COUNTY MEDICAL SERVICES

AGREEMENT TO REIMBURSE THE COUNTY OF SAN DIEGO

I, _____, agree as follows:

The County of San Diego promises to pay for necessary medical services covered by the County's Medical Services ("CMS") program as long as I am eligible for those services. In return, if and when the County requests repayment, I agree to repay all money paid on my behalf for my care as long as repayment is required by law. I have received an informational notice from the County setting forth the County's legal rights and limitations on repayment.

I further understand and agree that an account will be established by the County of San Diego to document all payments made on my behalf through the CMS program and that the County from time to time may ask about my financial ability to repay all or part of my CMS account.

I acknowledge and understand that my CMS account will remain open and active until all amounts are repaid.

I agree that I will inform the County when my financial status changes, including, but not limited to the following: when my wages are substantially increased, if I receive money from a third party or an insurance company as a result of an injury caused by the third party, if I receive money from any lottery or other winnings, and if I receive any other substantial income of any kind. I understand that failure to report any change in my financial status is a violation of this Agreement. I also understand that if I violate this Agreement, the balance of my account may become immediately due and payable at the discretion of the County.

This Agreement is binding upon me, my heirs, executors, administrators, personal representatives and assignees.

Dated:_____

Signature:_____

Print Name:_____

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES

ACUERDO DE REEMBOLSAR EL CONDADO DE SAN DIEGO

Yo, _____, estoy de acuerdo con lo siguiente:

El Condado de San Diego promete pagar por servicios médicos necesarios que son cubiertos por el programa County Medical Services ("CMS") mientras que yo sea elegible para esos servicios. A cambio, si y cuando el Condado solicite el reembolso, consiento en pagar todo dinero pagado de mi parte mientras que el reembolso sea requerido según la ley. He recibido un aviso informativo del Condado declarando los derechos legales del Condado y las limitaciones del reembolso.

Yo entiendo además y estoy de acuerdo que una cuenta será establecida por el Condado de San Diego para documentar todos los pagos hechos de mi parte por el programa CMS y que el Condado de vez en cuando puede preguntar sobre mi capacidad financiera de reembolsar toda o parte de mi cuenta con el programa CMS.

Reconozco y entiendo que mi cuenta con el programa CMS permanecerá abierta y activa hasta que todas las cantidades sean reembolsadas.

Estoy de acuerdo en informarle al Condado cuando mi estado financiero cambie, incluso, pero no limitado a lo siguiente: cuando mis ingresos aumenten, si recibo dinero de una tercera persona o compañía de seguro como resultado de una herida causada por esa tercera persona, si recibo dinero de alguna lotería u otras ganancias, y si recibo alguna otra clase de ingreso. Entiendo que la falta de reportar cualquier cambio de mi estado financiero es una violación de este Acuerdo y que el balance de mi cuenta pueda que inmediatamente se deba y se de pagar a la discreción del Condado.

Este Acuerdo es obligatorio sobre mi persona, mis herederos, ejecutores, administradores, representantes personales y designados.

Fecha:_____

Firma:_____

Nombre con Letra de Molde:_____

SAMPLE

County Medical Services (CMS)
CREDIT CHECK AUTHORIZATION

NOTIFICATION THAT A CREDIT REPORT WILL BE RUN

You are authorizing the San Diego County CMS Program under the Fair Credit Reporting Act to obtain information from your personal credit profile or other information from Experian.

Your signature below provides the San Diego County CMS Program with your permission to obtain this information.

You have a right under the FCRA (Fair Credit Reporting Act) to know the information contained in your credit report.

To obtain a copy of your report you can request it in one of the following ways:

Website: annualcreditreport.com

Toll Free: (877)322-8228

By Mail: Annual Credit Report Request Service
P. O. Box 105281
Atlanta, GA 30348-5281

I have read this disclosure, understand my rights under the FCRA and give my permission to obtain this information.

_____ ( ) _____
Print Full Name of Applicant Telephone Number

_____ _____
Signature of Applicant Date

FOR COUNTY USE ONLY:

Check box if applicable

☐ The applicant refused to sign the Credit Check Authorization

County Staff Signature

Print Name Date

SAMPLE

County Medical Services (CMS)
CREDIT CHECK AUTHORIZATION
(AUTORIZACION PARA EXAMINAR CREDITO)

NOTIFICACION QUE SERA EXAMINADO UN REPORTE DE CREDITO

Usted está autorizando al programa CMS del Condado de San Diego bajo el Fair Credit Reporting Act (FCRA) que obtenga información sobre el reporte de su crédito personal u otra información de la compañía Experian.

Su firma abajo da permiso al programa CMS del Condado de San Diego que obtenga esta información.

Usted tiene el derecho bajo el FCRA de saber qué información contiene su reporte de crédito.

Use una de las siguientes maneras para obtener una copia de su reporte:

Vía el Web: annualcreditreport.com
Llamada Gratuita: (877) 322-8228
Por Correo: Annual Credit Report Request Service
PO Box 105281
Atlanta, GA 30348-5281

He leído esta notificación, doy permiso de obtener esta información y entiendo mis derechos bajo el FCRA.

_____ ( ) _____
Nombre Completo del Solicitante (Letra de Molde) Número de Teléfono

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha

FOR COUNTY USE ONLY:

Check box if applicable

☐ The applicant refused to sign the Credit Check Authorization

County Staff Signature

Print Name Date

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES (CMS) PROGRAM

REQUEST FOR VERIFICATION(S)

Date: _____

NAME:

CMS Representative:
Phone:
Address:
RETRO TEAM
PO Box 85524 / MS: 0557-A
San Diego CA 92186-85524

Claim # _____

DUE:

Dear Sir or Madam,

County Medical Services has received your Claim Form for reimbursement or repayment from the CMS Class Action Lawsuit.

We are unable process your claim because documents and/or verifications required for the evaluation were not provided.

We need the items listed below to determine your eligibility for CMS. Please return the requested items listed below within ten (10) days (the due date is listed above) in the envelope provided; otherwise your claim will not be processed and/or will be denied for failure to provide required documentation.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

SAMPLE

IMPORTANT INFORMATION

YOU MAY CALL THE CMS REPRESENTATIVE AT THE ABOVE NUMBER IF YOU:

- **NEED MORE TIME, OR**
- **HAVE QUESTIONS ABOUT THIS LETTER OR**
- **NEED ASSISTANCE**

YOU MAY FAX YOUR INFORMATION TO:

(858) 492-2265 Attn: RETRO TEAM

PROGRAMA COUNTY MEDICAL SERVICES (CMS)

LISTA DE VERIFICACIONES

Fecha: _____

NOMBRE:

Representante De CMS:
Teléfono:
Dirección:
RETRO TEAM
PO Box 85524 / M. S. 0557-A
San Diego, CA 92186-5524

No. de Reclamo: _____

FECHA DE VENCIMIENTO:

SAMPLE

Estimado Señor o Señora,

El programa de County Medical Services (CMS) ha recibido su forma de reclamo para reembolso o devolución de pago de la demanda de CMS.

No pudimos procesar su reclamo debido a que no proporcionó ciertos documentos y/o verificaciones que se requieren para la evaluación.

Necesitamos los documentos que se encuentran en la lista de abajo para determinar su elegibilidad para CMS. Por favor regrese los documentos de la lista de abajo dentro un plazo de diez (10) días (la fecha de vencimiento se encuentra arriba) en el sobre que le dimos; de otra manera su reclamo no será procesado y/o será negado por no entregar los documentos requeridos

_____

_____

_____

_____

INFORMACIÓN IMPORTANTE

USTED PUEDE LLAMAR AL REPRESENTANTE DE CMS AL NÚMERO DE ARRIBA SI:

- **NECESITA MÁS TIEMPO O**
- **TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTA CARTA O SI NECESITA ASISTENCIA**

PUEDE ENVIAR POR FAX SU INFORMACIÓN AL:

(858) 492-2265 Attn: RETRO TEAM

COUNTY MEDICAL SERVICES (CMS) PROGRAM

2nd REQUEST FOR VERIFICATION(S)

Date: _____

NAME:

CMS Representative:
Phone:
Address:
RETRO TEAM
PO Box 85524 / MS: 0557-A
San Diego CA 92186-85524

Claim #

DUE:

Dear Sir or Madam:

This letter is a reminder that you still need to provide documents and/or verifications that are required to determine eligibility to CMS.

These verifications were previously requested on: _____

Please return the requested items listed below within ten (10) days (the due date is listed above) in the envelope provided.

THERE WILL BE NO OTHER REQUESTS SENT TO YOU

Failure to provide the items listed below will be considered a refusal to cooperate with the County in providing verifications needed to determine your CMS eligibility and your claim will be denied.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

SAMPLE

IMPORTANT INFORMATION

YOU MAY CALL THE CMS REPRESENTATIVE AT THE ABOVE NUMBER IF YOU:

- **NEED MORE TIME, OR**
- **HAVE QUESTIONS ABOUT THIS LETTER, OR**
- **NEED ASSISTANCE**

YOU MAY FAX YOUR INFORMATION TO:

(858) 492-2265 Attn: RETRO TEAM

PROGRAMA COUNTY MEDICAL SERVICES (CMS)
SEGUNDO RECORDATORIO DE VERIFICACIONES

Fecha:

Nombre:

Representante De CMS:
Teléfono:
Dirección:
RETRO TEAM
PO BOX 85524
San Diego, Ca 92186-9658

No. De Reclamo:

FECHA DE VENCIMIENTO:

Estimado Señor o Señora:

Esta carta es un recordatorio de que necesita entregar documentos y/o verificaciones necesarios para poder determinar su elegibilidad para CMS.

Estas verificaciones se le pidieron anteriormente el día _____.

Por favor envíe por correo los documentos requeridos que se encuentran en la lista de abajo dentro de diez (10) días (la fecha de vencimiento se encuentra arriba) en el sobre que le hemos incluido.

NO SE LE ENVIARÁ OTRO AVISO DE RECORDATORIO

El no proporcionar los documentos necesarios mencionados en la lista de abajo se considerará como una acción negativa de su parte por no cooperar con el Condado para determinar su elegibilidad de CMS y su reclamo será negado.

SAMPLE

INFORMACIÓN IMPORTANTE

USTED PUEDE LLAMAR AL REPRESENTANTE DE CMS AL NÚMERO DE ARRIBA SI:

- **NECESITA MÁS TIEMPO O**
- **TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTA CARTA O SI NECESITA ASISTENCIA**

PUEDE ENVIAR POR FAX SU INFORMACIÓN AL:

(858) 492-2265 Attn: RETRO TEAM

MAXIMUM ALLOWABLE EXPENSE CHART

	Maximum Allowable Expense									
	Effective 1/24/04 - 6/30/04		Effective 7/1/04 - 6/30/05		Effective 7/1/05 - 6/30/06		Effective 7/1/06 - 6/30/07		Effective 7/1/07 - 11/30/07	
	for 1	for 2	for 1	for 2	for 1	for 2	for 1	for 2	for 1	for 2
Housing/Utilities	$659	$886	$683	$914	$702	$939	$719	$966	$748	$1,002
Transportation	$352	$474	$365	$489	$375	$502	$384	$517	$400	$536
Food	$190	$258	$197	$266	$203	$273	$208	$281	$217	$291
Miscellaneous (includes clothing, personal)	$85	$113	$88	$117	$90	$120	$92	$124	$96	$129
Allowable Out-of -Pocket Health Care Expense Allowance	$135	$181	$140	$187	$144	$192	$147	$198	$153	$205
Taxes (state and federal taxes deducted from the applicant's earnings, SDI, Social Security, and Medicare.)	Actual									
Court Ordered Payments (e.g., current child support and alimony)	Actual									
Payments on Prior Medical Debt	Actual									

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

Date: _____

To _____

_____

_____

Case/List ID # : _____

CMS Representative: _____

Phone: _____

Location: Retro Team M.S. 0557-A

Address: P.O. Box 85224 San Diego, CA 92186

Your CMS Class Action Claim for past CMS coverage dated ___/___/___ has been denied because:

- ☐ Your original application was denied for multiple reasons in addition to excess income. To qualify as a potential CMS Lawsuit Class Member, you must have been denied CMS during the period of January 24, 2004 through November 30, 2007, solely because your monthly income was higher than the CMS income limit then in effect.
- ☐ Your original application was denied for reasons other than excess income. To qualify as a potential CMS Lawsuit Class Member, you must have been denied CMS during the period of January 24, 2004 through November 30, 2007, solely because your monthly income was higher than the CMS income limit then in effect.
- ☐ You had no medical or dental related expenses in San Diego County in the month you applied, or during the 6 months following the month you applied, for the period of January 24, 2004 through November 30, 2007.
- ☐ You were eligible to Medi-Cal during this time, and Medi-Cal should be billed for these services.
- ☐ Your claim form was incomplete and/or you did not provide the information needed to determine your status as a potential CMS Lawsuit Class Member.

If you disagree with this action you have the right to ask for an Administrative Review. You must file your request within 14 calendar days after the date of this notice by writing to or calling:

SAN DIEGO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CMS CLASS MEMBER DENIAL APPEAL CLERK
P.O. BOX 85224 M.S. 0557-A
SAN DIEGO, CA 92186
PHONE: 1-800-587-8118 (Option #7)

If you do not ask for the Administrative Review in time, you must present evidence of good cause for missing the 14-day deadline at the hearing.

If you need help filing your Administrative Review the Consumer Center for Health Education and Advocacy may be able to give you free help with any questions or with the appeal of your case. Their toll free telephone number is 1-877-734-3258. You may also get help by calling the toll-free number for the Western Center on Law and Poverty at 1-800-405-8795.

CMS Regulations: Superior Court of California, County of San Diego No. GIC841583

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES

NOTIFICACION DE ACCION

Fecha: _____

Para _____

_____

_____

Numero de Caso/Lista: _____

Representante de CMS: _____

Teléfono: _____

Ubicación: Retro Team/M.S. 0557-A

Dirección: P.O. Box 85224 San Diego, CA 92186

Su reclamo a la demanda colectiva con respecto a cobertura anterior de CMS con fecha _____ ha sido negada por lo siguiente:

☐ Su solicitud original fue negada por varios motivos además de por exceso de ingreso. Para poder calificar como posible miembro a la demanda colectiva, usted necesita haber sido negado al programa de CMS durante el periodo de Enero 24, 2004 a Noviembre 30, 2007, debido a que su ingreso mensual excedía el límite de ingreso del programa de CMS que estaba en efecto durante ese tiempo.

☐ Su solicitud original fue negada por otras razones, no por exceso de ingreso. Para poder calificar como posible miembro a la demanda colectiva, usted necesita haber sido negado el programa de CMS durante el periodo de Enero 24, 2004 a Noviembre 30, 2007, debido a que su ingreso mensual excedía el límite de ingreso de el programa de CMS que estaba en efecto durante ese tiempo.

☐ Usted no tuvo ningún gasto de servicios médicos o dentales en el Condado de San Diego en el mes que usted solicito CMS, o durante los siguientes 6 meses después del mes que usted solicito, durante el periodo de Enero 24, 2004 a Noviembre 30, 2007.

☐ Usted era elegible al programa de Medi-Cal durante este tiempo y debe mandar los cobros por estos servicios médicos al programa de Medi-Cal.

☐ Su forma de reclamo fue recibida incompleta y/o no proporciono la información necesaria para determinar su condición como posible miembro a la demanda colectiva.

Si usted no está de acuerdo con esta acción, usted tiene derecho a pedir una Revisión Administrativa. Usted puede presentar su petición dentro de 14 días después de la fecha de esta notificación escribiendo o llamando a:

SAN DIEGO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CMS CLASS MEMBER DENIAL APPEAL CLERK
P.O. BOX 85224 M.S. 0557-A
SAN DIEGO, CA 92186
TELEFONO: 1-800-587-8118 (Opción #7)

Peticiones recibidas después de 14 días serán consideradas solamente si usted presenta una buena causa que le impidió hacerlo a tiempo.

Si usted necesita ayuda en presentar su petición, el Centro del Consumidor Para Educación Sobre La Salud y Defensa puede ayudarle con cualquier pregunta o darle información gratuita de cómo llevar acabo su petición. El teléfono es 1-877-734-3258; la llamada es gratuita. También puede recibir ayuda por medio del Centro Western Law and Poverty. El teléfono es 1-800-405-8795; la llamada es gratuita.

CMS Reglamentos: Corte Superior de California, Condado de San Diego No. GIC841583

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES

NOTICE OF ACTION

Date: _____

Case/List ID # : _____

CMS Representative: _____

To _____

Phone: _____

_____

Location: Retro Team/M.S. 0557-A

_____

Address: 8840 Complex Dr., San Diego, CA 92123

The following action has been taken on your **CMS CLASS ACTION CLAIM FORM** and/or **APPLICATION FOR CMS HARDSHIP**:

- ☐ Your **CLAIM** has been approved from _____ through _____ with no Monthly Share of Cost
- ☐ Your **CLAIM** has been approved from _____ through _____ with no Monthly Share of Cost
- ☐ Your **CLAIM** and **APPLICATION FOR CMS HARDSHIP** has been approved with the Monthly Share of Cost of $_____ from _____ through _____.
- ☐ Your **CLAIM** and **APPLICATION FOR CMS HARDSHIP** has been approved with the Monthly Share of Cost of $_____ from _____ through _____.

Your Monthly Share of Cost was determined as follows:

	Total Gross Monthly Income	
-	Total Monthly Allowable Non-Discretionary Expenses	-
=	Monthly Share of Cost	=

Share of Cost is the amount you must pay or be obligated to pay toward the cost of your CMS covered health care services in any month which you received CMS services. In any month you receive CMS services, you will be billed by the County for your share of cost or the amount of CMS services, whichever is less. You will not be billed for any months in which you did not receive CMS services.

CMS provides medical services for serious health problems. This eligibility approval does not imply that CMS will pay for all of the services claimed. CMS will review all provider claims to determine if the health care service is within the CMS scope of services.

If you disagree with this action you have the right to ask for an Administrative Hearing. You must file your appeal within 14 calendar days after the date of this notice by writing to or calling:

SAN DIEGO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
APPEALS SECTION-GR/CMS CALENDAR CLERK
4990 VIEWRIDGE AVENUE
SAN DIEGO, CA 92123
PHONE: (858) 514-6887

If you do not ask for the hearing in time, you must present evidence of good cause for missing the 14-day deadline at the hearing.

If you need help filing your appeal the Consumer Center for Health Education and Advocacy may be able to give you free help with any questions or with the appeal of your case. Their toll free telephone number is 1-877-734-3258. You may also get help by calling the toll-free number for the Western Center on Law and Poverty at 1-800-405-8795.

CMS Regulations: Superior Court of California, County of San Diego No. GIC841583

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES

NOTIFICACON DE ACCION

Fecha: _____

Número de Caso//Lista_____

Representante de CMS: _____

Para _____

Teléfono: _____

_____

Ubicación: Retro Team/M.S. 0557-A

_____

Domicilio: 8840 Complex Dr., San Diego, CA 92123

La siguiente acción se ha tomado sobre su **FORMA DE UNA DEMANDA COLECTIVA** y/o **SOLICITUD POR CIRCUNSTANCIA EXTREMA DE CMS**:

- ☐ Su **RECLAMO** ha sido aprobado a partir del _____ hasta el _____ sin Parte de Costo Mensual
- ☐ Su **RECLAMO** ha sido aprobado a partir del _____ hasta el _____ sin Parte de Costo Mensual
- ☐ Su **RECLAMO** y la **SOLICITUD POR CIRCUNSTANCIA EXTREMA DE CMS** ha sido aprobada con Parte de Costo Mensual de $_____ a partir del _____ hasta el _____.
- ☐ Su **RECLAMO** y la **SOLICITUD POR CIRCUNSTANCIA EXTREMA DE CMS** ha sido aprobada con Parte de Costo Mensual de $_____ a partir del _____ hasta el _____.

Su Parte de Costo Mensual fue determinado de la siguiente manera:

Ingreso Bruto Mensual en Total	
- Gastos Mensuales In-Discrecionales Admisible en Total	-
= Parte de Costo Mensual	=

Parte de Costo es la cantidad que usted debe pagar u obligarse a pagar cada mes hacia el costo de sus servicios médicos que cubre CMS. Cualquier mes que usted reciba servicios médicos del programa CMS, el Condado le cobrará la cantidad de su parte de costo o la cantidad de sus servicios médicos, la cantidad que sea menor. Usted no recibirá un cobro por ningún mes en el cual usted no recibió servicios médicos de CMS.

CMS provee servicios médicos para problemas serios de salud. Esta aprobación no implica que todos los servicios serán cubiertos por CMS. CMS hará una determinación médica por cada servicio de cuidado médico que usted reciba cada vez para determinar si el servicio médico es parte del criterio de cobertura del programa CMS.

Si usted no está de acuerdo con esta acción, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia Administrativa. Debe solicitar la audiencia dentro de catorce (14) días consecutivos después de la fecha de este aviso escribiendo o llamando a:

SAN DIEGO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
APPEALS SECTION-GR/CMS CALENDAR CLERK
4990 VIEWRIDGE AVENUE
SAN DIEGO, CA 92123
PHONE: (858) 514-6887

Peticiones recibidas después de 14 días serán consideradas solamente si usted presenta una buena causa que le impidió hacerlo a tiempo.

Si usted necesita ayuda en presentar su petición, el Centro del Consumidor Para Educación Sobre La Salud y Defensa puede ayudarle con cualquier pregunta o darle información gratuita de cómo llevar acabo su petición. El teléfono es 1-877-734-3258; la llamada es gratuita. También puede recibir ayuda por medio del Centro Western Law and Poverty. El teléfono es 1-800-405-8795; la llamada es gratuita.

Reglamentos de CMS: Corte Superior de California, Condado de San Diego No. GIC841583

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICE OF ACTION

Date: _____

Case/List ID # : _____

CMS Representative: _____

To: _____

Phone: _____

Location: Retro Team MS: 0557A

Address: P.O. Box 85224 San Diego, CA 92186

☐ Your **CMS CLASS ACTION CLAIM FORM** dated ___/___/___for the month --- is denied for the following reason(s):

- ☐ Not a Citizen/Eligible Alien
- ☐ Not a County Resident
- ☐ Excess Property
- ☐ Medi-Cal Linkage
- ☐ Your CMS net income is more than 350% of the Federal Poverty Level (FPL)

Source of Income: _____
Gross Income: $ _____
Deductions: $ _____
CMS Net Income: $ _____
350% FPL: $ _____
Excess Income: $ _____

- ☐ You failed to Provide:
  - ☐ Application for CMS Hardship (CMS-01L/CMS-01L (Sp))
  - ☐ Agreement to Reimburse the County of San Diego (CMS-106L/CMS-106L (Sp))
  - ☐ Other (list): _____
- ☐ Insufficient Verification of _____
- ☐ Other _____
- ☐ Explanation of above _____

If you disagree with this action, you have the right to request an Administrative Hearing. You must do this within fourteen (14) calendar days after the date of this notice by writing or calling:

SAN DIEGO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
APPEALS SECTION-GR/CMS CALENDAR CLERK
4990 VIEWRIDGE AVENUE
SAN DIEGO, CA 92123
PHONE: (858) 514-6887

Requests submitted after 14 days shall only be considered if you present good cause for missing the deadline.

The Consumer Center for Health Education and Advocacy may be able to offer you free help with any question or with your appeal. For more information call 1-877-734-3258.

CMS Regulations: Superior Court of California, San Diego County No. GIC841583

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES
NOTICIA DE ACCION

Fecha: _____

Número de Caso/Lista: _____

Representante de CMS: _____

Para: _____

Teléfono: _____

Ubicación: Retro Team/M.S. 0557-A

Dirección: P.O. Box 85224 San Diego, CA 92186

☐ Su **FORMA DE RECLAMO DE UNA DEMANDA COLECTIVA** con fecha ___/___/___ para el mes de --- ha sido negada por la(s) siguiente(s) razon(es):

- ☐ No es Ciudadano/Extranjero Elegible
- ☐ Exceso de Propiedad
- ☐ No es Residente del Condado
- ☐ Está Unido con Medi-Cal
- ☐ El ingreso neto para el Programa CMS es más de 350% del Nivel de Pobreza Federal (FPL)

Fuente de Ingresos: _____
Ingreso Bruto: $ _____
Deducciones: $ _____
Ingreso Neto Para CMS: $ _____
350% FPL: $ _____
Exceso de Ingreso: $ _____

- ☐ Falta de Proporcionar:
  - ☐ La solicitud por Circunstancia Extrema de CMS (CMS-01L (SP))
  - ☐ El Acuerdo de Reembolsar el Condado de San Diego (CMS-106L (SP))
  - ☐ Otro(Anote): _____
- ☐ Verificación insuficiente de _____
- ☐ Otra razón _____
- ☐ Explicación de lo de arriba _____

Si usted no está de acuerdo con esta acción, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia Administrativa. Debe solicitar la audiencia dentro de catorce (14) días consecutivos después de la fecha de este aviso escribiendo o llamando a:

SAN DIEGO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
APPEALS SECTION-GR/CMS CALENDAR CLERK
4990 VIEWRIDGE AVENUE
SAN DIEGO, CA 92123
PHONE: (858) 514-6887

Peticiones recibidas después de 14 días serán consideradas solamente si usted presenta una buena causa que le impidió hacerlo a tiempo.

El Centro Del Consumidor Para Educación Sobre La Salud y Defensa De Sus Derechos puede darle información gratuita de como llevar acabo su apelación. Para más información llame al 1-877-734-3258.

Reglamentos de CMS: Corte Superior de California, Condado de San Diego No. GIC841583

SAMPLE

COUNTY MEDICAL SERVICES
RETRO TEAM NARRATIVE
LAWSUIT 2

Case Name:_____ Date of Application: _____

DOB: _____ SSN: _____

Entry Date	Description	Entered By

SAMPLE

CLASS MEMBER APPEALS LOG - LAWSUIT 2

Instructions: Complete column (A) to record the date of the request for hearing. Complete column (B) recording the patient's name. Complete column (C) with the List ID # for the claim being appealed. (Note: It is possible that the patient received multiple claim forms, each with a separate List ID#).

Complete (D) with the date of the written appeal decision.

(A)	(B)	(C)	(D)
File Date	Name	List ID #	Decision date

SAMPLE