

Provider Name	Provider Telephone Number
Provider Address	
Patient Name	
Patient Address	
Date	

EXPLICACIÓN DE INELEGIBILIDAD PARA EL PRESUMPTIVE ELIGIBILITY FOR PREGNANT WOMEN PROGRAM

Por la presente le notificamos que en base a la información que usted proporcionó, no es elegible para el programa de Elegibilidad Presunta para Mujeres Embarazadas (Presumptive Eligibility for Pregnant Women Program) debido a la razón marcada a continuación:

- Su ingreso familiar total es mayor al 200 por ciento sobre el Nivel de Pobreza Federal para una familia del tamaño de la suya.
- Usted no está embarazada

Signature	
Name of person completing determination	Title

AVISO:

Usted podría ser elegible para el programa de Medi-Cal regular u otros programas de salud del condado. Puede realizar su solicitud personalmente en la agencia de servicios sociales en su condado, por teléfono al 1-800-880-5305 o en línea en <http://www.benefitscal.org/BenefitsPortal/landing.html> o www.healthapp.net.