

- Nuevo Solicitante
- Re-Determinación Anual
- Re-Abrir el Caso

**SAN BERNARDINO COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
CALIFORNIA CHILDREN SERVICES
Forma de Elegibilidad Residencial y Financiera**

Padre/Madre/Solicitante: Solamente padre/madre o guardián legal pueden solicitar servicios a nombre del solicitante. Solicitante de 18-20 años de edad puede presentar la solicitud. Por favor, para esta información use letra de molde y regrese la forma con los documentos necesarios.

Información sobre el Paciente/Niño/a

Número de CCS _____
Grupo: _____

Nombre: _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino Femenino
 Apellido Primer Nombre Inicial
 SS# _____ / _____ / _____ Lugar de Nacimiento: _____ Adoptado: Si No Fecha de Adopción _____
 Condado, País y Estado

Domicilio _____ ¿Cuanto Tiempo? _____
 Calle Ciudad/Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ Niño/a vive con: Padres Naturales Padres/Padrastrós Guardián Legal Padres de Crianza

Domicilio para Correo _____
 Calle/PO Box Ciudad/Estado Código Postal

Raza/Étnico (opcional): Blanco Afro Americano Asiático/ Isleño del Pacífico Hispánico Americano Nativo Otro: _____

Condición, Tamaño de la Familia

Nombre de la Madre: _____ / _____ / _____ SS# _____ / _____ / _____
 Apellido Primer Nombre Inicial Apellido de Soltera

Domicilio: _____
 Calle/PO Box Ciudad/Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

Nombre del Padre: _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS# _____ / _____ / _____
 Apellido Primer Nombre Inicial

Domicilio: _____
 Calle/P.O. Box Ciudad/Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

¿CAUL ES EL INGRESO ANUAL DE SU FAMILIA? _____

¿Si los padres están divorciados, quién tiene custodia legal? Madre Padre Combinado Otro-Especifique _____

¿Si la persona solicitando por el niño/a es el guardián legal, o el padre adoptivo, se le ha emitido una carta de Tutela? Si No
SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ENVIE UNA COPIA DE DE LA CARTA DE TUTELA O DOCUMENTOS DE ADOPCION CON ESTA FORMA.

¿Está la corte a cargo de su niño/a? Si No Si su respuesta es si, ¿en que Condado? _____

Si su niño/a fue colocado fuera de su custodia por una agencia, favor de proveer nombre, condado y número de teléfono:

Agencia _____ Condado _____ Teléfono# (____) _____

Indicar el número de miembros de familia inmediata que son mantenidos con los ingresos de la familia: _____ Adultos _____ Niños/as

Por favor anote a los miembros de familia que viven en su residencia y especifique el parentesco al niño/a

NOMBRE	PARENTESCO	Numero de CCS	NOMBRE	PARENTESCO	Numero de CCS

(OTRO LADO)

INFORMACIÓN RESIDENCIAL SOBRE PADRE/MADRE/NIÑO/A

Domicilio anterior: _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

¿Cuanto tiempo en el domicilio anterior? _____ ¿En que estado reportó sus impuestos el año pasado? _____

¿Registrado para votar? [] Si [] No ¿Si su respuesta es si, en que Condado? _____

Solamente si esta activo/a en el Servicio Militar: ¿Estado de Designacion? _____

Por favor envíe una copia de dos (2) de los artículos, si los tiene disponibles:

*Recibo de alquiler, Contrato o Declaración de Hipoteca [] Recibo de Utilidades [] Licencia de Manejar de California [] Identificación de

California o Registro de Vehículo de California [] Comprobante de Trabajo en California [] Prueba de Asistencia Monetaria en California

Servicios Solicitados e Historial de CCS

¿Antes había tenido su niño/a cobertura de CCS? [] Si [] No ¿En que Condado? _____ # CCS: _____

El Centro Regional sabe de su niño/a [] Si [] No

Doctor Actual: _____
Nombre Número de Teléfono

¿Es su niño/a es examinado regularmente por un pediatra? [] Si [] No ¿Si su respuesta es no, le gustaría ser referido/a a un pediatra? [] Si [] No

Favor de indicar que servicios está solicitando del CCS: _____

Es requerida la firma del Solicitante, Padre/Madre o Guardián Legal quién completó esta forma:

Firma Parentesco al niño/a Fecha

*****FORMA NO ESTÁ COMPLETA AL MENOS QUE ESTÉ FIRMADA*****

For CCS Office Use Only (Solamente Para Uso De La Oficina Del CCS)

Medi-Cal Eligibility

Income <200% poverty [] Yes [] No
Referred to Medi-Cal [] Yes [] No
If referred, date referral sent ____/____/____

Enrollment Fee

Total Gross income: \$ _____
Source: [] 1040 [] Other _____
Family Size: _____
Fee: [] Exempt, <200% poverty
[] Exempt, [] Other _____
[] No fee, based on family size & Income
[] Annual enrollment fee \$ _____

Income

AGI (20____) \$ _____
Source: [] 540 [] 1040 [] Other _____

Income >40,000 [] Yes [] No

20% of AGI = \$ _____

Estimated Cost of Care = \$ _____

Estimated Out of Pocket = \$ _____

Assessment Fee

[] Yes [] No

Eligibility Determination

Residentially Eligible [] Yes [] No

Financially Eligible [] Yes [] No

Unable to determine eligibility [] Yes [] No

Reason: _____

COMPLETED BY _____

DATE _____