and the benefits they offer. The handbook can be viewed at www.healthyfamilies.ca.gov.
- I give permission to Healthy Families to check my family income, health coverage, immigration status of the people I am applying for, and all other facts on this form. I understand that information provided by other state and federal health care programs will be used to see if the people I am applying for qualify for Healthy Families.
- I am applying for all of my children eligible for Healthy Families, unless they are already enrolled, or unless I am only applying for myself.
- I understand that the form will be sent to Medi-Cal if my income is below the Healthy Families guidelines. The Medi-Cal Program provides health care coverage for children who qualify for their programs. Medi-Cal will use this form and may request additional information to see if my children qualify for Medi-Cal.

- I agree to notify the program within 30 days of any change of address of any person applied for who is accepted into the program and any change in the applicant's billing address.

Privacy

The law requires you provide the information requested to apply for Healthy Families. (Title 10, CCR, § 2699.6600) The personal and medical information you provide will be used only to identify you and to administer the program. This means we will share your information with the agencies and plans you want to enroll in.

Access to Your Records

You have the right to access records maintained by the Managed Risk Medical Insurance Board that contain your personal information. To do so, contact:

**Managed Risk Medical Insurance Board
Attn: HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695**

10. Declaration and Signature (Required)

I declare under penalty of perjury under California state law that I have read this form, the answers provided, and the documents enclosed, and to the best of my knowledge, they are correct and true. I have read and understand the Notices and Declarations above.

Applicant signs here: _____ Date: _____



11. Fill out below ONLY if a Certified Application Assistant (CAA) helped you fill out this form.

Check this box and sign below to allow Healthy Families and Medi-Cal to speak to a representative of the Enrollment Entity (EE) listed below about the status of this form. This permission ends when the program mails you its decision on your Annual Eligibility Review.

I certify that the CAA listed below helped me complete this form. This CAA helped me for free.

Applicant's Signature _____ Date: _____

CAA# _____ EE# _____

CAA's Signature _____ Date: _____

The state will not reimburse the EE unless the CAA fills out this section completely and correctly when the form is submitted.

12. Mail or fax the form to Healthy Families.

Mail this form, proof of income papers, and proof of expenses papers to:

**Healthy Families
PO Box 138005
Sacramento, CA 95813-80005**

Or, you can fax the form and papers to:

Fax: 1-866-848-4975 The fax number is free.

Write your Family Member Number on each paper you send. Your Family Member Number is:



Formulario de Revisión anual de derechos

Para continuar su cobertura de atención médica de Healthy Families

Instrucciones

Para continuar la cobertura de Healthy Families, usted debe llenar este formulario, anexar todos los papeles y enviar todo por correo a nuestras oficinas de manera que lo recibamos a más tardar el

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame a Healthy Families al **1-888-439-4741**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Dirección postal

Dirección de su casa

← **¿Son correctos su nombre y dirección?**

Si alguna información está mal, por favor táchela. Anote la información correcta a un lado.

Family Member Number:

Tel. casa:

Trabajo:

Recados:

1. Niños que ya están en Healthy Families.

¿Aún viven en su casa los niños indicados abajo? Si no es así, tache sus nombres.

¿Alguno de los niños tiene ingresos? Por ejemplo, mantenimiento infantil. Si es así, anote sus ingresos. Usted tendrá que enviar por correo pruebas de ingresos con este formulario. *Si tiene alguna pregunta sobre ingresos, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*

Niño <u>en</u> Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con	Ingresos mensuales del niño, si los hay
---------------------------------	---------------------	----------------	---

2. ¿Alguno de estos niños ha tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? Sí No

Si es así ¿quienes? _____

¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

¿Preguntas? Llame al 1-888-439-4741, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.

3. Ingresos del solicitante y otros adultos.

Llene la información de abajo. Usted tendrá que enviar por correo pruebas de ingresos con este formulario. *Si tiene alguna pregunta sobre ingresos o sobre quién cuenta como adulto viviendo en el hogar, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*

Si los adultos de abajo no viven en la casa, por favor táchelos y agregue los nombres de quienes vivan en la casa.

Miembro de la familia adulto que vive en la casa	Parentesco con	Parentesco con los niños	Ingresos brutos (antes de impuestos)	¿Qué tan seguido recibe sus ingresos?
	Solicitante	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes

4. Niños que vivan en la casa que no estén en Healthy Families en este momento.

- Tache a todos los niños que ya no vivan en la casa. Nota: Si algún niño asiste a la escuela en otra población y lo deduce como dependiente fiscal, éste será considerado como que vive en casa.
- Anote los ingresos mensuales de los niños si los tienen.
- ¿Le gustaría que alguno de los niños esté en Healthy Families? Marque "Sí" o "No" en las casillas.
- Si quiere que alguno de los niños anotados más abajo esté en Healthy Families, usted tendrá que llenar un **formulario para Agregar una persona**.

Niño que <i>no</i> está en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con	Ingresos mensuales del niño, si los hay	¿Quiere que el niño esté en Healthy Families?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. ¿Alguno de estos niños ha tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? Sí No

Si es así ¿quienes? _____
 ¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

6. ¿Hay otros niños viviendo en la casa que no estén anotados en las Preguntas 1 ó 4?

- Si hay algún otro niño en la casa, anótelos aquí. *Si tiene alguna pregunta sobre a quién anotar, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*
- Si alguien de la casa está embarazada, anote "Niño por nacer" en el área de "Niño" de abajo.
- Si quiere hacer una solicitud por estas personas ahora, marque en la casilla "Sí". Usted tendrá que llenar el **formulario para Agregar una persona**.

Niño que <i>no está</i> en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Ingresos mensuales del niño, si los hay	Parentesco con	¿Quiere que el niño esté en Healthy Families?
		\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$ Envíe pruebas de ingresos	<input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. ¿Alguien de su casa está embarazada? **Sí** **No**

Si es así ¿quién? _____

Fecha esperada del parto: ___/___/___

Mes / Día / Año

8. Deducciones de ingresos por gastos.

Si usted paga guardería infantil o cuidado de una persona incapacitada o si paga mantenimiento infantil o pensión por alimentos por orden de un juez, posiblemente pueda restar (deducir) esos costos de los ingresos de su hogar. Llene la información de abajo.

Sólo anote los gastos pagados por los padres de este formulario. Usted tiene que enviar por correo pruebas de gastos con este formulario. Las pruebas pueden ser copias de sus facturas o de la orden de un juez. *Si tiene alguna pregunta sobre gastos deducibles, vea el folleto **Miembros de la familia e ingresos** que llegó con este formulario.*

Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por <u>niños menores de 2 años</u> . (El máximo permitido es de \$200.)	\$ Envíe pruebas de gastos
Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por <u>niños de 2 años y mayores</u> . (El máximo permitido es de \$175.)	\$ Envíe pruebas de gastos
Gastos por cuidado de un dependiente incapacitado que usted paga mensualmente. (El máximo permitido es de \$175.)	\$ Envíe pruebas de gastos
Pensión por alimentos ordenada por un juez que usted paga mensualmente.	\$ Envíe pruebas de gastos
Mantenimiento infantil mensual ordenado por un juez que usted paga mensualmente.	\$ Envíe pruebas de gastos
Por cada padre que trabaje, deduciremos hasta \$90 por gastos relacionados con el trabajo.	



9. Avisos de Healthy Families

Declaraciones

Declaro que cada una de las personas por las que estoy solicitando:

- Es residente de California
- No está en la cárcel ni en un hospital mental
- No reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B
- No reúne los requisitos para ningún programa de Beneficios médicos del sistema de jubilación para los empleados públicos de California ni reúne los requisitos para ningún programa de Beneficios médicos del sistema de jubilación para los empleados públicos de California, pero la contribución del patrón para los dependientes es menor que \$10.

Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes a los que las personas estén afiliadas.
- He leído y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice acerca de cada plan de seguro médico, dental y plan de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen. Puede leer el manual en internet en: www.healthyfamilies.ca.gov.
- Doy permiso para que Healthy Families compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas por las que estoy solicitando y todos los demás datos de este formulario. Entiendo que se usará información proporcionada por otros programas de servicios médicos federales o estatales para averiguar si las personas por las que solicito reúnen los requisitos de Healthy Families.
- Estoy solicitando por todos mis hijos que reúnen los requisitos para Healthy Families, a menos que ya estén afiliados o a menos que sólo solicite por mí mismo.

- Entiendo que enviarán el formulario a Medi-Cal si mis ingresos están por debajo de las pautas de Healthy Families. Medi-Cal Program da cobertura de atención médica para niños que reúnen los requisitos para sus programas. Medi-Cal usará este formulario y puede pedir información adicional para ver si mis hijos reúnen los requisitos de Medi-Cal.
- Acepto avisar al programa, a más tardar 30 días después, todo cambio de dirección de cualquier solicitante aceptado en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación del solicitante.

Privacidad

La ley requiere que usted proporcione la información pedida para solicitar Healthy Families. (Título 10, CCR, § 2699.6600) La información personal y médica que usted proporcione se usará solamente para identificarlo a usted y para administrar el programa. Esto significa que compartiremos su información con las agencias y planes a los que usted quiera afiliarse.

Acceso a sus expedientes

Usted tiene derecho de acceso a los expedientes llevados por Managed Risk Medical Insurance Board que contienen su información personal. Si así lo desea, comuníquese con:

Managed Risk Medical Insurance Board
Attn: HIPAA Coordinator
P.O. Box 2769
Sacramento, CA 95812-2769
(916) 324-4695

10. Declaración y firma (*obligatorias*)

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes estatales de California, que he leído este formulario y que las respuestas proporcionadas y que a lo mejor de mi conocimiento, los documentos anexos son correctos y verdaderos. Certifico que he leído y entendido los Avisos y declaraciones anteriores.

El solicitante firma aquí: _____ Fecha: _____



11. Llene más abajo ÚNICAMENTE si un Asistente certificado para solicitudes (CAA) lo ayudó a llenar este formulario.

Marque esta casilla y firme más abajo para permitir que Healthy Families y Medi-Cal hablen con un representante de la Entidad de afiliación (EE) anotada más abajo acerca de la situación de este formulario. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe por correo la decisión de su Revisión anual de requisitos.

Certifico que el CAA anotado más abajo me ayudó a llenar este formulario. Este CAA me ayudó gratuitamente.

Firma del solicitante _____ Fecha: _____

Nº del CAA _____ Nº de la EE _____

Firma del CAA _____ Fecha: _____

El estado no reembolsará a la EE a menos que el CAA llene completa y correctamente esta sección cuando se presente este formulario

12. Envíe el formulario por correo o fax a Healthy Families.

Envíe por correo este formulario, las pruebas de ingresos y las pruebas de gastos a:

**Healthy Families
PO Box 138005
Sacramento, CA 95813-80005**

También, puede enviar por fax el formulario y los papeles al **1-866-848-4975**. El número de fax es gratuito.

Escriba su Family Member Number en todos los papeles que envíe. Su Family Member Number es el: