

DOCUMENT CHECKLIST: MEDICAL/CALFRESH



Acceptance is based on income guidelines.

1

1 Proof Identity (front and back):

- Identification Card
- Driver's License
- Passport
- Birth Certificate

2

1 Proof of Residence:

- Utility Bill
- Rent or Mortgage Agreement

3

Proof of Income (for the past 2 months):

- Pay Stub or Previous Year Tax information
- Bank Statement
- Letter from your employer
- Written Letter Declaring Income (Signed and Dated)

No income? Please provide a written letter declaring who you depend on (Signed and Dated).

4

Social Security:

- If applicable, but not required

Note: Documents are required for every household member, even if they are not applying.

FOR INQUIRIES CALL

949-240-2272

JENNIFER - EXT. 147

ANGELICA - EXT. 273

Camino Health Center 

Affiliated with Mission Hospital

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS: MEDI-CAL/CALFRESH



La aprobación se basa en límites de ingreso.

1

1 Comprobante de Identidad (anverso y reverso):

- Tarjeta de identificación
- Licencia de conducir
- Pasaporte/ Matricula
- Acta de nacimiento

2

1 Comprobante de Residencia:

- Factura de servicios públicos
- Contrato de renta

3

Comprobante de ingresos (de los últimos 2 meses):

- Talón de pago o información fiscal del año anterior
- Extracto de cuenta
- Carta de su empleador
- Carta escrita declarando ingresos (con firma y fecha)

¿Sin ingresos? Proporcione una carta escrita declarando de quién depende (con firma y fecha).

4

Seguro Social:

- Si corresponde, pero no es obligatorio

Se requieren documentos para todos los miembros del hogar, incluso si no presentan la solicitud.

PARA CONSULTAS LLAMARA
949-240-2272
JENNIFER -EXT.147
ANGELICA -EXT.273

Camino Health Center 
Affiliated with Mission Hospital