



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO
Centro de Inscripción
260 South Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301
Correo Electrónico: preschool@rialtousd.org



Lista de Verificación para Inscripción Preescolar

La calificación para Preescolar Estatal es basado en ingresos. Rialto U.S.D. ofrece programas a las familias que no califican basados en sus ingresos. **Espacio es limitado.

Favor de proveer los siguientes documentos:

- Verificación de ingresos de cada padre en el hogar que trabaja (ingresos de últimos 30 días)
- CalWORKs/Asistencia Monetaria/Estampillas de comida/Asistencia de adopción o crianza (si le aplica)
- Acta/Certificado de Nacimiento de **TODOS** los niños en su cuidado (para determinar el tamaño de familia)
- Cartilla de vacunación
- Examen físico con fecha dentro de un año (forma incluida en paquete)
- Prueba de Tuberculosis con resultados o Evaluación de riesgo con fecha dentro de un año
- Identificación con fotografía de padre/tutor
- Comprobante de domicilio con fecha dentro de 30 días



Solamente se aceptara paquetes completos

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 gratuitas y el Título 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.



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO EDUCACION TEMPRANA

260 South Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301



Autorización de Otorgar Información (Padre A)

Yo _____, padre de _____ doy permiso a la
(Nombre del Empleado) (Nombre del Estudiante)

Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto de verificar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia durante el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en el programa preescolar.

Autorizo compartir la información entre las agencias para verificar mis ingresos y elegibilidad. Las agencias que pueden comunicarse, incluyen, pero no se limitan a el Departamento de Servicios Sociales Públicos, Departamento de Manutención, sitios de entrenamiento, escuelas, agencias del servicio social, recomendación de médicos, refugios de emergencia y a empleadores.

Declaro bajo pena del perjurio que toda la información que proporcione a la Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto es verdadera y correcta, y que todos los documentos que fueron sometidos son de mi mejor conocimiento y verdaderos. Al fallar estas reglas resultaría en la terminación del programa preescolar estatal.

Firma del Empleado

de Identificación del Empleado

Fecha

EMPLOYMENT/ INCOME VERIFICATION

This is a State funded preschool program and therefore we must have confirmation of all income and work hours of parents whose children are enrolled in our program. Please release the following information for our records. All information is confidential, and used only for family eligibility purposes.

Name of Employee

Phone

Home Address

City

State

Zip code

Name of Employer

Contact Person

Employer / Work Address

City

State

Zip code

Employer Phone

Employer Email

Hire Date

Work Hours: Start

End

Job Title

Days of Employment:

Sun _____

Mon _____

Tue _____

Wed _____

Thurs _____

Fri _____

Sat _____

Pay Schedule:

Weekly

Bi-Weekly

Twice a Month

Monthly

Gross Salary (Per Pay Period) \$ _____

Note if flexible schedule: Hourly Rate \$ _____

Minimum hours per week _____

Maximum hours per week _____

I affirm that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct:

SIGNATURE OF EMPLOYER

DATE

OFFICE USE ONLY

Information obtained by:

Telephone

Phone No: _____

Name: _____

Facsimile

Fax No: _____

Name: _____

E-Mail/ U.S. Mail

Name: _____

Notes: _____

Date: _____

Verified by: _____



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO EDUCACION TEMPRANA

260 South Willow Avenue, Rialto CA 92376
(909) 873-4300 Fax: (909) 873-4301



Autorización de Otorgar Información (Padre B)

Yo _____, padre de _____ doy permiso a la
(Nombre del Empleado) (Nombre del Estudiante)

Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto de verificar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia durante el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en el programa preescolar.

Autorizo compartir la información entre las agencias para verificar mis ingresos y elegibilidad. Las agencias que pueden comunicarse, incluyen, pero no se limitan a el Departamento de Servicios Sociales Públicos, Departamento de Manutención, sitios de entrenamiento, escuelas, agencias del servicio social, recomendación de médicos, refugios de emergencia y a empleadores.

Declaro bajo pena del perjurio que toda la información que proporcione a la Oficina de Educación Temprana del Distrito Escolar Unificado de Rialto es verdadera y correcta, y que todos los documentos que fueron sometidos son de mi mejor conocimiento y verdaderos. Al fallar estas reglas resultaría en la terminación del programa preescolar estatal.

Firma del Empleado

de Identificación del Empleado

Fecha

EMPLOYMENT/ INCOME VERIFICATION

This is a State funded preschool program and therefore we must have confirmation of all income and work hours of parents whose children are enrolled in our program. Please release the following information for our records. All information is confidential, and used only for family eligibility purposes.

Name of Employee _____ Phone _____

Home Address _____ City _____ State _____ Zip code _____

Name of Employer _____ Contact Person _____

Employer / Work Address _____ City _____ State _____ Zip code _____

Employer Phone _____ Employer Email _____

Hire Date _____ Work Hours: Start _____ End _____ Job Title _____

Days of Employment: Sun _____ Mon _____ Tue _____ Wed _____ Thurs _____ Fri _____ Sat _____

Pay Schedule: Weekly Bi-Weekly Twice a Month Monthly Gross Salary (Per Pay Period) \$ _____

Note if flexible schedule: Hourly Rate \$ _____ Minimum hours per week _____ Maximum hours per week _____

I affirm that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct:

SIGNATURE OF EMPLOYER

DATE

OFFICE USE ONLY

Information obtained by:

- Telephone Phone No: _____ Name: _____
- Facsimile Fax No: _____ Name: _____
- E-Mail/ U.S.Mail _____ Name: _____

Notes: _____

Date: _____ Verified by: _____



Certificación Propia de Desempleo

Actualmente estoy:

- Buscando empleo (no recibiendo beneficios de desempleo)
- Ama de Casa ó papa doméstico
- Estudiante de medio/tiempo completo
- Otro (breve explicación):

Yo, _____, juro bajo pena de perjurio, que la
 (Nombre del Padre)
 información anterior es verdadera.

 Firma

 Fecha



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**

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

REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)

en la _____ . Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERIA INFANTIL/ESCUELA)

a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor, proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____
Vision: _____ insect stings: _____
Developmental: _____ food: _____
Language/Speech: _____ asthma: _____
other: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA) (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
_____ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

Guía Para Padres Sobre Las Vacunas

Requeridas Para Pre-Kínder (Guardería)



Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño/a como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

Edad al ingresar/ punto de control	Dosis requeridas
2-3 meses	1 Polio 1 DTaP 1 Hep B 1 Hib
4-5 meses	2 Polio 2 DTaP 2 Hep B 2 Hib
6-14 meses	2 Polio 3 DTaP 2 Hep B 2 Hib
15-17 meses	3 Polio 3 DTaP 2 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)
18 meses-5 años	3 Polio 4 DTaP 3 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)

*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1^{er} año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores.

Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B

MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

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 residen 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/3RREN1K>**

¿Necesita ayuda?

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

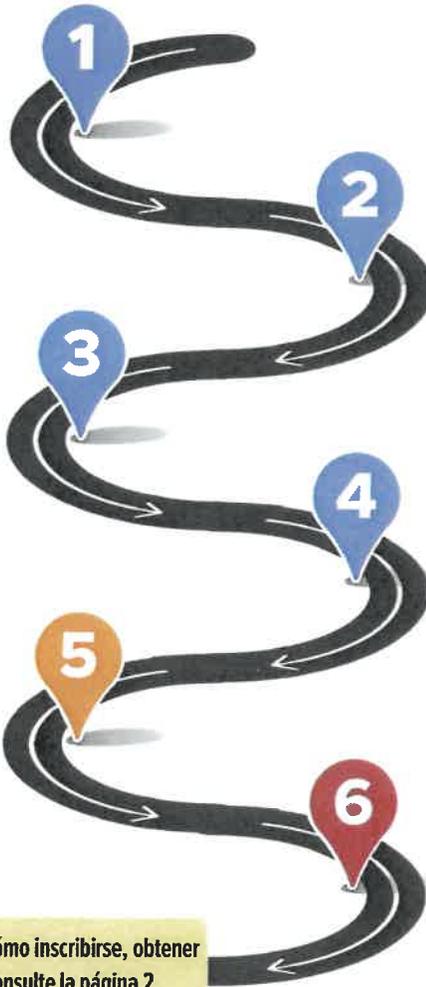
www.allinforhealth.org



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.



A PROJECT OF

The Children's Partnership



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





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 inscribise 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. Inscríbese 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

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

COVERED CALIFORNIA
(800) 720-4347
www.iehp.org

COVERED CALIFORNIA
(800) 410-8829
keepmedicalcoverage.org

COVERED CALIFORNIA
(877) 410-8829
www.benefitscal.com

