

# MEDICALLY INDIGENT SERVICES PROGRAM (MISP)

*The Medically Indigent Services Program (MISP) began in Riverside County in 1983. It provides financial assistance for the health needs of adults. The program covers acute illnesses and medical care to prevent disability. The goal of the program is to reduce costly hospital stays. It also helps to increase your ability to work.*



## MISP IS NOT INSURANCE

MISP is for people who suffer trauma or have other emergency needs. Indigent medical services is mandated by the State of California. The Riverside County Board of Supervisors directs the eligibility criteria and scope of services covered.

## TO OBTAIN MISP

### You must:

- Show proof that you are a legal resident of Riverside County for more than 30 days
- Complete an MISP application form
- Be an adult between the ages of 21 and 64
- Show proof of income
- Show proof of identity

### You must NOT:

- Be insured or have access to a health plan
- Have a valid Visitor's visa
- Be in Riverside County for the sole purpose of rehabilitation
- Be in a Skilled Nursing Home (SNF) or Institution for Mentally Disabled (IMD)

If you meet the criteria, then you may be granted up to 12 months of eligibility. You must report changes in your income, living circumstances, or if you apply or become eligible for other health benefits. If you do not, then your eligibility could be revoked to the date of the change of status. The County of Riverside reviews status on a random basis during the 12 month period.

## CO-PAYMENTS

You are required to pay co-pays prior to receiving medical care or medications. This may be in addition to a share-of-cost payment if you qualify under the MISP eligibility criteria and have income more than 139% percent of the Federal Poverty Level.

Co-pays and share-of-cost payments are collected prior to the time of service. If you fail to pay the co-pay or share-of-cost payment at the time of service, then your visit will be rescheduled. Medications will be held until you pay your co-pay or share-of-cost. You will not be denied health care services for life threatening emergency care.

## Co-pays are:

- \$2.00 per prescription
- \$5.00 per outpatient visit, such as doctors or special visits
- \$10.00 per emergency room visit
- \$0.00 per ancillary service such as lab; x-rays; chemo or radiation treatment; or physical, speech or occupational therapy

## Building Address:

Medically Indigent Services Program  
7888 Mission Grove Pkwy, Suite 201  
Riverside, CA 92508  
Monday to Friday:  
7:00 a.m. to 4:00 p.m.  
877-501-5085

## MEDICAL CARE

MISP health care services are provided through Riverside University Health System – Medical Center or the clinics listed below. MISP will not pay for treatment at a private hospital.



## PRIMARY AND SPECIALTY IN –AND OUTPATIENT CARE

### **Riverside University Health System – Medical Center**

26520 Cactus Ave  
Moreno Valley, CA 92552  
951-486-4000

---

### **EMERGENCY DENTAL SERVICES**

#### **Central City Dental**

65005 Arlington Ave  
Riverside, CA 92504  
951-352-8318

#### **Clinicas de Salud del Pueblo Dental Mecca Clinic**

91275 66<sup>th</sup> Ave. Ste 300  
Mecca, CA 92254  
760-396-0521

---

### **CARE CLINICS**

**800-720-9553 - Appointments**

#### **Banning Family Care Center**

3055 W. Ramsey St.  
Banning, CA 92220  
951-849-6794

#### **Corona Family Care Center**

2813 S. Main St.  
Corona, CA 92882  
951-272-5445

#### **Hemet Family Care Center**

880 North State St.  
Hemet, CA 92543  
951-766-2450

#### **Indio Family Care Center**

47923 Oasis St.  
Indio, CA 92201  
760-863-8283

#### **Jurupa Family Care Center**

9415 Mission Blvd  
Riverside, CA 92509  
951-360-8795

#### **Don Schroeder Family Care Center**

5256 Mission Blvd  
Riverside, CA 92509  
951-955-0840

#### **Lake Elsinore Family Care Center**

2499 E. Lakeshore Dr.  
Lake Elsinore, CA 92530  
951-471-4200

#### **Moreno Valley Community Health Cntr.**

23520 Cactus Ave.  
Moreno Valley, CA 92553  
951-867-3967

#### **Riverside Neighborhood FCC**

7140 Indiana Ave  
Riverside, CA 92504  
951-358-6000

#### **Palm Springs Family Care Center**

1515 North Sunrise Way  
Palm Springs, CA 92262  
760-778-2210

#### **Dr. Robert Bruce Reid HealthClinic**

308 San Jacinto Ave.  
Perris, CA 92570  
951-940-6700

#### **Neighborhood Healthcare –**

**Temecula** 41840 Enterprise Circle N.  
Temecula, CA 92590  
951-225-6400

#### **Clinicas de Salud Del Pueblo Inc Blythe Family Health Center**

321 Hobson Way, Ste C  
Blythe, CA 92225  
760-922-4981

#### **Clinicas de Salud Del Pueblo Inc Mecca Medical Clinic**

91275 66<sup>th</sup> Ave. Ste 500  
Mecca, CA 92254  
760-396-1249

#### **Clinicas de Salud Del Pueblo Inc Coachella Health Clinic**

50249 Harrison St. Unit K  
Coachella, CA 92236  
760-393-0555

#### **Borrego Community Health Foundation Centro Medico Oasis**

88-775 Avenue 76, Ste 1  
Thermal, CA 92274  
760-397-2501

#### **Borrego Community Health Foundation Centro Medico Coachella**

55-497 Van Buren St.  
Coachella, CA 92236  
760-399-4526

#### **Borrego Community Health Foundation Centro Medico Cathedral City**

69175 Ramon Rd. Bld. A  
Cathedral City, CA 92234  
760-321-6776

#### **Borrego Community Health Foundation Desert Hot Springs Community Health Center**

66-675 Pierson Blvd  
Desert Hot Springs, CA 92240  
760-676-5240

**THE MISPPROGRAM DOES NOT COVER BEHAVIORAL HEALTH SERVICES OR PRESCRIPTIONS. IF YOU NEED THIS TYPE OF CARE, CONTACT:**

#### **Arlington Mental Health Facility**

9990 County Farm Rd. Ste 4  
Riverside, CA 92503  
951-358-4700



## CLIENT RESPONSIBILITY

### COUNTY RESIDENCY

You must prove that you have been a resident of Riverside County for a minimum of 30 days.

All verifications for residency **MUST** be dated more than 30 days prior to date of service or date of application.

Acceptable documents are **a copy of one of the following**:

- 1) Mail postmarked in the name of the applicant with a physical address.
- 2) Utility bill in the name of the applicant for the month prior to the application or the date of service.
- 3) Rental agreement and receipts with rental history in the name of the applicant.
- 4) **Other:** \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION

We request that you provide a document of identification.

Acceptable documents are **a copy of one of the following**:

- 1) Driver's license
- 2) Identification card from the Department of Motor Vehicles. (**DMV**)
- 3) Photo Identification issued by a foreign government
- 4) Original birth certificate

### SOCIAL SECURITY NUMBER

We require that you provide a **copy** of your Social Security card or receipt.

### FOR THOSE WHO DECLARE AN IMMIGRATION STATUS

You must provide proof of your immigration status, for example a **copy of**:

- 1) Alien card, Employment Authorization, Passport, Visa, Border Crossing Pass.
- 2) Receipt for Alien Card from the I.N.S. or receipt that you have filed for legal immigration or extension of current card.
- 3) **Other:** \_\_\_\_\_

### PROOF OF INCOME/MEANS OF SUPPORT

You must provide proof of income for yourself, spouse, significant other and all your dependents living with you.

Acceptable documents **are copies of one of the following, which applies to your situation**:

#### **If employed:**

- 1) Your most recent check stubs for you, your spouse, significant other and all your dependents for 4 consecutive weeks from work.
- 2) Letter from employer on business letterhead stating monthly gross income.

#### **If self-employed:**

- 1) **A copy** of the previous year's income tax or letter from IRS stating tax return not filed or last year filed.
- 2) Recent profit and loss statements for the entire months of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
- 3) Complete **copies** of bank statements for ALL accounts for the months of: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

#### **If not employed**

- 1) Current unemployment check stubs, application/denial and/or statement from EDD stating last time you were employed.
- 2) Current disability/workers compensation application, check stubs, award letter or denial.
- 3) Current retirement, pension or Social Security income.

#### **OTHER**

- 1) Proof of alimony payments received or paid with court order.
- 2) Proof of child support payments received or paid with court order.
- 3) Proof of CALWORKS, Cash Aid, General Relief (GR), Food Stamps/CalFresh, Housing, Foster Care income.
- 4) Letter from your previous employer stating last day employed.

### INSURANCE COVERAGE

If you, your spouse or significant other are employed, you must provide documentation whether health insurance coverage is offered through your employer. (**Form provided by MISP**)

**BANK STATEMENTS**

A complete **copy** of your most current Savings, Checking accounts (all pages), CD's (Certificate of Deposits).

**OTHER:** IRA accounts, 401K, Mutual Funds, Trusts, Life Insurance Policies, Stocks, and Annuities.

**FOR THOSE WHO HAVE APPLIED FOR MEDI-CAL, SSI (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME) OR SSD (SOCIAL SECURITY DISABILITY).**

Provide the status of your application for SSI, SSD, Medi-Cal. (Including date of current actions)  
Acceptable documents are **copies of the following:**

- 1) Most recent documentation from Social Security office. This includes applications, denials, appeals and/or acceptance and award letters.
- 2) Medi-Cal DAPD referral letter signed by Medi-Cal eligibility worker.
- 3) Proof of restricted Medi-Cal application, pending status (BIC card is not acceptable proof of application or pending status) and/or approval.
- 4) Letter of disability: Reason and length of your disability from a physician.
- 5) **Other:** \_\_\_\_\_

**COMPLETED THIRD PARTY LIABILITY FORM (TPL) (Form provided by MISP)**

**ADDITIONAL INCOME:** \_\_\_\_\_

**ADDITIONAL INFORMATION REQUIRED:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**YOU MAY BE REQUIRED TO PROVIDE MISP WITH MORE INFORMATION AFTER YOUR CASE HAS BEEN REVIEWED.**

# **MEMBER COPY**

## **MEMBER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES**

- I understand that I may withdraw my MISP application or discontinue my MISP eligibility by completing a Voluntary Request for Withdrawal of Application of Eligibility Form.
- I understand that upon submittal, this application becomes the property of the County of Riverside and will be placed in my MISP file.
- I understand MISP may revoke, change and/or deny eligibility at any time. You will be notified in writing of any changes in your eligibility. You may request a review of your eligibility status by either calling the MISP telephone number or writing the MISP office within ten (10) working days (from the notification date) to set up a review.
- I agree to report to MISP within ten (10) working days of any new applications for any other programs applied for or new activity on my Medi-Cal, SSI or SSD case. I understand that if I fail to report the changes on my Medi-Cal, SSI/SSD **I will be denied MISP.**
- I agree to notify MISP within ten (10) working days if there are any changes in my (or the person on whose behalf I am acting), income (increase or decrease), property (sold or purchased), expenses, the number of people in the household or any change in address.
- I understand that my eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank institution, credit verification, property searches and other government program such as Medi-Cal, Veterans, etc.
- I authorize the release of any information necessary to verify my eligibility.
- I understand that the County is required by law to keep any information I provide confidential.
- I further agree that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the County of Riverside from the proceeds of any litigation or settlement resulting from such act.
- I understand that based upon my financial ability to pay, that I may be required to pay a portion of the cost of medical care.
- I certify that the foregoing information is accurate and complete, and I authorize the release of any medical information to be disclosed to the administrator or their representative necessary to process eligibility or to perform utilization review. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original
- I understand that if my application is denied, the first step in appealing the denial is to contact MISP supervisor at (877) 501-5085 to set up an appointment with the MISP Appeals Supervisor.  
**An appeal does not guarantee eligibility.**
- I acknowledge that I have received a copy of these rights and responsibilities.
- I also acknowledge that I must apply for all other coverage, including medical insurance.
- I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.
- I also acknowledge that if I don't comply with the verifications by the due date, I may be denied eligibility.

**I understand that if I deliberately make false statements or withhold information, I (or the person whose behalf I am acting) may lose eligibility, be responsible for all incurred medical costs and/or be prosecuted for fraud.**

**Riverside County  
Medically Indigent Services Program (MISP)  
Application for Services**

MR# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Month Day Year Age

Sex: Male  Female

Mother's Maiden Last Name: \_\_\_\_\_

Birth City \_\_\_\_\_ Birth State \_\_\_\_\_ Birth Country \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_  
 Or P.O.Box \_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_  
 NO P.O.Box \_\_\_\_\_ (If different from mailing address) \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Telephone Number (Home) Message Phone Cell Phone

Please circle the following that applies to you: **"MUST ANSWER ALL QUESTIONS IN THE APPLICATION"**

<b><u>Language:</u></b>	<b><u>Education:</u></b>		
01 English	00 None	05 High school graduate	10 Advance degree
02 Spanish	01 Grade school incomplete	06 Attending college	11 College incomplete
03 Other	02 Grade school graduate	07 Associate college degree(AA)	
	03 Intermediate school graduate	08 Associate degree plus	
	04 High school incomplete	09 College degree	
<b><u>Marital status:</u></b>	<b><u>Ethnicity:</u></b>		
1. Single	1. Caucasian	7. Filipino	Current occupation? _____
2. Married (Legally)	2. Hispanic	8. Other	
3. Separated (Legally)	3. Black		Spouse's occupation? _____
4. Divorced	4. Asian Pacific		
5. Widowed	5. Native American		

Have you lived in Riverside County 30 days or more? [ ] Yes [ ] No

Are you a U.S. citizen? [ ] Yes [ ] No

If you are "**NOT**" a U.S. citizen.

Do you have **1) Legal Residency status? 2) Employment Authorization card?** [ ] Yes [ ] No (**If yes, circle which**)

Do you have **1) Foreign Passport 2) Tourist Visa 3) Border Crossing Pass?** [ ] Yes [ ] No (**If yes, circle which**)

Have you been petitioned for legal immigration Status? [ ] Yes [ ] No

Are you pregnant? [ ] Yes [ ] No Were you pregnant this month? [ ] Yes [ ] No

Do you or your spouse have any Relatives/Grandchildren under 21 years of age living with you and the Natural Parents are absent from the home? [ ] Yes [ ] No

Do you or your spouse have children under 21 years of age living in your home, and one of the Natural Parents is: deceased, disabled, unemployed, or absent from the home? [ ] Yes [ ] No

Do you **receive** or **have you applied** for any of the following? (**ANSWER FOR ALL PROGRAMS**)

**Yes No**

**APPLICATION:**

[ ] [ ] Social Security Disability (SSD)	Date _____	Current Status? _____
[ ] [ ] Supplemental Security Income (SSI)	Date _____	Current Status? _____
[ ] [ ] Medi-Cal	Date _____	Current Status? _____
[ ] [ ] Medi-Care	Date _____	Current Status? _____
[ ] [ ] State Disability Income (SDI)	Date _____	Current Status? _____

Are you or your spouse OFFERED private health insurance through either employer? [ ] Yes [ ] No

If yes, Name of Insurance \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_ Monthly Premium \_\_\_\_\_

Does anyone in your household have private health insurance? [ ] Yes [ ] No

Are you claimed as a dependant on anyone's income taxes? [ ] Yes [ ] No

If Yes, Name of the person claiming you: \_\_\_\_\_

Are you a full time student? [ ] Yes [ ] No, if Yes, are you covered under parents insurance? [ ] Yes [ ] No

Are you living in a rehabilitation center, shelter/ministry or sober living? [ ] Yes [ ] No

If yes, Facility name: \_\_\_\_\_ Entry Date: \_\_\_\_\_

**Have you had any recent medical services or emergency room visits?** [ ] Yes [ ] No

**If yes, Date:** \_\_\_\_\_ **Facility:** \_\_\_\_\_

Are your injuries due to an accident or a reported crime? [ ] Yes [ ] No If yes, explain? \_\_\_\_\_

Are you seeking medical services for work-related injuries? [ ] Yes [ ] No, If yes, explain \_\_\_\_\_

Has anyone in your household applied for MISP in the past? [ ] Yes [ ] No

If Yes: Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

List **ALL PERSONS LIVING IN THE HOUSE YOU ARE LIVING IN** (Including yourself, spouse, significant other & all dependants)

<u>First and Last Name</u>	<u>Social Security Number</u> (If known)	<u>Sex</u>	<u>Birth Date</u>	<u>Relationship</u>
1. _____	_____	M/F	_____	_____
2. _____	_____	M/F	_____	_____
3. _____	_____	M/F	_____	_____
4. _____	_____	M/F	_____	_____
5. _____	_____	M/F	_____	_____
6. _____	_____	M/F	_____	_____
7. _____	_____	M/F	_____	_____
8. _____	_____	M/F	_____	_____
9. _____	_____	M/F	_____	_____

Are you, your spouse, significant other or your dependants working? [ ] Yes [ ] No

<b>Person Working</b>	How often do you get paid?	Hours worked a week	Number of days worked a week	Gross income per month
1)				
2)				

<b>Company's Name</b>	<b>Company's Address</b>
1)	
2)	

Date you, your spouse/significant other were hired? \_\_\_\_\_

When was the last time you filed income taxes? \_\_\_\_\_

Are you, your spouse, significant other or your dependants self employed? [ ] Yes [ ] No

<b>Person Working</b>	Type of Business	Home Business?	Estimated monthly income after business expenses
1)		Yes [ ] No [ ]	
2)		Yes [ ] No [ ]	



Name of your Business	Address of your Business
1)	
2)	

Have you ever worked?  Yes  No

Are you able to work?  Yes  No **If Not,** When did you become disabled? \_\_\_\_\_

**Reason:** \_\_\_\_\_

How long do you anticipate that you will be disabled? \_\_\_\_\_

Reason for leaving previous employer: \_\_\_\_\_

If unemployed, when was the last date of your employment? \_\_\_\_\_

Do you, your spouse or significant other pay child support or spousal support (alimony) under a court order or based on an agreement with the District Attorney?  Yes  No

If yes, amount paid per month \$\_\_\_\_\_

To whom? \_\_\_\_\_ Last Payment date: \_\_\_\_\_

Do you or your spouse or significant other pay child care expenses?  Yes  No

If yes, amount per month? \$\_\_\_\_\_ To whom? \_\_\_\_\_

Do you, your spouse, your significant other or your dependants **receive** any of the following items listed below:

**(CHECK EACH ITEM)**

Type	Yes	No	Person Receiving Income	Monthly Income
General Relief/Housing				\$
Food Stamps/CalFresh				\$
Cal-Works or Foster Care				\$
Social Security (SSA) Retirement				\$
Pension or Retirement				\$
Unemployment income				\$
Disability income: Type:				\$
Veterans Benefits, Widows pension				\$
Spousal Support (Alimony)				\$
Interest Income or Dividends				\$
Supplemental Security Income (SSI)				\$
Social Security Disability (SSD)				\$
Student Loans, Grants				\$
Rental income (rented rooms, properties, etc)				\$
Child Support income				\$
Settlements: Insurance or legal				\$

Do you, your spouse, significant other or your dependants own any real property, house, land or buildings?

**(OTHER THAN THE HOME IN WHICH YOU LIVE)** Yes [ ] No [ ]

Address of the second property: \_\_\_\_\_

If yes, full value (from tax statement) \$ \_\_\_\_\_ Amount owed \$ \_\_\_\_\_

Monthly payment \$ \_\_\_\_\_

Monthly income from rental of the **second** property \$ \_\_\_\_\_

List yearly expenses on **second** property, including interest payments, taxes, utilities, insurance, maintenance and repairs

\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Have you, your spouse or significant other sold, purchased or refinanced any properties in the last 12 months?

Yes [ ] No [ ]

1) Sold  2) Purchased  3) Refinanced  ← **(Check which)**

**Explain:** \_\_\_\_\_

Do you, your spouse, significant other or your dependants have one or more of the following items listed below?

**(Check each item)**

<u>ITEM</u>	Yes	No	Name of the person who owns the property or account	Amount or value	Amount owed	Net value
1 <sup>st</sup> Bank Account Type: Savings, Checking, CD'S <b>(circle which)</b> Name of Bank : _____						
2 <sup>nd</sup> Bank Account Type: Savings, Checking or CD'S <b>(circle which)</b> Name of Bank: _____						
IRA, Stock, Bonds, Mutual funds 401 K <b>(circle which)</b>						
1 <sup>st</sup> Motor vehicle (car, truck, SUV, motorcycle): Make: _____ Year: _____ Model: _____ Paid for: _____ Monthly payment: \$ _____ Insurance payment \$ _____						
2 <sup>nd</sup> Motor Vehicle: (car, truck, SUV, motorcycle) Make: _____ Year: _____ Model: _____ Paid for: _____ Monthly payment: \$ _____ Insurance payment \$ _____						

<u>ITEM</u>	Yes	No	Name of the Person who owns the property or account	Amount or value	Amount owed	Net value
Boat, camper, trailer ( <b>circle which</b> ) Make: _____ Year: _____ Monthly payment: \$ _____						
1 <sup>st</sup> Life Insurance:						
2 <sup>nd</sup> Life insurance:						
Livestock, type: _____ Values \$ _____						

How much is your **Mortgage** or **Rent** payment each month? \$ \_\_\_\_\_ (**Check which one**)

How much are your utilities a month? (Approximately) \$ \_\_\_\_\_

Do you have any cash money with you or in your house? Yes  No  \$ \_\_\_\_\_  
**Amount**

<p><b>State all your medical problems and/or symptoms:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>List all the medications you are currently taking:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>MISP Office Use Only:</b></p> <p>Total Personal Property Net Value \$ _____</p> <p>Less Property Limits \$ _____</p> <p>Property Liability \$ _____</p> <p>Divide by 12 \$ _____</p> <p>1 Person \$ 1,700 2 Persons \$ 2,550 3 Persons \$ 2,700 Additional \$150 per person</p>
---	---

**MEMBER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES**

- I understand that I may withdraw my MISP application or discontinue my MISP eligibility by completing a Voluntary Request for Withdrawal of Application of Eligibility Form.
- I understand that upon submittal, this application becomes the property of the County of Riverside and will be placed in my MISP file.
- I understand MISP may revoke, change and/or deny eligibility at any time. You will be notified in writing of any changes in your eligibility. You may request a review of your eligibility status by either calling the MISP telephone number or writing the MISP office within ten (10) working days (from the notification date) to set up a review date.
- I agree to report to MISP within ten (10) workings days of any new applications for any other programs applied for or any new activity on my Medi-Cal, SSI or SSD case. I understand that if I fail to report the changes on my Medi-Cal, SSI/SSD **I will be denied MISP.**
- I agree to notify MISP within 10 working days if there are any changes in my (or the person on whose behalf I am acting) income (increase or decrease), property (sold or purchased), expenses, the number of people in the household or any change in address.
- I understand that my eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank institution, credit verification, property searches and other government program such as Medi-Cal, Veterans, etc.
- I authorize the release of any information necessary to verify my eligibility.
- I understand that the County is required by law to keep any information I provide confidential.
- I further agree that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury to reimburse the County of Riverside from the proceeds of any litigation or settlement resulting from such act.
- I understand that based upon my financial ability to pay that I may be required to pay a portion of the cost of medical care.
- I certify that the foregoing information is accurate and complete, and I authorize the release of any medical information to be disclosed to the administrator or its representative necessary to process eligibility or to perform utilization review. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.
- I understand that if my application is denied, the first step in appealing the denial is to contact MISP supervisor at (877) 501-5085 to set up an appointment with the MISP Appeals Supervisor. **An appeal does not guarantee eligibility.**
- I acknowledge that I have received of a copy of these rights and responsibilities.
- I also acknowledge that I must apply for all other coverage, including medical insurance.
- I declare under penalty of perjury that the answers I have given are true and correct to the best of my knowledge.
- I also acknowledge that if I don't comply with the verifications by the due date, I may be denied MISP eligibility.

I understand that if I deliberately make false statements or withhold information, I (or the person whose behalf I am acting) may lose eligibility, be responsible for all incurred medical costs and/or be prosecuted for fraud.

Applicant's name \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Or representative **Print your name** **Sign**

**If you are the representative, state relationship to the applicant:** \_\_\_\_\_

This page is intentionally left blank.

# MEDICALLY INDIGENT SERVICES PROGRAM (MISP)

*El Programa de Servicios Medicos Para Indigentes (MISP) se inicio en el Condado de Riverside en 1983. Provee asistencia financiera para necesidades de salud de a personas adultas. El programa cubre el tratamiento para enfermedades y cuidado medico para prevenir discapacidad. El proposito de este programa es reducir el costo de hospitalizacion y tambien ayuda a incrementar la capacidad para trabajar.*



## MISP NO ES SEGURO MEDICO

MISP es para personas que sufren una enfermedad o tienen una necesidad medica de emergencia. Los servicios medicos para indigentes es un programa ordenado por el estado de California. La junta de supervisores del Condado de Riverside determina los requisitos para determinar cobertura de los servicios.

## PARA OBTENER MISP

### Usted Debe:

- Probar que usted reside en el Condado de Riverside por mas de 30 dias.
- Completar una solicitud de MISP.
- Ser un adulto entre los 21 y 64 años de edad.
- Presentar prueba de sus ingresos.
- Presentar una identificacion con foto.

### Usted no Debe:

- Tener un seguro o tener acceso a un plan de salud
- Tener una visa de turista vigente
- Estar en el Condado de Riverside solo con el proposito de rehabilitacion
- Estar en una casa de enfermedades especializadas (SNF) o en una institucion para discapacitados mentales.

Si cumple con los requisitos, usted podria ser elegible por 12 meses. Debe reportar cualquier cambio en sus ingresos, lugar donde habite o si usted es elegible para otros beneficios de salud. Si usted no cumple con comunicar cualquier cambio, su elegibilidad podria ser revocada en la fecha de su cambio de estado o situacion. El Condado de Riverside puede revisar su estado o situacion durante los 12 meses que dura la elegibilidad.

## CO-PAGOS

Usted sera requerido de efectuar el co- pago antes de recibir la atencion medica o los medicamentos. Esto puede ser ademas del pago de costo compartido, si usted califico para el programa de MISP y sus ingresos exceden el 139% del nivel de pobreza.

Los co-pagos y los pagos de costo compartido deser hechos antes del servicio, si usted no lo hiciera, su visita podria ser postergada y se le haria una nueva cita. Los medicamentos estarian retenidos hasta que usted pagara su co pago o pago de costo compartido. A usted, no se le negaran los servicios medicos de emergencia si su vida estuviera en peligro.

## Co-pagos son:

\$2.00 por cada receta  
\$5.00 por visita medica a un doctor general o a un especialista.  
\$10.00 por visita a sala de emergencia.  
\$0.00 por servicio de laboratorio, rayos-x, quimioterapia o radiacion, lenguaje o terapia ocupacional.

## Domicilio:

MedicallyIndigentServicesProgram  
7888 Mission Grove Pkwy, Suite 201  
Riverside, CA 92508  
Lunes a Viernes:  
7:00 a.m. a 4:00 p.m.  
877-501-5085

## CUIDADOS MEDICOS

Los Servicios de cuidados medicos del MISP son proveidos a traves del RUHS o en las siguientes clinicas a continuacion. MISP no pagara por tratamientos en hospitales o clinicas privadas.



## CUIDADO PRIMARIO Y ESPECIALIZADO HOSPITALIZACION Y CLINICAS

### **Riverside University Health System – Medical Center**

26520 Cactus Ave  
Moreno Valley, CA 92552  
951-486-4000

### **SERVICIO DENTAL DE EMERGENCIA**

#### **Central City Dental**

65005 Arlington Ave  
Riverside, CA 92504  
951-352-8318

#### **Clinicas de Salud del Pueblo Dental Mecca Clinic**

91275 66<sup>th</sup> Ave. Ste 300  
Mecca, CA 92254  
760-396-0521

### **CLINICAS DE ATENCION 800-720-9553 - Citas**

#### **Banning Family Care Center**

3055 W. Ramsey St.  
Banning, CA 92220  
951-849-6794

#### **Corona Family Care Center**

2813 S. Main St.  
Corona, CA 92882  
951-272-5445

#### **Hemet Family Care Center**

880 North State St.  
Hemet, CA 92543  
951-766-2450

#### **Indio Family Care Center**

47923 Oasis St.  
Indio, CA 92201  
760-863-8283

#### **Jurupa Family Care Center**

9415 Mission Blvd  
Riverside, CA 92509  
951-360-8795

#### **Don Schroeder Family Care Center**

5256 Mission Blvd  
Riverside, CA 92509  
951-955-0840

#### **Lake Elsinore Family Care Center**

2499 E. Lakeshore Dr.  
Lake Elsinore, CA 92530  
951-471-4200

#### **Moreno Valley Community Health Cntr.**

23520 Cactus Ave.  
Moreno Valley, CA 92553  
951-867-3967

#### **Riverside Neighborhood FCC**

7140 Indiana Ave  
Riverside, CA 92504  
951-358-6000

#### **Palm Springs Family Care Center**

1515 North Sunrise Way  
Palm Springs, CA 92262  
760-778-2210

#### **Dr. Robert Bruce Reid HealthClinic**

308 San Jacinto Ave.  
Perris, CA 92570  
951-940-6700

#### **Neighborhood Healthcare –**

**Temecula** 41840 Enterprise Circle N.  
Temecula, CA 92590  
951-225-6400

#### **Clinicas de Salud Del Pueblo Inc Blythe Family Health Center**

321 Hobson Way, Ste C  
Blythe, CA 92225  
760-922-4981

#### **Clinicas de Salud Del Pueblo Inc Mecca Medical Clinic**

91275 66<sup>th</sup> Ave. Ste 500  
Mecca, CA 92254  
760-396-1249

#### **Clinicas de Salud Del Pueblo Inc Coachella Health Clinic**

50249 Harrison St. Unit K  
Coachella, CA 92236  
760-393-0555

#### **Borrego Community Health Foundation Centro Medico Oasis**

88-775 Avenue 76, Ste 1  
Thermal, CA 92274  
760-397-2501

#### **Borrego Community Health Foundation Centro Medico Coachella**

55-497 Van Buren St.  
Coachella, CA 92236  
760-399-4526

#### **Borrego Community Health Foundation Centro Medico Cathedral City**

69175 Ramon Rd. Bld. A  
Cathedral City, CA 92234  
760-321-6776

#### **Borrego Community Health Foundation Desert Hot Springs Community Health Center**

66-675 Pierson Blvd  
Desert Hot Springs, CA 92240  
760-676-5240

### **EL PROGRAMA DE MISP NO CUBRE SERVICIOS O MEDICAMENTOS DE SALUD MENTAL. SI USTED NECESITA ESTE TIPO DE CUIDADO, COMUNIQUESE:**

#### **Arlington Mental Health Facility**

9990 County Farm Rd. Ste 4  
Riverside, CA 92503  
951-358-4700



## **RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE**

### **RESIDENCIA EN EL CONDADO:**

Usted debe comprobar que ha estado viviendo en el Condado de Riverside por un mínimo de 30 días.

Todas las verificaciones de Residencia **DEBEN** estar fechadas por más de 30 días antes de la fecha de los servicios recibidos o de la aplicación.

Los documentos que podemos aceptar son **copias de uno de los siguientes:**

- 1) Correspondencia en el nombre del aplicante con la dirección de su casa.
- 2) Recibos de los servicios públicos en nombre del aplicante del mes anterior a la aplicación o a la fecha de los servicios.
- 3) Contrato de renta en nombre del aplicante con recibos (para verificar la cantidad de meses que vive en esa dirección).
- 4) **Otro:** \_\_\_\_\_

### **IDENTIFICACIÓN**

Requerimos que presente un documento de identificación.

Los documentos que podemos aceptar son **copias de uno de los siguientes:**

- 1) Licencia de conducir.
- 2) Identificación válida del Departamento de Vehículos Motorizados (**DMV**)
- 3) Identificación con foto emitida por un gobierno extranjero.
- 4) Acta de nacimiento original.

### **SEGURO SOCIAL Y ACTA DE NACIMIENTO**

Requerimos que presente **una copia** de su tarjeta del Seguro Social o el recibo.

### **PARA LAS PERSONAS QUE DECLARAN ESTADO DE INMIGRACIÓN.**

Debe presentar prueba de su estado de Inmigración, por ejemplo **copias de:**

- 1) Tarjeta de Residencia Permanente, Permiso de Trabajo, Pasaporte, Visa o Pase para Cruzar la Frontera.
- 2) Recibo de la aplicación para la Tarjeta de Residencia, prueba de la Petición del I.N.S, un recibo diciendo que ha aplicado para estado legal de inmigración y/o una extensión de su tarjeta actual.

### **PRUEBA DE SUS INGRESOS O DE SOSTENIMIENTO:**

Debe presentar prueba de sus ingresos, de su esposo(a), su pareja y de todos sus dependientes viviendo con usted.

Los documentos que podemos aceptar son **copias de uno de los siguientes que aplica a su situación:**

#### **Si trabaja:**

- 1) Los talones de cheques mas recientes de su esposo(a)/de su pareja y todos sus dependientes que cubran 4 semanas de trabajo.
- 2) Una carta de su empleo escrita en hoja membretada con el nombre de la compañía donde trabaja con su sueldo mensual en bruto.

#### **Si trabaja por su cuenta:**

- 1) **Copia** de los Impuestos del año anterior o una carta del I.R.S declarando que este año no declaró sus impuestos y el último año en que los declaró.
- 2) Los presupuestos trimestrales de los meses de: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
- 3) **Copias** completas de todas sus cuentas de banco de los meses de: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Si no trabaja, copias de:**

- 1) Los talones de cheque de la oficina del desempleo mas recientes, negación de beneficios, una declaración del último día que usted trabajó o una prueba de su aplicación para los beneficios.
- 2) Talones de cheque mas recientes de la oficina de Incapacidad/Compensación del Trabajo, una carta con la cantidad otorgada que recibirá al mes o prueba de su aplicación.
- 3) Comprobante de sus ingresos mensuales de retiro, pensión o del Seguro Social.

#### **Otro, Copias de:**

- 1) Comprobante de pagos o ingresos de pensión por divorcio con orden de la corte.
- 2) Comprobante de pagos o ingresos para mantenimiento de sus hijos con orden de la corte.



- 3) Comprobante de pagos del CAL-WORKS, Ayuda en General (GR), Estampillas de comida/CalFresh, pago del cuidado de niños a través del Condado y/o Asistencia monetaria.
- 4) Una carta de su último empleador en hoja membretada declarando la fecha del último día en que usted trabajó.

**SEGURO MÉDICO:** Si usted, su esposo(a) o pareja trabajan, deberán verificar si se les ofrece Seguro Médico en sus trabajos. **(MISP le proporciona la forma).**

**ESTADO DE CUENTA BANCARIA**

Deberá presentar **copias completas** y mas recientes de todas sus cuentas del banco, de Ahorros, Cheques o CD's (Certificado de Depositos).

**Otro:** Cuentas de IRA, 401K, Fondos Mutuales, Póliza de Seguro de vida, Renta Vitalicia (anualidad), Inversiones.

**PARA LAS PERSONAS QUE HAN APLICADO PARA SSI (SEGURO SUPLEMENTAL), SSD (SEGURO DE INCAPACIDAD) O MEDI-CAL.**

Tendra que presentar el estado de su aplicación para SSI, SSD, MEDI-CAL (incluyendo la fecha de las acciones mas recientes). Documentos aceptables son **copias de lo siguiente:**

- 1) La documentación más reciente de la oficina del Seguro Social. Esto incluye, aplicaciones, negaciones, apelaciones o carta de aceptación.
- 2) Una carta de referencia para aplicar a Medi-Cal de incapacidad (DAPD) firmada por la trabajadora de elegibilidad. **(MISP le proporciona la forma)**
- 3) Prueba de aplicación, comprobante indicando de su caso pendiente (la tarjeta BIC no es aceptable para comprobar prueba de aplicación o prueba de que el caso esta pendiente) o del caso activo de Medi-Cal restringido.
- 4) Carta de incapacidad: El motivo y la duración de su incapacidad escrita por un doctor/médico.
- 5) **Otro:** \_\_\_\_\_

**FORMA COMPLETA DE RESPONSABILIDAD DE TERCERAS PERSONAS/GRUPOS (MISP le proporciona la forma)**

**INGRESOS ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA:** \_\_\_\_\_

**“ES POSIBLE QUE MISP LE PIDA TRAER MAS INFORMACIÓN DESPUES DE REVISAR SU CASO”.**

# COPIA PARA EL CLIENTE

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

- Yo entiendo que puedo retirar mi aplicación para MISP o suspender mi elegibilidad de MISP llenando la forma de Solicitud Voluntaria de Retiro de la Aplicación.
- Yo entiendo que una vez que someta mi aplicación esta pasa a ser propiedad del Condado de Riverside y será puesta en mi archivo de MISP.
- Yo entiendo que MISP puede revocar, cambiar y/o negar mi elegibilidad en cualquier momento. Usted será notificado(a) por escrito de cualquier cambio en su elegibilidad. Usted puede solicitar que se revise el estado de su elegibilidad llamando o escribiendo a la oficina de MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles después de la fecha de ésta notificación.
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles, de aplicaciones nuevas para cualquier otro programa(s), una nueva actividad en mi caso de Medi-Cal, SSI o SSD. Yo entiendo que si no cumplo en informar a MISP de estos cambios **mi elegibilidad para MISP será negada.**
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de diez (10) días hábiles si hay cambios en mis (o de la persona a quien represento) ingresos (que aumenten o disminuyan), propiedades (compradas o vendidas), gastos, el número de personas que viven en mi hogar o cualquier cambio en mi dirección.
- Yo entiendo que mis declaraciones para elegibilidad serán sujetas a verificación contactando a mi empleador, banco, verificación de crédito, búsqueda de propiedades y otros programas gubernamentales como Medi-Cal, beneficios para Veteranos, etc.
- Yo autorizo la publicación de cualquier información necesaria para verificar mi elegibilidad.
- Yo entiendo que conforme a la ley, se requiere al Condado mantener en forma confidencial toda la información que yo he proporcionado.
- Yo además estoy de acuerdo, tomando en consideración haber recibido atención médica como resultado de un accidente o lesión, que reembolsare al Condado en caso de que yo reciba pago como resultado de algún litigio o convenio monetario que provenga de dicho accidente o lesión.
- Yo entiendo que basándose en mi habilidad financiera, podría ser requerido(a) a pagar una porción del costo de los servicios médicos.
- Yo certifico que la información antes mencionada es exacta y completa y autorizo a que la información médica necesaria sea revelada al administrador o sus representantes para que mi elegibilidad sea procesada o para ejecutar una revisión de utilización. Una fotocopia de esta autorización es válida como la original.
- Yo entiendo que si mi aplicación es negada, el primer paso a tomar para apelar la negación es contactar MISP al (877) 501-5085 para hacer una cita con el Supervisor de Apelaciones.  
**La apelación no le garantiza elegibilidad.**
- Yo entiendo que debo aplicar a cualquier otra clase de seguro, incluyendo seguro médico.
- Yo declaro que he recibido una copia de estos derechos y responsabilidades.
- Yo declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento.
- Yo entiendo que si no cumplo con traer las verificaciones antes de la fecha indicada se me puede negar la elegibilidad

**Yo entiendo que si yo, en forma deliberada hago declaraciones falsas o retengo información, yo (o la persona a quien represento) pudiera perder la elegibilidad, y ser responsable por todos los gastos médicos incurridos y/o ser procesado por fraude.**

**Riverside County**  
**Programa de Servicios Médicos para Indigentes (MISP)**  
**Aplicación para Servicios**

MR# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Apellido Nombre Inicial

No de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Mes Día Año **Edad**

Sexo: Masculino  Femenino

\_\_\_\_\_  
 Ciudad donde nació Estado donde nació País donde nació

Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Donde recibe su correo) Calle Ciudad Estado Zona Postal

Dirección donde vive: \_\_\_\_\_  
 (Si es diferente) Calle Ciudad Estado Zona Postal

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono Mensaje Número de Celular

Apellido de Soltera de su Madre: \_\_\_\_\_

Por favor marque lo que aplica a su caso: **"TODAS LAS PREGUNTAS EN LA APLICACIÓN DEBEN DE CONTESTARSE"**

<b><u>Idioma:</u></b>	<b><u>Educación:</u></b>		
01 Inglés	00 Ninguna	04 Preparatoria incompleta	08 Grado de Asociado (+)
02 Español	01 Primaria incompleta	05 Graduado de preparatoria	09 Graduado de Colegio
03 Otro	02 Graduado de primaria	06 Atendiendo Colegio	10 Grado avanzado
	03 Graduado de secundaria	07 Grado de Asociado (AA)	11 Colegio incompleto

<b><u>Estado Civil:</u></b>	<b><u>Etnicidad:</u></b>	
01 Soltero	01 Blanco	07 Filipino
02 Casado (Legalmente)	02 Hispano	08 Otro
03 Separado (Legalmente)	03 Negro	
04 Divorciado	04 Asiatico	
05 Viudo	05 Nativo Americano	

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Ocupación de su esposo(a) o pareja: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido en el Condado de Riverside por más de treinta (30) días? [ ] Sí [ ] No

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? [ ] Sí [ ] No

Si "**NO ES**" Ciudadano de Estados Unidos,

¿Tiene **1**) tarjeta de Residencia permanente ó **2**) Permiso de Trabajo? [ ] Sí [ ] No (Si contesta Sí, marque cuál)

¿Tiene Pasaporte de otro país, Visa de turista o Pase para Cruzar la Frontera? [ ] Sí [ ] No (Si contesta Sí, marque cuál)

¿Se ha hecho una Petición para obtener su Residencia Legal? [ ] Sí [ ] No

¿Esta usted embarazada? [ ] Sí [ ] No ¿Ha estado embarazada durante éste mes? [ ] Sí [ ] No

¿Tiene usted o su esposo(a) **nietos o algún otro pariente** menor de 21 años viviendo con usted y los **padres naturales** están ausentes del hogar? [ ] Sí [ ] No

¿Tiene usted, su esposo(a) o su pareja hijos menores de 21 años viviendo en su casa, y está el padre o la madre fallecidos, incapacitados, desempleados o ausentes del hogar? [ ] Sí [ ] No

¿Esta recibiendo pagos o ha aplicado para los siguientes beneficios? (MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS)

Sí No

APLICACIÓN:

[ ] [ ] Incapacidad del Seguro Social (SSD)	Fecha _____	Estado Actual _____
[ ] [ ] Ingresos del Seguro Suplemental (SSI)	Fecha _____	Estado Actual _____
[ ] [ ] Medi-Cal	Fecha _____	Estado Actual _____
[ ] [ ] Medi-Care	Fecha _____	Estado Actual _____
[ ] [ ] Ingresos de Incapacidad del Estado (SDI)	Fecha _____	Estado Actual _____

¿Le **OFRECEN** a usted, su esposo(a) o su pareja Seguro Médico en alguno de sus trabajos? [ ] Sí [ ] No

Si contesto "Sí", Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ # de póliza \_\_\_\_\_ Pago Mensual \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene usted, su esposo(a), su pareja o alguien en su casa Seguro Médico Privado? [ ] Sí [ ] No

¿Lo reclama alguien como dependiente en los Impuestos Anuales (Taxes)? [ ] Sí [ ] No

Si contesto "Sí", nombre de la persona que lo(a) reclama: \_\_\_\_\_

¿Es usted estudiante de tiempo completo? [ ] Sí [ ] No

Si contesto "Sí", ¿esta usted cubierto(a) bajo el Seguro Médico de sus padres? [ ] Sí [ ] No

¿Esta usted viviendo en un Centro de Rehabilitación, Misión, en una Casa de Refugio o un Centro de Sobriedad? [ ] Sí [ ] No

Si contesto "Sí", Nombre del lugar: \_\_\_\_\_ Fecha que ingresó: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido servicios médicos o ha visitado un cuarto de emergencia recientemente? [ ] Sí [ ] No

Si contesto "Sí", Nombre del lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Son sus heridas el resultado de un accidente o de un delito reportado? [ ] Sí [ ] No

Si contesto "Sí", explique: \_\_\_\_\_

¿Esta usted pidiendo asistencia médica debido a un accidente en el trabajo? [ ] Sí [ ] No

Si contesto "Sí", explique: \_\_\_\_\_

¿A solicitado alguien en su hogar el programa de MISP?  Sí  No

Si contesto "Sí", Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Anóte a **TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN LA CASA DONDE USTED VIVE** incluyéndose usted, su esposo(a), su pareja y sus dependientes.

<u>Nombres y Apellidos</u>	<u>No de Seguro Social (SI LO SABE)</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento y edad</u>	<u>Parentesco</u>
1.		M/F		
2.		M/F		
3.		M/F		
4.		M/F		
5.		M/F		
6.		M/F		
7.		M/F		
8.		M/F		
9.		M/F		

¿Está usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes trabajando?  Sí  No

Persona trabajando	Cada cuanto tiempo le pagan	Horas trabajadas por semana	Días trabajados por semana	Ingresos brutos por mes
1)				
2)				
Nombre de la Compañía		Dirección de la Compañía		
1)				
2)				

Fecha cuando usted, su esposo(a) o pareja empezaron a trabajar para esa compañía: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que declaró sus impuestos anuales (Taxes)? \_\_\_\_\_

¿Está usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes trabajando por su cuenta?  Sí  No

Persona trabajando	Tipo de Negocio	¿Negocio en Casa?	Ingresos estimados al mes después de gastos del negocio
1)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<u>Nombre de su Negocio</u>	<u>Dirección de su Negocio</u>
1)	
2)	

¿Ha trabajado alguna vez?  Sí  No  
 ¿Puede usted trabajar?  Sí  No Si contesto "No", ¿Desde cuándo esta incapacitado? \_\_\_\_\_  
 ¿El motivo? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo anticipa que no va a poder trabajar? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es la razón por la cual dejó su último trabajo? \_\_\_\_\_  
 Si esta desempleado, ¿cuándo fué su último día de trabajo? \_\_\_\_\_

¿Paga usted, su esposo(a) o su pareja pensión para mantener a sus hijos menores o para su ex esposo(a) bajo un decreto de orden de corte o basado en un convenio con la oficina de la Fiscalía?  Sí  No  
 Si contesto "Sí", ¿Cuánto paga por mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿A quien le paga? \_\_\_\_\_  
 La fecha de su último pago: \_\_\_\_\_  
 ¿Paga usted su esposo(a) o su pareja gastos por el cuidado de niños?  Sí  No ¿Cantidad por mes? \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe usted su esposo(a), su pareja o alguno de sus dependientes los **ingresos** siguientes? (Marque todos)

Clase	Si	No	Persona que recibe los ingresos	Cantidad al mes
Asistencia Pública/Ayuda de Vivienda				\$
Estampillas de comida/CalFresh				\$
CAL-WORKS o Foster Care				\$
Seguro Social (SSA) de Retiro				\$
Pensión o Retiro (tipo)				\$
Ingresos del Desempleo				\$
Seguro de Incapacidad, Clase:				\$
Beneficios de Veteranos o de Viudez				\$
Sostenimiento de su ex esposo(a)				\$
Ingresos de Intereses, Dividendos o de abonos				\$
Ingresos de Seguro Suplemental (SSI)				\$
Incapacidad del Seguro Social (SSD)				\$
Prestamos o Subvención para atender al Colegio				\$
Ingresos de renta: (renta de cuartos, casas etc)				\$
Ingresos de sostenimiento para sus hijos menores				\$
Pagos de la corte por seguros/juicios a su favor				\$

¿Tiene usted su esposo(a), su pareja o sus dependientes bienes raíces, casas, tierras, edificios?  
**(APARTE DE LA CASA EN DONDE USTED VIVE)**  Sí  No

Dirección de la segunda propiedad: \_\_\_\_\_

Si contesto "Sí", indique el valor completo de la "segunda" propiedad (de su recibo de impuestos de propiedad) \$ \_\_\_\_\_

¿Cuánto debe? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cantidad que paga al mes? \$ \_\_\_\_\_

¿Ingresos mensuales que recibe de la renta de su "segunda" propiedad? \$ \_\_\_\_\_

Mencione una lista de los gastos anuales de la "segunda" propiedad, incluya pagos de intereses, impuestos, utilidades, seguro, reparaciones y mantenimiento:

\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

¿Han comprado, vendido o refinanciado (usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes) alguna propiedad (casa /terreno) en los últimos 12 meses?

[ ] Sí [ ] NO    1) Comprado  2) Vendido  3) Refinanciado  ← (Marque cuál)

Explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted su esposo(a), su pareja o sus dependientes uno o más de los artículos mencionados abajo?

(CONTESTE TODO)

<u>Artículo</u>	Sí	No	Nombre de la Persona que es dueño(a) del artículo o de la cuenta	Valor o cantidad	Cantidad que aún debe	Valor neto
<b>1ra</b> Cuenta de Banco, Clase: Ahorros, Cheques, CD's (Marque cuál) Nombre del Banco: _____						
<b>2da</b> Cuenta de Banco, Clase: Ahorros, Cheques, CD's (Marque cuál) Nombre del Banco: _____						
Cuenta de IRA, Acciones, Bonos, Fondos Mutuales, 401K (Marque cuál)						
Seguro de Vida: Esposo _____ Esposa _____						
<b>1er</b> Automóvil: carro, camioneta, SUV Pago mensual: \$ _____ Pagado: ____ Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ Seguro del carro al mes: \$ _____						
<b>2do</b> Automóvil: carro, camioneta, SUV Pago mensual: \$ _____ Pagado: ____ Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ Seguro del carro al mes: \$ _____						
Lancha, Remolque, Camper. (Marque cuál) Pago mensual: \$ _____ Marca: _____ Año: _____						
¿Tiene Ganado? (caballos, vacas, etc) Valor: \$ _____						

¿Cuánto paga al mes por la **HIPOTECA** o la **RENTA** de su casa? \$ \_\_\_\_\_ (**Marque cuál paga**)

¿Cuánto paga al mes por servicios públicos? (luz, agua, teléfono, etc) \$ \_\_\_\_\_ (**Aproximadamente**)

¿Tiene dinero en efectivo con usted o en su casa? Sí  No  \$ \_\_\_\_\_  
**Cantidad**

<b>Mencione todos sus problemas médicos y/o síntomas:</b>	<b>MISP Office Use Only</b>
_____	Total Personal Property Net Value \$ _____
_____	Less Property Limit \$ _____
_____	Property Liability \$ _____
<b>Haga una lista de todos los medicamentos que esta tomando:</b>	Divide by 12
_____	\$ _____
_____	1 Person \$1, 700
_____	2 Persons \$2,550
_____	3 Persons \$ 2, 700
_____	Additional \$150 per person



**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

- Entiendo que puedo retirar mi aplicación para MISP o suspender mi elegibilidad de MISP llenando la forma de Solicitud Voluntaria de Retiro de Aplicación.
- Yo entiendo que una vez que someta mi aplicación, esta pasa a ser propiedad del Condado de Riverside.
- Yo entiendo que MISP puede revocar, cambiar y/o negar mi elegibilidad en cualquier momento. (Usted será notificado(a) por escrito de cualquier cambio en su elegibilidad). Usted puede solicitar que se revise el estado de su elegibilidad llamando o escribiendo a la oficina de MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles después de la fecha de ésta notificación.
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles de aplicaciones nuevas para cualquier otro programa(s), una nueva actividad en mi caso de Medi-Cal, SSI o SSD. Yo entiendo que si no cumplo en informar a MISP de estos cambios **mi elegibilidad será negada.**
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de diez (10) días hábiles si hay cambios en mi (o de la persona a quien represento) en los ingresos (que aumenten o disminuyan), propiedades (compradas o vendidas), gastos, el número de personas que viven en mi hogar o cualquier cambio de dirección.
- Yo entiendo que mis declaraciones para elegibilidad serán sujetas a verificación contactando a mi empleador, banco, verificación de crédito, búsqueda de propiedades y otros programas gubernamentales como Medi-Cal, beneficios para Veteranos etc.
- Yo autorizo la publicación de cualquier información necesaria para verificar mi elegibilidad.
- Yo entiendo que conforme a la ley, se le requiere al Condado mantener en forma confidencial toda la información que yo he proporcionado.
- Yo además estoy de acuerdo, tomando en consideración haber recibido atención médica como resultado de un accidente o lesión, que reembolsare al Condado en caso de que yo reciba pago como resultado de algún litigio o convenio monetario que provenga de dicho accidente o lesión.
- Yo entiendo que basándose en mi habilidad financiera, podría ser requerido(a) a pagar una porción del costo de los servicios médicos.
- Yo certifico que la información antes mencionada es exacta y completa y autorizo a que la información médica necesaria sea revelada al administrador o sus representantes para que mi elegibilidad sea procesada o para ejecutar revisión de utilización. Una fotocopia de esta autorización es valida como la original
- Yo entiendo que si mi aplicación es negada, el primer paso a tomar para apelar la negación es contactar MISP al (877) 501-5085 para hacer una cita con el Supervisor de Apelaciones.  
**La apelación no le garantiza elegibilidad.**
- Yo entiendo que debo aplicar para cualquier otro seguro, incluyendo seguro médico.
- Yo declaro que he recibido una copia de estos derechos y responsabilidades.
- Yo declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento.
- Yo entiendo que si no cumplo con traer las verificaciones antes de la fecha indicada se me puede negar elegibilidad.

**Yo entiendo que si yo, en forma deliberada hago declaraciones falsas o retengo información, yo (o la persona a quien represento) pudiera perder la elegibilidad, y ser responsable por todos los gastos médicos incurridos y/o ser procesado(a) por fraude.**

Nombre del aplicante: \_\_\_\_\_  
O representante                      **Anote su nombre**    **Firma**    **Fecha**

**Si usted es el/la representante, ¿cuál es su relación con el/la aplicante?** \_\_\_\_\_