Distrito Unificado de Rialto
Lista de Documentos Requeridos para Inscripción
(Grado 6 al 12)

- ❑ Comprobante de vacunas
- ❑ *Evaluación del riesgo de tuberculosis (TB) o Examen de TB con resultados

  Aplica a cualquier estudiante (Grado TK al 12) que desea ser matriculado por primera vez en California o que haya estado fuera de los Estados Unidos por más de 12 meses
- ❑ Prueba de fecha de nacimiento (Acta de nacimiento, certificado oficial de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte, o declaración jurada)
- ❑ Verificación de domicilio actual a nombre de padre/tutor (Recibo de servicios públicos, correspondencia oficial, contrato de renta/arrendamiento o recibo de pago, talón de ingreso, registración de votar, o una declaración jurada **dentro de 30 días)**
- ❑ Identificación de padre/tutor que esté matriculando al estudiante
- ❑ Transcripción de calificaciones recientes (school transcripts)
- ❑ IEP **actual** y **firmado** si es que el estudiante recibe servicios de Educación Especial

Centro de Inscripción

260 S Willow Ave, Rialto, CA 92376

Tel: 909-873-4300 | Fax: 909-873-4301

enrollmentcenter@rialtousd.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL (por favor de usar tinta azul o negra)

Apellido legal	Nombre legal	Segundo nombre legal

Grado	¿Retenido? ¿En qué grado?	Conocido como (otros nombres usados)

Domicilio	Ap./Espacio		Código postal
		□ Rialto □ San Bernardino □ Colton □ Fontana □ Otro: _____	
Domicilio postal si es diferente	**Ap./Espacio**	□ Rialto □ San Bernardino □ Colton □ Fontana □ Otro: _____	**Código postal**

Número de teléfono primario	Fecha de nacimiento	Sexo □ Masculino □ Femenino	Idioma preferido de correspondencia

ETNICIDAD (Por favor seleccione uno)
¿Es su estudiante hispano o latino?
□ Si es hispano o latino
□ No es hispano o latino

RAZA (Por favor seleccione los que aplican)
□ Indio Americano o nativo de Alaska (Orígenes en Norte, Central, o Suramérica)
Nombre de la(s) tribu(s) inscrita(s) o principal(es): _____
□ Afroamericano o negro □ Camboyano □ Chino □ Filipino/Americano filipino
□ Guameño □ Hawaiano □ Hmong □ Japonés □ Coreano □ Laos - asiático □ Otro asiático
□ Otro Islas del Pacifico □ Samoano □ Tahitiano □ Vietnamita
□ Blanco (Orígenes en Europa, África del norte o medio oriente)

INFORMACIÓN DE FAMILIA (Si hay orden de custodia/restricción para su hijo(a), por favor proveer copia)

Nombre de persona inscribiendo al estudiante:	**Relación con el estudiante:** □ Madre □ Padre □ Tutor legal □ Padre de acogida □ Encargado de cuidado	Teléfono de casa:
		Teléfono del trabajo:
Nombre legal de madre:	□ Vive con □ No vive en el domicilio	Teléfono de casa:
		Teléfono del trabajo:
Nombre legal de padre:	□ Vive con □ No vive en el domicilio	Teléfono de casa:
		Teléfono del trabajo:

NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

INFORMACIÓN DE ESCUELA PREVIA (Poner la última escuela a la que asistió primero)

Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar
Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar
¿Ha asistido su estudiante a una escuela del distrito de Rialto? □ Sí □ No (eje: Preescolar)	Si es sí, nombre de la escuela:		Grado	Año escolar

NIVEL EDUCATIVO DE PADRES

El Departamento de Educación de California requiere información sobre el nivel más alto de educación que completaron los padres que inscriben al estudiante. Por favor marcar para ambos padres/tutores.

Madre/tutor 1
□ No graduado de preparatoria □ Graduado de prepa
□ Cursos universitarios □ Graduado universitario
□ Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado

Padre/tutor 2
□ No graduado de preparatoria □ Graduado de prepa
□ Cursos universitarios □ Graduado universitario
□ Título universitario de una facultad de 4 años con cursos adicionales en postgrado

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS

Por favor proveer la siguiente información para asignación del estudiante en la escuela:

□ Mi hijo(a) **NO** ha participado en ningún programa especial
□ Mi hijo(a) fue evaluado para educación especial

Mi hijo(a) ha participado en los siguientes programas de educación especial:
□ Instrucción Académica Especializada (ej. RSP/SDC)
□ Terapia del Habla
□ Terapia Ocupacional
□ Educación Física Adaptiva
□ Terapia Física
□ Otro: _____

OFFICE USE ONLY

Notes:

_____

Grade: _____

Date: _____

Student #:

_____

School of Residence:

_____

School Assigned:

_____

Start Date:

_____

Teacher/Counselor:

_____

Classroom: AM or PM

_____

Birth Verification: _____

P.O.B: _____

Enter Code: _____

Reason:
□ Overflow
□ Inter/Intra
□ Other: _____

Address Verification:
□ Utility/Rent Receipt
□ Affidavit of Residence
□ Other: _____
□ McKinney Vento
□ Foster
4-digit zip: _____

Enrolled by:

_____

Mi firma certifica que toda la información proveída es correcta. Entiendo que cambios de domicilio, número de teléfono o información de emergencia deben ser reportados a la escuela en 24 horas para la seguridad de mi estudiante.

Firma de padres/tutores: _____ Fecha: _____

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma(s) que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudaran al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, usted puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado a continuación y devuelva el formulario al maestro de su hijo. Muchas gracias per su cooperación.

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

School: _____ Reviewed by: _____
Enrollment Staff

☐ Sent to Multilingual Programs on: _____

☐ Received by MLP/LAC on: _____

Cuestionario de vivienda

La información proporcionada a continuación ayudará a la escuela de su estudiante a determinar si usted y/o su estudiante pueden ser elegibles para recibir servicios y apoyos especializados. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y sólo se compartirá con el personal apropiado del distrito escolar y de la escuela.

Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**
Escuela asignada	**Grado**

¿Cuál de las siguientes opciones describe su situación de vida actual y/o la de su familia? *Favor de marcar todas las que le aplique.*

- ☐ **Comparte la vivienda** con otra(s) persona(s) debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural, falta de vivienda adecuada o alguna razón similar
- ☐ Se aloja en un **refugio** (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un remolque de la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA).
- ☐ Vive en un coche, parque, acampando, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (por ejemplo, falta de agua, electricidad o calefacción).
- ☐ Vive temporalmente en un **hotel o motel** debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, catástrofe natural o motivo similar.
- ☐ Soy estudiante menor de 18 años y **vivo separado de mis padres o tutores legales**

- ☐ **Ninguna de las anteriores**. Mi estudiante y yo vivimos en una vivienda permanente y adecuada

El padre/tutor abajo firmante certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y exacta.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta) _____ **Firma del padre/madre/tutor** _____ **Fecha** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Número telefónico** _____

Su(s) hijo(s) puede(n) tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local en la que reside actualmente, aunque no disponga de todos los documentos normalmente exigidos en el momento de la inscripción.
- Seguir asistiendo a la escuela de origen si usted lo solicita para el bien estar de su estudiante.
- Recibir transporte de ida y vuelta a su escuela de origen, y si es necesario, recibir los mismos programas y servicios especiales que se ofrecen a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuititas y el Titulo 1.
- Recibir todas las protecciones y servicios proveídos por todas las leyes federales y estatales, en lo que se refiere a niños, jóvenes y a sus familiares sin hogar.

Indique todos los niños(as) que viven actualmente con usted.

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Grado** (si procede)	**Escuela** (si procede)

Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos derechos, por favor póngase en contacto con el representante de niños y jóvenes sin hogar (McKinney-Vento) de su escuela. Si usted tiene dificultad para ponerse en contacto con ellos, puede comunicarse con los representantes de McKinney-Vento & Foster Youth del Distrito Unificado de Rialto al 909-873-4336.

Nombre del Estudiante: _____

Distrito Unificado de Rialto

Problemas de Custodia

Disputas de padres sobre la custodia en el entorno escolar

Los padres pueden tratar de usar a la escuela como un foro para disputar asuntos de custodia. Si es necesario, el distrito escolar puede considerar incluir el siguiente formulario en su notificación anual a los padres y tutores legales.

Las disputas de custodia deben ser tramitadas por las cortes. La escuela no tiene jurisdicción legal para rehusar el acceso del padre biológico con su hijo(a). La única excepción es cuando la escuela tiene en su archivo una orden firmada de restricción o documentos de divorcio apropiados, específicamente estipulando las limitaciones de visitación. Cualquier situación en que se entrega al estudiante que pone en duda el bienestar del estudiante se tratara a discreción del administrador escolar o designado. Si cualquier situación se convierte en una interrupción de la escuela, se contactará a la policía y se pedirá la intervención de un oficial. A menos que los Derechos Educativos se han revocado, ambos padres tienen acceso al expediente estudiantil.

Se les pide a los padres que hagan todo lo posible de no involucrar a la escuela en asuntos de custodia.

La escuela hará todo lo posible para comunicarse con el padre que tenga la custodia cuando uno de los padres o cualquier otra persona que no está en la lista de la tarjeta de emergencia intente recoger a su estudiante.

He leído y entiendo la notificación anterior.

_____

Firma de padre/tutor 1 Fecha

_____

Firma de padre/tutor 2 Fecha

Office use only:

Date Received: _____ Home School: _____

Notification placed on Synergy: _____ Document(s) uploaded to Synergy: _____

Distrito Escolar de Rialto
Oficina de Asistencia y Buenestar
260 S. Willow Ave.
Rialto, CA 92376
909-873-4336

DECLARACIÓN JUARADA DE EXPULSIÓN – GRADOS SEXTO A DOCEAVO

De acuerdo al Código 48915 y 48918 del estado de California, el Distrito Escolar Unificado de Rialto debe ser informado a la hora de inscripción si el estudiante está bajo una orden de expulsión de cualquier otro distrito escolar en el estado de California o en otro estado.

Los estudiantes que han completado una orden de expulsión o que actualmente están bajo una orden de expulsión serán referidos a la oficina de Bienestar y Asistencia Infantil del distrito para inscripción.

La falsificación de este documento causara que el estudiante sea dado de baja o retirado de nuestro distrito para asignación de escuela correcta.

_____ _____
(Nombre del estudiante) **(Fecha de nacimiento)**

Por favor de marcar uno:
El estudiante vive con: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor Legal ☐ Padre de crianza (Foster) ☐ Encargado de cuidado
☐ Yo mismo (joven no acompañado por un adulto)

Por favor de marcar uno:
☐ El estudiante **NO** está bajo orden de expulsión de ningún distrito.

☐ El estudiante **está** bajo de una orden de expulsión de:

_____ _____
(Última escuela a la que asistió) (Ciudad/Estado)

☐ El estudiante tiene una orden pendiente de expulsión de:

_____ _____
(Nombre de la escuela) (Ciudad/Estado)

Por favor de marcar uno:
¿Tiene un Oficial de Probatoria asignado a su hijo(a)? ☐ Sí ☐ No

Si contesto **"Si"**: Nombre del oficial de probatoria: _____

Número de teléfono: _____

_____ _____ _____
(Nombre de padre, use letra molde) **(Firma de padre)** **(Fecha)**

OFFICE USE ONLY

Notified CWA: _____ Verified by CWA: _____ School: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
SERVICIOS DE SALUD
815 S. Willow Ave., Rialto, CA 92376 • Tel (909) 820-8150 • Fax (909) 820-8151

HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____

☐ **Mi hijo NO tiene ninguna condición médica.**

☐ **Mi hijo tiene la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s):**
(marque todo lo que corresponda y marque si requiere medicamento o tratamiento en la escuela)

		Medicamento o Tratamiento REQUERIDO en la escuela
☐ Alergias no alimentarias	Tipo de alergia: _____ Tipo de Medicamento: _____	☐ Sí ☐ No
☐ Alergias alimentarias	Tipo de alergia: _____ Tipo de Medicamento: _____	☐ Sí ☐ No
☐ ADHD / ADD		☐ Sí ☐ No
☐ Asma		☐ Sí ☐ No
☐ Autismo		☐ Sí ☐ No
☐ Defectos de Nacimiento / Trastornos Genéticos		☐ Sí ☐ No
☐ Sangre / Trastornos Hemorrágicos		☐ Sí ☐ No
☐ Pérdida de la Audición		☐ Sí ☐ No
☐ Trastorno Renal / Problemas de Vejiga		☐ Sí ☐ No
☐ Problemas Psicológicos		☐ Sí ☐ No
☐ Accidentes Graves u Hospitalizaciones		☐ Sí ☐ No
☐ Impedimento de la Vista		☐ Sí ☐ No
☐ **Cáncer / Leucemia**		☐ Sí ☐ No
☐ **Parálisis Cerebral**		☐ Sí ☐ No
☐ **Bolsa de Colostomía**		☐ Sí ☐ No
☐ **Diabetes:** ☐ **Tipo 1** ☐ **Tipo 2 – Dependiente de Insulina:** ☐ Sí ☐ No **Si corresponde:** ☐ Dexcom ☐ Pompa de Insulina ☐ Metformin ☐ Pluma de Insulina Humalog		☐ Sí ☐ No
☐ **Epilepsia Convulsiones –** ☐ Requiere Diastat		☐ Sí ☐ No
☐ **Sonda de Gastrostomía (G-Tube) –** ☐ Requiere alimentación por G-Tube		☐ Sí ☐ No
☐ **Problemas de Corazón / Cirugía de Corazón**		☐ Sí ☐ No
☐ **Traqueotomía** ☐ Requiere Succión ☐ Dependiente de Ventilador ☐ Dependiente de Oxígeno		☐ Sí ☐ No
☐ **Otro:** _____		☐ Sí ☐ No

Tratamientos Especiales y/o Medicamentos: _____

_____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

OFFICE USE ONLY

Emailed Health Services: _____ Verified by Health Services: _____ School: _____

Provided parent with the following documents: ☐ Authorization for Medical Release ☐ Medication Form

Guía De Requisitos De Vacunación Para

Grados K–12 (incluyendo kínder transición)

Grado	Número De Dosis Requeridas De Cada Vacuna [1,2,3]				
Ingreso a K-12 °	**4 Polio[4]**	**5 DTaP[5]**	**3 Hep B[6]**	**2 MMR[7]**	**2 Varicela**
(7°-12°)[8]	**Dosis para K-12°**	**+ 1 Tdap**			
Paso a 7° grado [9,10]		**1 Tdap[8]**			**2 Varicela[10]**

1. Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
2. Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
3. Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
4. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
5. Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los sietes años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a K-12°.
6. Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
7. Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
8. Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
9. Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
10. El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular
Hep B= vacuna contra la hepatitis B
MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

Instrucciones:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite shotsforschool.org para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12°grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

Admita Incon Incondicionalmente a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente*

Admita Condicionalmente a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.*

Inscríbase. Obtenga atención médica. Renueve su cobertura.

MEDI-CAL GRATUITO O COVERED CALIFORNIA DE BAJO COSTO SON PARA LA MAYORÍA DE LAS FAMILIAS CON BAJOS INGRESOS EN CALIFORNIA.

- **Medi-Cal** es un **seguro médico público** disponible para las personas con bajos ingresos en California. A partir del 1 de enero de 2024, todas las personas elegibles por ingresos que residan en California califican para los beneficios completos de Medi-Cal, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD O SITUACIÓN MIGRATORIA. **Los beneficios completos de Medi-Cal** cubren mucho más que solo la atención médica de emergencia. Estos cubren atención de salud mental, atención médica, dental y oftalmológica. La manera más rápida de obtener Medi-Cal es a través del sitio web de Covered California.
- **Covered California** es un **servicio gratuito** para que individuos y familias obtengan seguro médico gratuito o de bajo costo, O reciban ayuda para pagar un seguro médico **privado**. Obtenga más información en la página 2.

SOLICITE Medi-Cal o Covered California:

Por teléfono: *1 (800) 300-1506*

www.CoveredCA.com (Covered CA y Medi-Cal)
www.BenefitsCal.com (Medi-Cal)

En persona: *https://bit.ly/3Tk3cXV*

Presente una solicitud por correo: puede obtener solicitudes de Medi-Cal para imprimir aquí: ***http://bit.ly/3RRENIK***

¿Necesita ayuda?

Encuentre ayuda en su comunidad y más.
Escanee este código QR.
www.allinforhealth.org

Guía de 6 pasos para obtener Medi-Cal

1 Verifique su elegibilidad

La elegibilidad de Medi-Cal se basa principalmente en sus ingresos y el estado de residencia.

2 Solicite Medi-Cal

La inscripción en Medi-Cal está abierta y disponible todo el año. Obtenga más información sobre la inscripción más arriba.

3 Determinación de la elegibilidad

El condado procesará su solicitud para determinar la elegibilidad.

4 Seleccione un plan de atención médica

La mayoría de los beneficiarios de Medi-Cal deben inscribirse en un plan de atención médica.

5 Obtenga atención médica

Medi-Cal cubre TODA la atención médica necesaria.

6 Renueve su Medi-Cal

La mayoría de las personas deben renovar su Medi-Cal cada año.

Para conocer más información sobre cómo inscribirse, obtener atención médica y renovar Medi-Cal, consulte la página 2.

all in HEALTH CARE FOR ALL FAMILIES
A PROJECT OF The Children's Partnership

CALIFORNIA SCHOOL-BASED HEALTH ALLIANCE
Putting Health Care Where Kids Are

Region 1 BEST START

Este folleto se creó con la ayuda de Whole Child Equity Partnership.

San Diego Community Birth Center

6 pasos para obtener Medi-Cal

PASO 1

Verifique su elegibilidad

Tanto niños como embarazadas y personas que hayan dado a luz hace 12 meses tienen mayores niveles de elegibilidad por ingresos que otros adultos. Sus hijos siguen calificando para Medi-Cal, incluso si los miembros adultos ya no.

Si sus ingresos están por encima del nivel de elegibilidad de Medi-Cal, puede calificar para Covered California. De ser así, Medi-Cal enviará su información a Covered California, quien le enviará la información sobre su inscripción automática y lo que debe hacer para activarla. *Consulte el gráfico de límites de ingresos.*

PASO 2

Inscríbase.

Solicite Medi-Cal en persona, en línea, por correo, por teléfono, o encuentre ayuda en su comunidad.
Consulte la página 1 para obtener más información o inscríbase en *www.CoveredCA.com*.

PASO 3

Determinación de la elegibilidad

Después de presentar su solicitud:

- Recibirá una ***notificación de elegibilidad probable*** por correo. **¡NUEVO!**: ahora, muchos solicitantes elegibles de Medi-Cal pueden recibir una inscripción en tiempo real. Esto significa que una vez que reciba la solicitud, **tendrá la cobertura total mientras el condado procesa la solicitud.** Para obtener la inscripción "en tiempo real" más rápida, solicite Medi-Cal a través de *www.CoveredCA.com* (las solicitudes presentadas por correo comienzan la inscripción acelerada cuando el condado recibe la solicitud).
- Recibirá una ***notificación de acción definitiva*** sobre si puede recibir Medi-Cal. Si se le niega la cobertura de Medi-Cal, tiene el derecho a apelar. Solicite una ***audiencia imparcial estatal*** por teléfono, llamando al ***800-952-5253***, o por escrito.
- En el caso de ser elegible, recibirá su tarjeta Medi-Cal por correo en un plazo de 45 días.

PASO 4

Seleccione un plan de atención médica

Debe elegir un plan médico dentro de los 30 días de haber recibido sus opciones de planes médicos por correo.
Si no elige un plan dentro de los 30 días, Medi-Cal seleccionará uno por usted. Los planes médicos disponibles **dependen del condado en donde viva.**

- **Para conocer las opciones,** consulte el *Directorio de planes de atención médica administrada* de Medi-Cal.
- Para obtener más información, ingrese al sitio web *Opciones de atención médica*.

PASO 5

Obtenga atención médica.

Busque un médico de cabecera. Pida ayuda a su plan médico para encontrar un médico disponible cerca. Su plan médico tiene la obligación de brindar ayuda para programar citas, obtener servicios de interpretación, *transporte gratuito a las citas* y utilizar el servicio de telesalud.

Medi-Cal cubre TODOS LOS COSTOS de exámenes, servicios de salud mental, dentales, oftalmológicos y cualquier otra atención médica necesaria.

Busque un dentista de cabecera. Medi-Cal ofrece beneficios dentales tanto a niños como a adultos. Ingrese a *SmileCalifornia.org* para buscar un dentista de Medi-Cal.

Niños y adolescentes: Medi-Cal for Kids & Teens proporciona servicios gratuitos para cuidar la salud de sus hijos desde el nacimiento hasta los 21 años. Para obtener más información, ingrese a *https://bit.ly/3T1Ga8e.*

Ayuda financiera de 2024

Usted o su familia podrían calificar para la asistencia gratuita de Medi-Cal o *asistencia con prima* con Covered California.

Para obtener información sobre cómo calcular los ingresos y el tamaño del hogar, ingrese a

www.allinforhealth.org/financial-help.

PASO 6

Renueve su cobertura

Es importante asegurarse de que Medi-Cal tenga su dirección actual y su número de teléfono actualizado para que puedan comunicarse con usted cuando llegue el momento de renovar la cobertura. Si recibe un aviso de renovación, no lo ignore.

Siga estos pasos:

- Cree una cuenta de *BenefitsCal.com* para recibir novedades sobre la renovación.
- Modifique su información de contacto para que Medi-Cal pueda comunicarse con usted sobre las renovaciones de su plan.
- Complete y envíe los formularios de renovación cuando los reciba (en línea, por teléfono, por correo o en persona).

A menudo sucede que, cuando aumentan los ingresos familiares, los hijos siguen calificando para Medi-Cal, incluso si los miembros adultos ya no. Complete y envíe la información de renovación de Medi-Cal para mantener la cobertura gratuita de Medi-Cal de sus hijos, incluso si usted está inscrito en la cobertura de su empleador o en Covered California.

Los niños en acogida y los jóvenes que hayan estado en acogida no necesitan renovar su cobertura.
Las personas que hayan dado a luz recientemente tampoco necesitan renovar su cobertura dentro de los 12 meses después del parto.

Covered California

Si usted no es elegible para Medi-Cal:

- Covered California ofrece varios planes médicos. Ayudan a comparar y elegir el plan médico que mejor se adapte a cada persona. Para obtener más información, visite *www.CoveredCA.com*.
- Es posible que muchas personas que residan en California califiquen para la ayuda financiera mediante un crédito fiscal de prima o reducciones en lo que los beneficiarios pagan por la atención médica (conocidas como reducciones de costos compartidos).
- La Inscripción abierta es el periodo del año donde todos pueden solicitar un plan a través de Covered California. Inscríbase durante la Inscripción abierta o cuando sea que atraviese una experiencia de vida transformadora, como perder su empleo o tener un hijo. A partir de ese momento, tiene 60 días para completar la inscripción.

www.allinforhealth.org

© The Children's Partnership 2024

RIALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT • HEALTH SERVICES • 815 S. WILLOW AVENUE, RIALTO, CA 92376 • TEL: (909) 820-8150

Possible Referrals: If you have a personal health care provider, please feel free to use them. ***We do not endorse any specific health care provider.***

Posibles referencias: Si tiene un proveedor de atención médica personal, no dude en utilizarlo. ***No respaldamos a ningún proveedor de atención médica específico.***

For additional information, please scan the QR codes provided. • Para obtener información adicional, escanee los códigos QR proporcionados.

DENTAL CARE

DENTI-CAL
(800) 322-6384

LOMA LINDA SCHOOL OF DENTISTRY
(Pediatric Dental Clinic)
Loma Linda (909) 558-4689

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Dental Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Dental Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8168

GOLDEN WEST DENTISTRY
9922 Sierra Ave., Fontana
(909) 822-4800

B R DENTAL
(Next to Clinica Medica Familiar)
436 S. Riverside Ave., Rialto
(909) 874-5200

DR. DAVID A. NEWSHAM, DDS
1735 N. Riverside Ave., Rialto
(909) 820-9081

MEDICAL CARE

SAC HEALTH SYSTEM
815 S. Willow Ave., Rialto
To schedule an appointment
(909) 382-7100

SAN BERNARDINO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
606 E. Mill St., San Bernardino
(800) 722-4777

ONTARIO HEALTH CENTER
(For Medical Services)
150 E. Holt Blvd., Ontario
(909) 458-9447

BLOOMINGTON COMMUNITY HEALTH CENTER
18601 Valley Blvd., Bloomington
(909) 546-7520

MOMMY AND ME MEDICAL GROUP
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 421-0493

ARROWHEAD FAMILY HEALTH CENTER
16888 Baseline Ave., Fontana
(855) 422-8029

INLAND FAMILY COMMUNITY HEALTH CENTER
(For Medical Services)
665 North 'D' St., San Bernardino
(909) 708-8158

MEDICAL CARE...*continued*

LASALLE MEDICAL ASSOCIATES
790 E. Foothill Blvd., Rialto
(909) 546-7135

UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER
17500 Foothill Blvd. #A-2, Fontana
(909) 428-0170

VISION EXAMS

NORTHPOINTE OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 220
Rialto (909) 875-1144

RIALTO OPTOMETRIC CENTER
1850 N. Riverside Ave., Ste. 210
Rialto (909) 421-3030

COLTON OPTOMETRIC CENTER
190 W. H St., Ste. 105
Colton (909) 825-9044

COUNSELING SERVICES

MESA COUNSELING SERVICES
850 E. Foothill Blvd.
Rialto (909) 421-9358

SOUTH COAST COMMUNITY SERVICES
1461 E. Cooley Dr., Ste. 100, Colton
(877) 527-7227

COVERED CALIFORNIA
(800) 300-1506
www.coveredca.com

IEHP
(800) 720-4347
www.iehp.org

MEDI-CAL
(800) 410-8829
keepmedicalcoverage.org

BENEFITSCAL
(877) 410-8829
www.benefitscal.com

SAN BERNARDINO COUNTY - TRANSITIONAL ASSISTANCE DEPARTMENT
1175 W. Foothill Blvd., Rialto (877) 410-8829

Updated: 01/2024