Health Coverage Enrollment

*(Insert district or school logo)*

**Medi-Cal is available to ALL low-income children, regardless of immigration status. Children and youth under 19 years old can enroll in full-scope Medi-Cal and get care.**

Immigrant families can enroll their children in Medi-Cal without worrying how personal information, including their immigration status, will be shared. Personal information is safe and protected and will NOT be shared with immigration officials or used for immigration enforcement purposes. Medi-Cal will only use personal information to check eligibility status for health coverage.

Certified enrollment counselors will be on campus to answer any questions you may have and help enroll students and families in health coverage.

**Date:** *(Insert date & time. For example, “Tuesday and Thursday, July 6 & 8.”)*

**Time:** *(Insert time.)*

**Room location:** *(Insert location such as library or cafeteria.)*

|  |
| --- |
| **Bring as many of the following items as you can:** |
| * **Proof of Identity** (any passport or photo ID) |
| * **Proof of Income** (current pay stub or bank statement) |
| * **Proof of Residency** (telephone or electric bill) |
| * **Medi-Cal Cards of Other Family Members** (if applicable)\* |
|  |
| \*Not all items are needed to enroll |

**For more information, contact:** *(Insert Lead School Contact.)*

Inscripción en Cobertura Médica

*(Insertar el logo del distrito escolar o de la escuela)*

**Medi-Cal está disponible para TODOS los niños de bajos recursos, sin importar su estatus migratorio. Los niños y jóvenes menores de 19 años pueden inscribirse en la cobertura completa de Medi-Cal y recibir cuidado médico.**

Las familias inmigrantes pueden inscribir a sus hijos en Medi-Cal sin preocuparse por cómo se utilizará su información personal, tal como su estatus migratorio. Los datos personales están seguros y protegidos y NO se compartirán con oficiales de inmigración; tampoco se utilizarán para propósitos de inmigración. Medi-Cal únicamente utilizará su información personal para verificar su elegibilidad para cobertura médica.

Consejeros de inscripción certificados estarán en el campus para contestar cualquier duda que usted pueda tener y para ayudar a los estudiantes y familias a inscribirse en cobertura médica.

**Fecha:** *(Escribir fecha y hora. Por ejemplo, “martes y jueves, 6 y 8 de julio.”)*

**Hora:** *(Escribir la hora.)*

**Ubicación:** *(Escribir la ubicación; por ejemplo, la biblioteca o la cafetería.)*

|  |
| --- |
| **Traiga de los siguientes documentos los más que pueda:** |
| * **Comprobante de identidad** (cualquier pasaporte o identificación con fotografía) |
| * **Comprobante de ingreso** (talón de cheque o comprobante de cuenta de banco más reciente) |
| * **Comprobante de residencia** (recibo de teléfono o luz) |
| * **Tarjetas de Medi-Cal de otros miembros de la familia** (según aplique)\* |
|  |
| \* No todos los documentos anteriores se necesitan para inscribirse. |

**Para más información contacte:** *(escribir el nombre del contacto correspondiente de la escuela).*