

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 213 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.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>.