

**HEALTH ACCESS PROGRAM  
FAMILY PACT PROGRAM  
CLIENT ELIGIBILITY CERTIFICATION**

**Client HAP number**

This Client Eligibility Certification (CEC) form is the property of the State of California, Department of Health Care Services, Office of Family Planning.

**This form cannot be changed, altered, or prepopulated.**

**Step 1: Tell Us About Yourself**

|            |             |           |                                 |
|------------|-------------|-----------|---------------------------------|
| First name | Middle name | Last name | Suffix (Sr., Jr., III, IV etc.) |
|------------|-------------|-----------|---------------------------------|

**The Department of Health Care Services does not send mail to the address provided**

|         |       |          |                     |
|---------|-------|----------|---------------------|
| Address | Home  | Mailing  | Apartment number    |
| City    | State | Zip code | County of residence |

|                            |  |                           |
|----------------------------|--|---------------------------|
| Date of birth (mm/dd/yyyy) | Social Security Number (SSN)<br>Not having a SSN does not impact your ability to receive services. | Provider Use Only<br>CODE |
|----------------------------|--|---------------------------|

|                           |                             |                     |          |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------|----------|
| Marital status (optional) |                             |                     |          |
| Single                    | Never married               | Married             | Divorced |
| Widowed                   | Registered domestic partner | I decline to answer |          |

|   |                     |              |   |
|---|---------------------|--------------|---|
| Race/Ethnicity (optional; check all that apply) |                     |              | Are you of Hispanic, Latino, or Spanish origin? (optional)<br>Yes No  |
| White   | Asian Indian        | Korean       |   |
| Black or  | Cambodian           | Laotian      | If yes, check which ones:<br>Mexican, Mexican American, or Chicano<br>Salvadoran Guatemalan<br>Cuban Puerto Rican<br>Other origin |
| African American                                | Chinese             | Vietnamese   |   |
| American Indian or                              | Filipino            | Guamanian or |   |
| Alaska Native                                   | Hmong               | Chamorro     |   |
| Native Hawaiian                                 | Japanese            | Samoan       |   |
| Other   | I decline to answer |              |   |

|                                   |          |            |         |                 |           |
|-----------------------------------|----------|------------|---------|-----------------|-----------|
| Primary language (check only one) |          |            |         |                 |           |
| English                           | Armenian | Cantonese  | Hmong   | Khmer/Cambodian | Spanish   |
| Korean                            | Tagalog  | Vietnamese | Punjabi | Hindi           | Ukrainian |
| I decline to answer               | Other    |            |         |                 |           |

|   |      |       |      |                      |  |
|---|------|-------|------|----------------------|--|
| Best way to contact you if we need to talk to you |      |       |      |                      |  |
| Phone   | Text | Email | Mail | Message Number/Email |  |

|                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| What is your sex? (required) |                             |
| Female                       | Transgender: Male to Female |
| Male                         | Transgender: Female to Male |

Sexual orientation and gender identity  
**The following information is optional and confidential.  
It will not be used to determine eligibility.**

|  |  |
|--|--|
| What is your gender?<br>(check box that best describes your current gender identity)   | Do you think of yourself as:   |
| <input type="checkbox"/> Female<br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Transgender: male to female<br><input type="checkbox"/> Transgender: female to male<br><input type="checkbox"/> Non-binary (neither male or female)<br><input type="checkbox"/> Another gender identity<br><input type="checkbox"/> I decline to answer | <input type="checkbox"/> Straight or heterosexual<br><input type="checkbox"/> Gay or lesbian<br><input type="checkbox"/> Bisexual<br><input type="checkbox"/> Queer<br><input type="checkbox"/> Another sexual orientation<br><input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> I decline to answer |

|   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| What sex was listed on your original birth certificate? |                               |  |
| <input type="checkbox"/> Female                         | <input type="checkbox"/> Male | <input type="checkbox"/> I decline to answer |

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| <b>Step 2:</b> | <b>Other Health Coverage</b> |
|----------------|------------------------------|

|  |                           |            |     |    |
|--|---------------------------|------------|-----|----|
| I have had out of pocket expenses for family planning/reproductive health services covered by the Family PACT Program in the three months immediately preceding enrollment in the Family PACT Program.   | YES                       | NO         |     |    |
| I currently receive Medi-Cal benefits. If you know your Medi-Cal card number, write the number and date issued in the boxes. If you do not know, write UNKNOWN in the box.   |                           |            |     |    |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Medi-Cal Card Number</td> <td style="width: 50%; border: none;">Issue Date</td> </tr> </table>   | Medi-Cal Card Number      | Issue Date | YES | NO |
| Medi-Cal Card Number   | Issue Date                |            |     |    |
| I have Medi-Cal with an unmet Share of Cost.   | YES                       | NO         |     |    |
| I have restricted Medi-Cal (such as "Emergency Medi-Cal") that does not cover contraceptive methods.   | YES                       | NO         |     |    |
| I have Other Health Coverage that covers contraceptive methods. Other Health Coverage may include Medi-Cal Managed Care plans, Commercial Health Plans (Kaiser, BlueCross, Health Net) or student health insurance.  | YES                       | NO         |     |    |
| I do not know if I have other health coverage (check box if you do not know).  |                           |            |     |    |
| I have health insurance through Medi-Cal or Other Health Coverage on my date of service, but I cannot use my insurance because I am concerned that my spouse, partner or parent(s) may be notified or informed of my family planning visit (this is called a barrier to access). | YES                       | NO         |     |    |
|  | Provider Use Only<br>CODE |            |     |    |

**Taxable Income**

List yourself and your family members (spouse and children) who live with you, and the taxable income sources for each person.

If someone claims you on their taxes, list everyone claimed on that person’s tax form. Sources of income includes employment, self-employment, social security (even if not taxable), tips, spousal support received, unemployment benefits, etc. Request additional pages as needed.

If you are 17 years of age or younger, your parents income is excluded. A provider can talk with you more and help you find out your family size.

| Name | Relationship To You | Age | Source of Income | Taxable Monthly Income |
|------|---------------------|-----|------------------|------------------------|
|      | <b>(Self)</b>       |     |                  |                        |
|      |                     |     |                  |                        |
|      |                     |     |                  |                        |
|      |                     |     |                  |                        |
|      |                     |     |                  |                        |
|      |                     |     |                  |                        |

Family size:

Total taxable family income:

**Step 3: Please Read And Sign Application**

**California Health Insurance Eligibility**

I received information on how to apply and enroll for insurance affordability programs. YES NO  
Please visit [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) or call 1-800-300-1506 for assistance with completing the application for these programs.

I declare under penalty of perjury under the laws of the state of California that the foregoing information on this form is true and correct. I understand that giving false information may make me ineligible for this program.

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Applicant Signature (or mark) | Date Signed |
|-------------------------------|-------------|

**Privacy Statement (Civil Code § 1798 et seq.)**

This information will be used to see if you are enrolled in any state health program. Information will also be used to monitor health outcomes and for program evaluation purposes. Your name will not be shared. Each individual has the right to review personal information maintained by the provider unless exempt under Article 8 of the Information Practices Act.

## Fair Hearing Rights

Any applicant for, or recipient of, services under the Family PACT Program shall have a right to a hearing regarding eligibility or receipt of services. An applicant or recipient does not have a right to contest changes made to the eligibility standards or benefits of the Family PACT Program.

**First Level Review:** If you wish to appeal either your denial of eligibility or receipt of services, please send your name, telephone number, address, and reason why you are requesting a First Level Review to the address below. A request for a first level review must be postmarked within 20 working days of the denial of eligibility or services. The Office of Family Planning may request additional information by telephone or in writing from the provider or the applicant before issuing a decision.

**Formal Hearing:** You may request a formal hearing within 90 days from the day you were notified that you were not eligible or the services you wanted will not be provided or have been discontinued. If you have good cause as to why you were not able to file for a hearing within the 90 days, you may still file for a hearing. If you provide good cause, your request may still be scheduled. Provide all requested information such as your full name, telephone number, address, and the reason for the Formal Hearing and mail it to the Formal Hearing address below. If you wish, you may attach a letter as well and explain why you believe the action taken is not correct. You may also call the Public Inquiry and Response number below. If you have trouble understanding English, be sure to state your language so arrangements can be made to have language assistance at the hearing. If you have chosen an authorized representative, be sure to state his/her name, phone number and address. Keep a copy of your hearing request for your records. You may submit your formal hearing request in one of two ways:

### First Level Review

Department of Health  
Care Services  
Office of Family Planning  
P.O. Box 997413,  
Mail Station 8400  
Sacramento, CA 95899-7413

### Formal Hearing

California Department of  
Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243,  
Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA  
94244-2430

### or Toll-Free Call

Department of Social Services  
State Hearings Division  
Public Inquiry and Response  
1-800-952-5253 or  
1-800-743-8525  
TDD 1-800-952-8349  
Fax: (916) 651-5210

## Nondiscrimination Policy

Section 1557 of Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) prohibits discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in certain health programs or activities. In effect since 2010, section 1557 builds on long-standing federal civil rights laws: Title VI of the Civil Rights Act of 1964; Title IX of the Education Amendments of 1972, section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Age Discrimination Act of 1975.

Effective July 18, 2016, the Health and Human Services (HHS) Office for Civil Rights issued its final rule implementing section 1557 at Title 45 Code of Federal Regulations (CFR) Part 92. The rule applies to any health program or activity, any part of which receives federal financial assistance, an entity established under Title I of the ACA that administers a health program or activity, and HHS. In addition to other requirements, Title 45 CFR Part 92.201, requires:

- **Language assistance services requirements:** Language assistance services required under paragraph (a) of Part 92.201 must be accurate, timely and provided free of charge, and protect the privacy and independence of the individual with limited English proficiency.
- **Specific requirements for interpreter and translation services:** Subject to paragraph (a) of Part 92.201.
  - A covered entity shall offer a qualified interpreter to an individual with limited English proficiency when oral interpretation is a reasonable step to provide meaningful access for that individual with limited English proficiency.
  - A covered entity shall use a qualified translator when translating written content in paper or electronic form.

For more information about the application and requirements of the final rule implementing section 1557, providers should contact their representative professional organizations. They may also visit the section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act page of the HHS website to find sample materials and other resources.

## Language Services Notice

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 541-800-5555 (رقم هاتف الصم والبكم: 711 TTY: Arabic].

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-541-5555 TTY：711 [Chinese]

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-541-5555 TTY: 711 पर कॉल करें। [Hindi]

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-541-5555 TTY: 711 [Hmong]

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-541-5555 TTY: 711 お電話にてご連絡ください。 [Japanese]

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-541-5555 TTY: 711 번으로 전화해 주십시오. [Korean]

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាខ្មែរ ឬសេវាជំនួយភាសាខ្មែរស្រី គឺឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Cambodian]

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-541-5555 TTY: 711 [Punjabi] 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-541-5555 телетайп: 711 [Russian]

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-541-5555 TTY: 711 [Tagalog]

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาไทยได้ฟรี โทร 1-800-541-5555 TTY: 711 [Thai]

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-541-5555 TTY: 711 [Vietnamese]



**PROGRAMA DE ACCESO A LA SALUD  
PARA EL PROGRAMA FAMILY PACT  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE**

Client HAP number

Este formulario de Certificación de Elegibilidad del Ciente (CEC) es propiedad del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Estado de California, Oficina de Planificación Familiar.

**Este formulario no se puede cambiar, alterar ni llenar previamente.**

| <b>Paso 1:</b>   |                             | <b>Cuéntanos acerca de ti</b>  |                          |   |                        |
|--|-----------------------------|--|--------------------------|---|------------------------|
| Primer nombre  | Segundo nombre              | Apellido   |                          | Sufijo (Sr., Jr., III, IV, etc.)                      |                        |
| El Departamento de Servicios de Atención Médica no envía correo a la dirección proporcionada |                             |  |                          |   |                        |
| Dirección  |                             | De casa  | De envío                 | Número de apartamento                                 |                        |
| Ciudad   | Estado                      | Código postal  |                          | Condado de residencia                                 |                        |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)   |                             | Número de seguro social (SSN) No tener un SSN no afecta tu capacidad para recibir servicios. |                          |   | Provider Use Only CODE |
| Estado civil (opcional)  |                             |  |                          |   |                        |
| Soltera/o  | Nunca casada/o              | Casada/o   | Divorciada/o             |   |                        |
| Viuda/o  | Pareja doméstica registrada |  | Me niego a responder     |   |                        |
| Raza/Etnicidad (opcional; marca todas las que correspondan)                                  |                             |  |                          | ¿Eres hispano, latino o de origen español? (Opcional) |                        |
| Blanco   | Indio asiático              | Coreano  | Si No                    |   |                        |
| Negro o  | Camboyano                   | Laosiano   | Si es así, marca cuáles: |   |                        |
| Afroamericano  | Chino                       | Vietnamita   | Mexicano, Mexicano       |   |                        |
| Indígena   | Filipino                    | Guameño o  | Americano o chicano      |   |                        |
| norteamericano   | Hmong                       | Chamorro   | Salvadoreño Guatemalteco |   |                        |
| o Nativo de Alaska   | Japonés                     | Samoano  | Cubano                   |   |                        |
| Nativo de Hawai  | Me niego a responder        |  | Puertorriqueño           |   |                        |
| Otra   |                             |  | Otro origen              |   |                        |
| Idioma principal (marca solo uno)  |                             |  |                          |   |                        |
| Inglés   | Armenio                     | Cantonés   | Hmong                    | Khmer/Camboyano                                       | Español                |
| Coreano  | Tagalo                      | Vietnamita   | Punjabi                  | Hindi   | Ucranio                |
| Niego a responder  | Otra                        |  |                          |   |                        |
| La mejor forma de comunicarnos contigo si necesitamos hablar contigo                         |                             |  |                          |   |                        |
| Teléfono   | Texto                       | Correo   | Correo electrónico       | Número de mensaje/Correo                              |                        |

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| Cual es tu sexo (requerido)  |                                  |
| Mujer  | Transgénero: Hombre a Mujer      |
| Hombre   | Transgénero: Mujer a Hombre      |
| Orientación sexual e identidad de género   |                                  |
| <b>La siguiente información es opcional y confidencial.<br/>no se utilizará para determinar la elegibilidad.</b>   |                                  |
| ¿Cuál es tu género?<br>(marca la casilla que mejor describa tu identidad de género actual)   | ¿Piensas en ti mismo como:       |
| Femenino   | Heterosexual o homosexual        |
| Masculino  | Gay o lesbiana                   |
| Transgénero: masculino a femenino  | Bisexual                         |
| Transgénero: femenino a masculino  | Queer                            |
| No binario (ni masculino ni femenino)  | Otra orientación sexual          |
| Otro género de identidad   | Desconocida                      |
| Me niego a responder   | Me niego a responder             |
| ¿Qué sexo figuraba en tu certificado de nacimiento original?   |                                  |
| Mujer  | Hombre      Me niego a responder |
| <b>Paso 2:      Otra cobertura de salud</b>  |                                  |
| He tenido gastos de mi bolsillo por servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos por el programa Family PACT en los tres meses inmediatamente antes de la inscripción en el programa Family PACT.  | SI      NO                       |
| Actualmente recibo beneficios de Medi-Cal. Si conoces tu número de tarjeta de Medi-Cal, escribe el número y la fecha de emisión en las casillas. Si tu no sabes, escribe DESCONOCIDA en la casilla.  |                                  |
| Número de tarjeta de Medi-Cal  | Fecha de emisión                 |
|  | SI      NO                       |
| Tengo Medi-Cal con un costo compartido no cubierto.  | SI      NO                       |
| Tengo Medi-Cal restringido (como "Medi-Cal de emergencia") que no cubre los métodos anticonceptivos.   | SI      NO                       |
| Tengo otra cobertura médica que cubre los métodos anticonceptivos. Otra cobertura de salud puede incluir planes de atención administrada de Medi-Cal, planes de salud comerciales (Kaiser, BlueCross, Health Net) o seguro médico para estudiantes.  | SI      NO                       |
| No sé si tengo otra cobertura médica (marca la casilla si no lo sabes).  |                                  |
| Tengo seguro médico a través de Medi-Cal u otra cobertura médica en la fecha de mi servicio, pero no puedo usar mi seguro porque me preocupa que mi cónyuge, pareja o padre(s) puedan ser notificados o informados de mi visita de planificación familiar (este se llama barrera de acceso). | SI      NO                       |
|  | Provider Use Only<br>CODE        |

**Ingreso sujeto a impuestos**

Anota a ti mismo y los miembros de tu familia (cónyuge e hijos) que viven contigo, y las fuentes de ingresos sujetos a impuestos de cada persona.

Si alguien te reclama a ti en sus impuestos, anota a todos los reclamados en el formulario de impuestos de esa persona. Las fuentes de ingresos incluyen empleo, trabajo por cuenta propia, seguridad social (incluso si no está sujeta a impuestos), propinas, manutención conyugal recibida, beneficios de desempleo, etc. Solicita páginas adicionales según sea necesario. Si tienes 17 años o menos, se excluyen los ingresos de tus padres. Un proveedor puede hablar más contigo y ayudarte a averiguar el tamaño de tu familia.

| Nombre | Relación contigo | Edad | Fuente de ingreso | Ingreso mensual sujeto a impuestos |
|--------|------------------|------|-------------------|------------------------------------|
|        | (Yo)             |      |                   |                                    |
|        |                  |      |                   |                                    |
|        |                  |      |                   |                                    |
|        |                  |      |                   |                                    |
|        |                  |      |                   |                                    |
|        |                  |      |                   |                                    |

Tamaño de la familia:

Ingreso familiar total sujeto a impuestos

**Paso 3:**

**Lee y firma la solicitud**

**Elegibilidad para el seguro médico de California**

Recibí información sobre cómo solicitar e inscribirme en programas de seguro accesible. SI NO

Visita [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) o llama al 1-800-300-1506 para obtener ayuda para completar la solicitud para estos programas.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que la información anterior en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa puede hacerme no elegible para este programa.

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| Firma del solicitante (o marca) | Fecha de firma |
|---------------------------------|----------------|

**Declaración de privacidad (Código Civil § 1798 et seq.)**

Esta información se utilizará para ver si estás inscrito en algún programa de salud estatal. La información también se utilizará para vigilar los resultados de salud y para fines de evaluación del programa. No se divulgará tu nombre. Cada individuo tiene el derecho de revisar la información personal mantenida por el proveedor a menos que esté exento a el Artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

### **Derechos de audiencia imparcial**

Cualquier solicitante o beneficiario de servicios del Programa Family PACT tendrá derecho a una audiencia con respecto a la elegibilidad o la recepción de servicios. Un solicitante o beneficiario no tiene derecho a impugnar los cambios realizados en las normas de elegibilidad o los beneficios del Programa Family PACT.

**Revisión de primer nivel:** si deseas apelar tu denegación de elegibilidad o la recepción de servicios, por favor envía tu nombre, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicitas una revisión de primer nivel a la dirección que figura a continuación. La solicitud para una revisión de primer nivel debe tener matasellos dentro de los 20 días hábiles a partir de la denegación de elegibilidad o de servicios. La Oficina de Planificación Familiar puede solicitar información adicional por teléfono o por escrito al proveedor o al solicitante antes de emitir una decisión.

**Audiencia formal:** puedes solicitar una audiencia formal dentro de los 90 días a partir del día en que se te notificó que no eras elegible o que los servicios que deseabas no serían proporcionados o han sido descontinuados. Si tienes una causa justificada de por qué no pudiste solicitar una audiencia dentro de los 90 días, aún puedes solicitar una audiencia. Si tienes una causa justificada, tu solicitud aún puede ser programada. Proporciona toda la información solicitada, como tu nombre completo, número de teléfono, dirección y el motivo de la audiencia formal y envíala por correo a la dirección de la audiencia formal que aparece abajo. Si deseas, también puedes adjuntar una carta y explicar por qué crees que la acción tomada no es correcta. También puedes llamar al número de Investigación y Respuesta Pública que aparece a continuación. Si tienes problemas para entender inglés, asegúrate de indicar tu idioma para que te puedan hacer arreglos y tener asistencia con el idioma en la audiencia. Si has elegido un representante autorizado, asegúrate de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Conserva una copia de tu solicitud de audiencia para tu archivo. Puedes presentar tu solicitud de audiencia formal de dos maneras:

#### **Revisión de primer nivel**

Department of Health  
Care Services  
Office of Family Planning  
P.O. Box 997413,  
Mail Station 8400  
Sacramento, CA 95899-7413

#### **Audiencia formal**

California Department  
of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243,  
Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA  
94244-2430

#### **o llama gratis a Investigación y Respuesta Pública**

Department of Social Services  
State Hearings Division State  
Hearings Division Public  
Inquiry and Response  
1-800-952-5253 or  
1-800-743-8525  
TDD 1-800-952-8349  
Fax: (916) 651-5210

## Norma que Prohíbe la Discriminación

La Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA por sus siglas en Inglés) prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas o actividades de salud. En efecto desde 2010, la sección 1557 se basa en leyes federales de derechos civiles de larga data: Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964; Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Discriminación por Edad de 1975.

A partir del 18 de julio de 2016, la Oficina de Derechos Civiles de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en Inglés) emitió su regla final que implementa la sección 1557 en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR por sus siglas en Inglés) Parte 92. La regla se aplica a cualquier programa o actividad de salud, cualquier parte de los cuales recibe asistencia financiera federal, una entidad establecida bajo el Título I de la ACA que administra un programa o actividad de salud, y HHS. Además de otros requisitos, el Título 45 CFR Parte 92.201 requiere:

- **Requisitos de los servicios de asistencia lingüística:** se requieren servicios de asistencia lingüística bajo el párrafo (a) de la Parte 92.201 deben ser precisos, oportunos y proporcionados sin cargo, y proteger la privacidad e independencia de la persona con dominio limitado del inglés.
- **Requisitos específicos para servicios de interpretación y traducción:** Sujeto al párrafo (a) de la Parte 92.201.
  - Una entidad cubierta ofrecerá un intérprete calificado a una persona con limitaciones de inglés competencia cuando la interpretación oral es un paso razonable para proporcionar un acceso significativo para esa persona con dominio limitado del inglés.
  - Una entidad cubierta deberá utilizar un traductor calificado al traducir contenido escrito en papel o en formato electrónico.

Para obtener más información sobre la aplicación y los requisitos de la regla final que implementa la sección 1557, los proveedores deben comunicarse con sus organizaciones profesionales representativas. También pueden visitar la sección 1557 de la página de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio del sitio web del HHS para encontrar materiales de muestra y otros recursos.



