



2500 Grant Road
Mountain View, CA 94040-4378
Phone: 650-940-7000
www.elcaminohospital.org

Estimado paciente,

Para su conveniencia El Camino Hospital está ofreciendo aplicaciones para Covered California/Medi-Cal, así como los Servicios para niños de California (CCS).

Páginas 2-10 es la aplicación de Servicios para niños de California (CCS).

Páginas 11-45 es la aplicación de Covereds California/Medi-Cal.

Por favor envía las aplicaciones terminadas directamente a California/Medi-Cal cubiertos o CCS. El Camino Hospital no puede procesar estas aplicaciones.

Atentamente,
Coordinador de cuidado de caridad
EL CAMINO HOSPITAL

Información sobre los Servicios para Niños de California

¿Qué es el Programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services/CCS)?

CCS es un programa estatal que trata a niños con ciertas limitaciones físicas y enfermedades o condiciones de salud crónicas. CCS puede autorizar y pagar servicios y equipos médicos específicos proporcionado por especialistas aprobados por CCS. El Departamento de Servicios de Atención Médica de California (Department of Health Care Services/DHCS) administra el Programa CCS. Los condados más grandes operan sus propios programas CCS, mientras que los condados más pequeños comparten la operación de su programa con DHCS. El Programa CCS se financia con dinero de impuestos estatales, del condado y federales, junto con algunas tarifas pagadas por el padre, tutor legal o solicitante (si tiene 18 años o más, o es un menor de edad emancipado).

¿Qué ofrece CCS a los niños?

Si usted o el médico de su hijo creen que su hijo podría tener una condición médica elegible para CCS, CCS puede pagar o proporcionar una evaluación médica para determinar si la condición de su hijo está cubierta.

Si su hijo es elegible, CCS puede pagar o proporcionar:

- Tratamiento, como servicios médicos, atención hospitalaria y quirúrgica, fisioterapia y terapia ocupacional, pruebas de laboratorio, radiografías, aparatos ortopédicos y equipo médico.
- Gestión de casos médicos para ayudar a conseguir médicos especiales y atención para su hijo cuando sea médicamente necesario, y recomendación a otras agencias, incluyendo centros de enfermería de salud pública y regionales; o
- Programa de Terapia Médica (Medical Therapy Program/MTP), la cual puede proporcionar fisioterapia y/o terapia ocupacional en escuelas públicas para niños que son médicamente elegibles.

¿Quién califica para CCS?

El Programa CCS está abierto a cualquier persona que:

- Tenga menos de 21 años;
- Tenga o pueda tener una condición médica que esté cubierta por CCS;
- Es residente de California; y
- Tiene un ingreso familiar de menos de \$40,000 según lo informado en el ingreso bruto ajustado en el formulario de impuestos estatales, o cuyos gastos médicos por cuenta propia para un niño que califica se espera que sean más del 20 por ciento del ingreso familiar.

Los ingresos familiares no son un factor para los niños que:

- Necesitan servicios de diagnóstico para confirmar una condición médica elegible para CCS; o
- Fueron adoptados con una condición médica conocida que los hace elegibles para CCS; o
- Están solicitando únicamente servicios a través del MTP; o
- Tenga Medi-Cal con cobertura completa, sin compartir el costo.

¿Qué condiciones médicas cubre CCS?

El Programa CCS sólo cubre ciertas condiciones. En general, CCS cubre condiciones médicas que son físicamente incapacitantes o requieren servicios médicos, quirúrgicos o de rehabilitación. También puede haber ciertos requisitos que determinen si la condición médica de su hijo es elegible. A continuación se enumeran categorías de afecciones médicas que pueden estar cubiertas y algunos ejemplos de cada una:

- Afecciones que afectan al corazón (enfermedad cardíaca congénita)
- Neoplasias (cánceres, tumores)
- Trastornos de la sangre (hemofilia, anemia de células falciformes)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (problemas de tiroides, Fenilcetonuria (PKU), diabetes)
- Trastornos del sistema genitourinario (problemas renales crónicos graves)
- Trastornos del sistema gastrointestinal (enfermedad inflamatoria crónica, enfermedades del hígado)
- Defectos congénitos graves (labio hendido y paladar hendido, espina bífida)
- Trastornos de los órganos de los sentidos (pérdida auditiva, glaucoma, cataratas)
- Trastornos del sistema nervioso (parálisis cerebral, convulsiones incontroladas)
- Trastornos del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (artritis reumatoide, distrofia muscular)
- Trastornos graves del sistema inmunitario (infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV))
- Afecciones discapacitantes o intoxicaciones que requieren cuidados intensivos o rehabilitación (lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal, quemaduras graves)
- Complicaciones del parto prematuro que requieren un nivel intensivo de cuidados
- Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (hemangioma grave)
- Maloclusión médicamente discapacitante (dientes severamente torcidos)

Pregunte en la oficina CCS de su condado si usted tiene preguntas.

¿Qué debe hacer el solicitante o la familia para calificar?

Las familias (o el solicitante si tiene 18 años o más, o es un menor de edad emancipado) deben:

- Complete el formulario de solicitud que comienza en la página 4 y devuélvalo a la oficina local de CCS del condado;
- Proporcionar a CCS toda la información solicitada para que CCS pueda determinar si la familia califica;
- Solicitar Medi-Cal. Si una familia califica para Medi-Cal, el niño también está cubierto por CCS. CCS aprueba los servicios; el pago se realiza a través de Medi-Cal.

¿Cómo se protege mi privacidad?

La ley de California exige que a las familias que solicitan servicios se les proporcione información sobre cómo CCS protege su privacidad.¹

Para proteger su privacidad:

- CCS debe mantener esta información confidencial.²
- CCS puede compartir información del formulario con personal autorizado de otros programas de salud y bienestar solo cuando usted haya firmado un formulario de consentimiento.

¹Código Civil, Sección 1798.17

https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=CIV§ionNum=1798.17.

²De conformidad con la Sección 41670, Título 22, Código de Regulaciones de California y la Ley de Registros Públicos de California (Código de Gobierno, Secciones 6250-6255)

<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-41670>

Usted tiene derecho a ver su solicitud y los archivos de CCS relacionados con usted o su hijo. Si desea ver estos archivos, comuníquese con la oficina CCS de su condado local. Por ley, la información que usted proporciona a CCS queda guardada por el Programa CCS.³

¿Tengo derecho a apelar una decisión?

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con las decisiones tomadas por CCS.⁴ Esto se llama apelación. El proceso de apelación brinda al padre/tutor legal o solicitante una manera de trabajar con el Programa CCS para encontrar soluciones a los desacuerdos. Para obtener información sobre el proceso de apelación, comuníquese con la oficina CCS de su condado local.

¿Dónde puedo obtener más información sobre CCS?

Para obtener más información sobre CCS, visite la página de inicio de CCS en el sitio web del DHCS aquí: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/default.aspx>

Para obtener ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con la oficina CCS de su condado local. Para encontrar la oficina CCS de su condado, visite: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> o busque en la sección gubernamental de su directorio telefónico local en “Servicios para Niños de California” o “Departamento de Salud del Condado”.

³Sección 123800 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California

https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=123800.&lawCode=HSC

⁴Código de Regulaciones de California, Título 22, Capítulo 13, Secciones 42702–42703

<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-42702>

Solicitud para Determinar la Elegibilidad del Programa de Servicios para Niños de California

Esta solicitud debe ser completada por el padre, tutor legal o solicitante (si tiene 18 años o más, o es un menor de edad emancipado) para determinar si el solicitante es elegible para los servicios/beneficios de CCS. El término "solicitante" significa el niño, individuo de 18 años o más, o menor de edad emancipado para quien se solicitan los servicios. Por favor, escriba o imprima con claridad.

A. Información del Solicitante

1. Nombre del Solicitante
(Apellido) (Primero Nombre) (Segundo Nombre)

Nombre en la acta de nacimiento (si es diferente) Cualquier otro nombre por el que se conozca al solicitante

2. Fecha de nacimiento (mes, día, año) 3. Lugar de nacimiento – Condado Estado

País, si nació fuera de los EE. UU.

4. Domicilio de residencia del solicitante (número, calle) (no utilice un apartado postal)

Ciudad Condado Código Postal

5. Sexo

Femenino Masculino

6. Orientación Sexual e Identidad de Género (Opcional):

Si el solicitante desea contarnos más sobre su género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual, complete las secciones a, b y c a continuación. La Sección 6 es opcional, pero es necesaria para que el DHCS la solicite con la aprobación del Proyecto de Ley 959 (2015-2016) de la Asamblea.

a. ¿Cuál es el género del solicitante (marque el recuadro que mejor describa su identidad de género actual)?

Femenino Masculino Transgénero: De Masculino a Femenino Transgénero: De Femenino a Masculino
 No binario (ni hombre ni mujer) Otra identidad de género

b. ¿Qué sexo figuraba en la acta de nacimiento original del solicitante?

Femenino Masculino

c. ¿El solicitante se considera a sí mismo como:

Heterosexual Gay/lesbiana Bisexual Queer
 Otra orientación sexual Desconocido

7. Raza/Etnia	8. Número de Seguro Social (opcional)
---------------	---------------------------------------

9. ¿Cuál es la presunta condición o discapacidad elegible del CCS del solicitante?

10. Médico de Atención Primaria	11. Número de teléfono del médico
---------------------------------	-----------------------------------

B. Información del Padre/Tutor Legal/Familia

(Los solicitantes mayores de 18 años o menores de edad emancipados deben omitir las secciones 12 y 14 a continuación).

12. Nombre del padre o tutor legal	13. Primer nombre y apellido de soltera de la madre (no identificado en 12)
------------------------------------	---

14. Dirección de residencia (número, calle) (no utilizar Apartado Postal)

Ciudad	Condado	Código Postal
--------	---------	---------------

15. Dirección postal (si es diferente de 14)

Ciudad	Condado	Código Postal
--------	---------	---------------

16. Número de teléfono de casa	17. Número de teléfono celular	18. Número de teléfono del trabajo
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

19. ¿Qué idioma se habla en el hogar?	20. Dirección de correo electrónico
---------------------------------------	-------------------------------------

21. Número de personas en la unidad familiar	22. Apellido y Primer Nombre del Otro Padre (si no vive con el solicitante)
--	---

Dirección Postal del Otro Padre	Ciudad	Código Postal
---------------------------------	--------	---------------

C. Información Sobre Seguro de Salud

23. ¿Tiene el solicitante Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. Si es así, ¿cuál es el número de Medi-Cal del solicitante?
--	--

25. ¿Existe una parte del coste? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26. Si es así, ¿cuál es el monto que paga por mes?
---	--

27a. ¿Tiene el solicitante otro Seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	27b. Si es así, ¿cuál es el nombre del plan o compañía de Seguros?
---	--

27c. Número de Póliza o Plan

28. Tipo de plan o compañía de Seguros

- Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
- Otro:

29. ¿Tiene el solicitante Seguro dental?

- Sí No

30. ¿Tiene el solicitante Seguro de visión?

- Sí No

D. Certificación

(Iniciales y firme a continuación. Su firma autoriza al Programa CCS a proceder con esta solicitud).

Yo estoy solicitando ingreso al Programa CCS para determinar mi elegibilidad para recibir servicios/beneficios.

Yo entiendo que completar esta solicitud no garantiza la aceptación del solicitante por parte del Programa CCS.

Yo doy mi permiso para verificar mi residencia, información de salud u otras circunstancias requeridas para determinar la elegibilidad para los servicios/beneficios de CCS.

Yo también certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma de la persona que completa la solicitud	Parentesco con el solicitante	Fecha
(Firma del testigo (solo si la persona firmó con marca))		(Fecha)

***Vea las instrucciones en la página siguiente.**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA (DHCS 4480)

Imprima con letra de imprenta claramente para que su solicitud pueda ser procesada lo más rápido posible.

Complete cada sección en su totalidad. Si no proporciona toda la información, CCS no podrá continuar con su solicitud. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la oficina CCS de su condado local.

Una vez completada la solicitud, envíela por correo a la oficina CCS de su condado local. Recuerde firmar y fechar el formulario.

Sección A: Información del Solicitante (“Solicitante” significa el niño, individuo de 18 años o más, o menor de edad emancipado para quien se solicitan los servicios).

1. **Nombre del Solicitante:** Complete el apellido, nombre y segundo nombre del solicitante. En el siguiente Recuadro, escriba el nombre completo del solicitante tal como aparece en su acta de nacimiento si es diferente de su nombre. Si el solicitante es conocido por otro nombre, incluya ese nombre en el último recuadro.
2. **Fecha de nacimiento del solicitante:** Escriba el mes, día y año del nacimiento del solicitante.
3. **Lugar de nacimiento:** Escriba el condado y el estado donde nació el solicitante. Incluya el país si el solicitante nació fuera de los EE. UU.
4. **Dirección:** Escriba el número de calle, el nombre de la calle, el número de apartamento, la ciudad, el condado y el código postal de la residencia actual del solicitante en este espacio. No utilice un Apartado Postal.
5. **Sexo del solicitante:** Marque el recuadro del sexo correcto para el solicitante (masculino o femenino).
6. **Orientación Sexual e Identidad de Género (Opcional):** Si el solicitante desea contarnos más sobre su género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual, complete las secciones a, b y c. La Sección 6 es opcional, pero es necesaria para que el DHCS solicite la aprobación de [Proyecto de ley 959 de la Asamblea](#) (2015 - 2016).
 - 6a. Marque el recuadro que mejor describa la identidad de género actual del solicitante.
 - 6b. Marque la opción del sexo que figura en el acta de nacimiento original del solicitante.
 - 6c. Marque el recuadro que mejor describa la orientación sexual del solicitante.
7. **Raza/Etnia:** Ingrese la categoría de la siguiente lista que mejor describa la raza/etnia principal del solicitante:

• Indígena de Alaska	• Chino	• Laosiano
• Amerasiático	• Filipino	• Samoano
• Indio Americano	• Guameño	• Vietnamita
• Asiático	• Hawaiano	• Blanco
• Indio Asiático	• Hispano/Latino	• Otro
• Negro/Afroamericano	• Japonés	
• Camboyano	• Coreano	

8. **Número de seguro social del solicitante (opcional):** Escriba el número de seguro social de nueve dígitos del solicitante.
9. **Sospecha de condición o discapacidad del CCS:** Escriba la discapacidad del solicitante o la necesidad especial de atención médica que sería tratada por CCS. La descripción adjunta de las condiciones elegibles para CCS puede ayudarlo (consulte “Qué condiciones médicas cubre CCS” en las páginas 1 y 2). Si no lo sabe, pregúntele al médico del solicitante o deje el espacio en blanco. CCS se comunicará con el médico del solicitante si se necesita más información.
10. **Nombre del médico de atención primaria del solicitante:** Escriba el nombre del médico del solicitante.
11. **Número de teléfono del médico:** Escriba el número de teléfono del médico que aparece en el número 10.

Sección B: Información del Padre/Tutor Legal (los solicitantes mayores de 18 años o menores de edad emancipados deben omitir las secciones 12 y 14).

12. **Nombre(s) del padre/tutor:** Escriba el nombre(s) de los padres del solicitante o el nombre(s) del tutor(es) legal(es) del solicitante.
13. **Nombre de la madre y apellido de soltera:** Escriba el nombre de la madre del solicitante e identifique el apellido de soltera de la madre en el siguiente recuadro.
14. **Dirección:** Escriba el número de calle, el nombre de la calle, el número de apartamento, la ciudad, el condado y el código postal de su residencia actual. No utilice un Apartado Postal.
15. **Dirección Postal:** Si esta dirección es diferente del número 14, escriba el número de la calle, el nombre de la calle, la ciudad y el código postal.
16. **Número de teléfono de casa:** Escriba el número de teléfono de casa donde podamos localizarlo.
17. **Número de teléfono celular:** Escriba el número de celular donde podamos localizarlo.
18. **Número de teléfono del trabajo:** Escriba el número de teléfono del trabajo donde podamos localizarlo.
19. **Idioma(s) hablados:** Escriba el idioma que habla en casa.
20. **Dirección de correo electrónico:** Escriba la dirección de correo electrónico del padre o tutor legal.
21. **Número de personas en la unidad familiar:** Escriba el número de personas que viven en el mismo hogar.
22. **Nombre y dirección del otro padre si no vive con el solicitante:** Escriba el nombre y la dirección de una segunda persona de contacto.

Sección C: Información Sobre Seguro de Salud

Si el CCS considera que usted puede calificar, le pedirán que solicite Medi-Cal si actualmente no recibe beneficios de atención médica de Medi-Cal.

23. Si el solicitante no recibe Medi-Cal, marque “No” y pase al número 27a. Si el solicitante recibe Medi-Cal, marque “Sí” y complete el número de Medi-Cal del solicitante.
24. Si usted, el solicitante, tiene Medi-Cal, ingrese el número de Medi-Cal de 14 dígitos.
25. Si paga una parte del costo de su seguro de Medi-Cal, marque “Sí”.
26. Si paga una parte del costo compartido, complete el monto mensual pagado.
- 27a. Si el solicitante no cuenta con otro Seguro médico, marque “No” y pase al número 29.
- 27b. Si el solicitante tiene Seguro médico, complete el nombre del plan o compañía de Seguros.

- 27c. Si el solicitante tiene Seguro médico, complete el número de póliza o plan.
28. Si el solicitante tiene Seguro médico, marque el recuadro correspondiente dependiendo de qué tipo de Seguro sea. Sus formularios de Seguro le indicarán qué tipo de Seguro médico tiene. Si no está seguro, llame a su compañía de Seguro médico y pregúnteles.
29. Si el solicitante tiene Seguro dental, marque "Sí". Si el solicitante no tiene Seguro dental, marque "No".
30. Si el solicitante tiene Seguro de visión, marque "Sí". Si el solicitante no tiene Seguro de visión, marque "No".

Sección D: Certificación

Asegúrese de firmar y fechar con tinta. Si la firma está firmada con una marca, haga que un testigo firme y complete la fecha.

En "Parentesco con el solicitante", ingrese padre, madre, tutor legal o usted mismo (en el caso de personas de 18 años o más o menores de edad emancipados).

Presentando Su Solicitud

Envíe por correo o entregue su solicitud en la oficina local de CCS de su condado. Para encontrar la oficina CCS de su condado, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CountyOffices.aspx> o busque en la sección gubernamental de su directorio telefónico local bajo "Servicios para Niños de California" o "Departamento de Salud del Condado".

Solicitud de seguro de salud



Donde encontrará un seguro de salud



Ve a dentro

Cosas que hay que saber	1
Solicitud	2-19
Anexos A-F	20-28
Preguntas frecuentes (FAQ)	29-33

Covered California es el lugar donde las personas y familias pueden obtener seguro de salud a bajo costo. Con sólo una solicitud, sabrá si usted es elegible para el seguro de salud gratuito o de bajo costo, incluyendo Medi-Cal.

El estado de California creó Covered California™ para ayudarle a usted y a su familia a obtener seguro de salud.

Tener un seguro de salud puede darle tranquilidad y le ayuda a hacer posible que usted y su familia se mantengan sanos. Con un seguro de salud, usted sabrá que usted y su familia pueden obtener cuidado de salud cuando lo necesiten.

Use esta solicitud para ver a qué opciones de seguro usted es elegible:

- Seguro de Medi-Cal gratuito o de bajo costo
 - Seguro de bajo costo para las mujeres embarazadas a través de Acceso para bebés y madres (AIM)
 - Planes de seguro de salud privados de bajo costo
 - Ayuda para pagar su seguro de salud
- ➔ Posiblemente sea elegible para un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$94,000 al año para una familia de 4 personas.
- ➔ Usted puede usar esta solicitud para solicitar para cualquier persona de su familia, aunque tengan seguro ahora.

Solicite más rápido a través de Covered California en CoveredCA.com

O llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500)
Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m.

Puede pedir esta solicitud en otros idiomas

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

Llame al 1-800-300-0213 para pedir esta solicitud en otros formatos, como letras grandes.



Cosas que hay que saber

Lo que tiene que saber cuando solicite

- Números del Seguro Social para los solicitantes que sean ciudadanos de EE.UU. o información del documento para inmigrantes legales que necesiten seguro. Se necesita prueba de ciudadanía o situación migratoria sólo para los solicitantes.
- Información del empleador e ingresos de todos sus familiares.
- Su información sobre impuestos federales. Por ejemplo, la persona que declara impuestos como jefe de familia y las personas anotadas como dependientes en sus impuestos.
- La información sobre el seguro de salud que usted o cualquier miembro de su familia obtiene a través de un trabajo.
- ➔ Preguntamos sobre ingresos y otra información para asegurarnos que usted y su familia obtengan la mayor cantidad posible de beneficios.
- ➔ **Mantenemos su información privada y segura, como lo exige la ley.** Usaremos su información sólo para ver si usted es elegible para un seguro de salud.
- ➔ Las familias que incluyen inmigrantes pueden solicitar. Usted puede solicitar para su hijo, incluso si usted no es elegible para la cobertura. Solicitar para su hijo elegible no afectará su situación migratoria ni sus probabilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- ➔ Si usted no declara impuestos, usted puede aún ser elegible para el seguro de salud gratuito o de bajo costo, a través de Medi-Cal.
- ➔ Si usted es un miembro de una tribu india americana o nativa de Alaska con reconocimiento federal que está obteniendo servicios de los Indian Health Services, programas tribales de salud o programas urbanos de salud india, usted aún puede ser elegible para el seguro de salud a través de Covered California.

Solicite más rápido en internet

Solicite por internet en **CoveredCA.com**. ¡Es seguro y rápido y tendrá resultados con mayor rapidez!

Cuando haya terminado

Envíe su solicitud llena y firmada a:
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ **Si usted no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de cualquier manera.** Podemos llamarle para ayudarle a terminar su solicitud.
- ➔ **No envíe su pago de inscripción al plan de seguro de salud con esta solicitud.** Su plan le enviará una factura por la cantidad que deba.

Obtenga ayuda con esta solicitud

¡Estamos aquí para ayudarle! Usted puede tener ayuda gratuita.

- **En internet:** **CoveredCA.com**
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de servicios al cliente al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m.
- **En persona:** Tenemos Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros capacitados que pueden ayudarle. Para obtener una lista de Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros cerca de donde usted vive o trabaja o una lista de oficinas de servicios sociales del condado cerca de usted, vaya a **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). ¡Esta ayuda es gratuita!
- Si usted tiene alguna discapacidad u otra necesidad, podemos ayudarle a llenar esta solicitud sin costo para usted. Usted puede ir personalmente a la oficina local de servicios sociales de su condado o llamar a nuestro Centro de servicios al cliente al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Comience aquí la solicitud *(use solamente tinta azul o negra)*

Paso 1:

Díganos sobre el adulto que será nuestro contacto principal para esta solicitud

Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*

Dirección de su **casa** Número de apartamento

Ciudad *(dirección de la casa)* Estado Código postal Condado

Marque aquí si usted no tiene dirección de su casa. Provea una dirección postal más abajo.

Marque aquí si su dirección postal es la misma que la de su casa.
Si no es la misma, provea su dirección postal más abajo:

Dirección **postal** o apartado postal *(si es diferente a la de su casa)* Número de apartamento

Ciudad *(dirección postal)* Estado Código postal Condado

Mejor número de teléfono para llamarle

Casa Celular Trabajo

Número: () -

Otro número de teléfono

Casa Celular Trabajo

Número: () -

¿En qué idioma deberíamos escribirle?

¿En qué idioma quiere que hablemos con usted?

¿Cómo le gustaría recibir información sobre esta solicitud?

Teléfono Correo Correo electrónico Dirección electrónica: _____

¿Está solicitando para un niño menor de 1 año de edad?

Los bebés menores de 1 año son elegibles para Medi-Cal si su madre estaba en Medi-Cal o AIM en el momento del parto. Usted no tiene que llenar una solicitud para Medi-Cal para un bebé cuya madre estaba en Medi-Cal o AIM en el momento del parto. Llame a la oficina de servicios sociales de su condado cuando su bebé nazca para asegurarse que su bebé esté cubierto. O llene la información de abajo.

Opcional: si dá la siguiente información, es posible que el bebé sea elegible automáticamente para Medi-Cal. No tiene que llenar el Paso 2 de esta solicitud para el bebé.

¿Está solicitando para un niño menor de 1 año? Sí No

Si es "Sí" ¿tenía la madre del niño Medi-Cal o AIM cuando el niño nació? Sí No

Si es "Sí" ¿se anotará la madre del niño en esta solicitud? Sí No

Si es "Sí", la madre es la Persona número _____ en esta solicitud

Si es "No" ¿cuáles son el nombre y apellido de la madre? _____

Por favor provea el número de Medi-Cal, AIM o Número de seguro social (Nº de SS) de la madre _____

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Paso 2:

Díganos sobre usted y su familia

Sus ingresos y el tamaño de su familia nos ayudan a decidir para cuáles programas usted es elegible. Con esta información, nos aseguramos que todos obtengan la mejor cobertura posible.

Deberá incluir a estas personas en esta solicitud:

- Su cónyuge
 - Sus hijos que vivan con usted
 - Todos los padres que vivan en el hogar con sus hijos
 - Todos los que estén en su declaración federal de impuestos sobre ingresos, si llena una. No tiene que declarar impuestos para solicitar un seguro de salud.
- ★ Si usted está anotado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, debe incluir a todos los miembros del hogar de la declaración de impuestos que lo anotaron a usted y a cualquier miembro de su familia que viva con usted.
- ★ Cualquier otra persona que viva con usted (por ejemplo, novio, novia o con quien comparta la casa) tendrá que llenar su **propia** solicitud si desean seguro de salud.

Llene el Paso 2 para cada persona de su familia. ¡Comience con usted!

- Para solicitar para más de cuatro personas, **haga una copia de las páginas 6-8** por cada persona adicional.
- Mantendremos toda su información privada como lo exige la ley. Usaremos la información personal sólo para ver si usted es elegible para el seguro de salud. Usted no tiene que dar la situación migratoria ni los números del Seguro Social (Nº de SS) de sus familiares que no estén solicitando seguro de salud.

Persona 1 Díganos sobre usted.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV)	Parentesco con usted Usted
Usted es: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Usted es: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada <input type="checkbox"/> Viudo		
Fecha de nacimiento (mes / día / año)		¿Usted está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es "Sí"</i> ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha esperada del parto? _____		

Solicite seguro de salud *Incluso si usted tiene seguro ahora, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.*

- ▶ ¿Está solicitando seguro de salud para usted?
- Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo y llene las páginas 4 y 5.
 - No Si usted **no** está solicitando para usted y está solicitando para un dependiente, asegúrese de llenar la página 5.
 - No Si usted **no** está solicitando para usted ni para un dependiente, vaya a la página 6.

★ Número de Seguro Social (Nº de SS)

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Si no tiene un Nº de SS ¿por qué?

- Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____
- Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____
- Exención religiosa No soy elegible para un Nº de SS

★ Usted debe dar un Número de Seguro Social (Nº de SS) si quiere solicitar seguro de salud. Usamos números del Seguro Social (Nº de SS) para comprobar ingresos y otra información. Incluso si no está solicitando, su Nº de SS nos ayudará a revisar su solicitud más rápido. Asegúrese de dar su Nº de SS si usted no está solicitando para usted pero declara impuestos y está solicitando para alguien en su hogar para fines fiscales.

Si alguien que está solicitando no tiene un Nº de SS y quiere ayuda para conseguir uno, llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o visite **CoveredCA.com**.

La **Persona 1** continúa en la página siguiente 



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Paso 2:

Persona 1 (continuación)

Información sobre impuestos federales de ingresos *Si usted no declara impuestos, usted puede aún ser elegible para el seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal. Mantendremos su información privada. Usaremos su información sólo para decidir si usted es elegible para el seguro de salud.*

¿Usted es el declarante principal de impuestos (su nombre está en primer lugar en la declaración de impuestos)? Sí No
Sólo una persona de esta solicitud puede ser el declarante de impuestos.

¿Va a declarar impuestos por el año de **beneficios**?

Sí No

Si es "Sí" ¿cómo declarará?

Jefe de familia Soltero

Casado presentando en forma conjunta

Casado presentando por separado

¿Alguna persona lo incluyó como dependiente en sus impuestos?

Sí No

Si es "Sí" ¿quién?

Persona número _____ en esta solicitud

Esta persona es un padre sin custodia

Esta persona es un padre sin custodia que no está anotado en esta solicitud

¿Usted tiene otro seguro de salud o le ofrecieron seguro a través de un trabajo? Sí No

Si es "Sí", llene el Anexo B de las páginas 22 y 23.

¿Tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo?

Sí No *Lea la pregunta frecuente #27 para más información sobre lo que significa tener una discapacidad.*

¿Necesita ayuda para cuidado a largo plazo o con servicios en el hogar y con base en la comunidad? Sí No

¿Usted es ciudadano o nacional de EE.UU.? Sí No Si usted **no** es ciudadano o nacional de los EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Usted tiene una situación migratoria satisfactoria? Sí **Para ver si usted es un inmigrante legal**, vaya al Anexo E de la página 27 para ver la lista. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos su número de identificación del documento será su Número de registro de extranjero.

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?

Sí No

¿Usted, su cónyuge o un hijo dependiente soltero son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

¿Recibe beneficios de Medicare?

Sí No

¿Ha tenido algún gasto médico en los últimos 3 meses que necesite ayuda para pagarlos?

Sí No

¿Vive con algún niño menor de 19 años? Sí No **Si es "Sí"** ¿usted se encarga de los niños? Sí No

¿Usted tiene de 18 a 20 años y es estudiante de tiempo completo? Sí No ¿Usted tiene de 18 a 26 años? Sí No

Si es "Sí" ¿usted estaba en cuidado temporario en algún estado el día que cumplió 18 años? Sí No

¿Usted tiene 18 años o menos? Sí No ¿Cuántos padres viven con usted? _____

¿Vive temporariamente fuera del estado? Sí No

Si quiere elegir un plan de seguro de salud ahora, marque aquí y llene el Anexo D de la página 25.

Díganos sobre su raza *Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué seguro de salud usted es elegible.*

¿Cuál es su raza? (opcional; marque todo lo aplicable)

Blanca

India asiática

Japonesa

Guameña o

Negra o

Camboyana

Coreana

chamorra

afroamericana

China

Laosiana

Samoana

India americana o

Filipina

Vietnamita

Otra

nativa de Alaska

Hmong

Nativa

hawaiana

¿Usted es de origen hispano, latino o español? (opcional) Sí No

Si es "Sí", marque cuáles:

Mexicano, mexico-americano, chicano

Salvadoreño Guatemalteco

Cubano Puertorriqueño

Otro origen hispano, latino o español:

★ Marque aquí si usted es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de las páginas 20 y 21.

La **Persona 1** continúa en la página siguiente



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Paso 2:

Persona 1 (continuación)

Díganos acerca de su trabajo actual y cómo obtiene dinero *Agregue una página adicional si necesita más espacio.*

¿Usted trabaja ahora? Sí **Si es "Sí"**, responda a las preguntas de abajo. No **Si es "No"**, vaya a otros ingresos en esta página.

► **¿Dónde trabaja usted ahora?** *Si tiene más trabajos, agregue otra hoja de papel.*

TRABAJO 1: ¿Cómo le pagan?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Cada tres meses	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____
TRABAJO 2: ¿Cómo le pagan?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Cada tres meses	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____
Nombre del empleador (<i>opcional</i>)			

► **¿Trabaja por su cuenta?**

TRABAJO 1: ¿Trabaja por su cuenta? Sí **Si es "Sí"**, responda a las preguntas de abajo. No **Si es "No"**, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	---

TRABAJO 2: ¿Trabaja por su cuenta? Sí **Si es "Sí"**, responda a las preguntas de abajo. No **Si es "No"**, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	---

► **¿Usted tiene otros ingresos?** *Estos son dinero que recibe de otras fuentes que no son trabajo. No incluya manutención infantil, pago de veteranos o Ingresos de seguridad suplementarios (SSI). Vaya al Anexo E de la página 27 para ver ejemplos de otros ingresos.*

¿Usted tiene otros ingresos? Sí **Si es "Sí"**, responda a las preguntas de abajo. No **Si es "No"**, vaya a ingresos cambian en esta página.

¿De dónde vienen estos ingresos?	¿Con qué frecuencia le pagan? (marque una)	¿Cuánto?
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____

► **¿Sus ingresos cambian de mes a mes?** *Si es así, responda a las dos preguntas de abajo.*

¿Cuáles cree que serán sus ingresos totales este año? (<i>opcional</i>) \$ _____	Si espera que sus ingresos cambien el año que viene ¿cuál sería el nuevo total de sus ingresos? (<i>opcional</i>) \$ _____
---	---

► **¿Usted tiene deducciones?** *Si hace ciertos pagos deducibles en una declaración federal de impuestos sobre ingresos, avisarnos sobre ellas podría bajar el costo del seguro de salud. No incluya los gastos del trabajo por su cuenta. El Anexo E (página 27) contiene otros tipos de deducciones.*

¿Usted tiene deducciones? Sí **Si es "Sí"**, responda a las preguntas de abajo. No **Si es "No"**, vaya a la página siguiente.

Tipo de deducción	¿Con qué frecuencia recibe o paga esta deducción? (marque una)	¿Cuánto?
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Paso 2:

Persona 2 Díganos sobre **la siguiente persona** que vive en su hogar. **Si usted tiene más de cuatro personas** en esta solicitud, haga una copia de las páginas 6 a 8 por cada persona adicional.

Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV) Parentesco con usted

- Marque aquí si la dirección de la casa de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección de la casa de esta persona a continuación:

Dirección de su **casa** Número de apartamento

Ciudad (dirección de la casa) Estado Código Postal Condado

- Marque aquí si esta persona no tiene dirección. Provea una dirección postal más abajo.

- Marque aquí si la dirección postal de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, provea la dirección postal de esta persona a continuación:

Dirección **postal** o apartado postal (si es diferente a la de su casa) Número de apartamento

Ciudad (dirección postal) Estado Código Postal Condado

Mejor número de teléfono para comunicarnos con esta persona

- Casa Celular Trabajo

Número: () -

Otro número de teléfono

- Casa Celular Trabajo

Número: () -

Dirección electrónica:

¿En qué idioma deberíamos escribir a esta persona?

¿En qué idioma quiere esta persona que le hablemos?

Esta persona es: Hombre Mujer

Esta persona es: Soltera Nunca se casó Casada Divorciada
 Pareja doméstica registrada Viuda

Fecha de nacimiento (mes / día / año)

¿Esta persona está embarazada? Sí No **Si es "Sí"** ¿cuántos bebés está esperando? _____

¿Cuál es la fecha esperada del parto? _____

- **Solicite seguro de salud** Incluso si esta persona tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.

- ¿Esta persona está solicitando seguro de salud?

- Sí **Si es "Sí"**, responda a las preguntas de abajo. No **Si es "No"**, la información de N° de SS es opcional.

★ Número de Seguro Social (N° de SS)

— — — — —

Si esta persona no tiene un Número de Seguro Social ¿por qué?

Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____

Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____

Exención religiosa No es elegible para un N° de SS

Información sobre impuestos federales de ingresos Si esta persona no declaró impuestos, aún puede ser elegible para el seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal. Conservaremos la información privada y la usaremos sólo para decidir si la persona es elegible para el seguro de salud.

¿Esta persona es el declarante principal de impuestos (su nombre está en primer lugar en la declaración de impuestos)? Sí No
Sólo una persona de esta solicitud puede ser el declarante de impuestos.

¿Esta persona va a declarar impuestos por el año de **beneficios**? Sí No **Si es "Sí"** ¿cómo declarará?

Jefe de familia Soltero

Casado presentando en forma conjunta

Casado presentando por separado

¿Alguna otra persona declaró a esta persona como dependiente en sus impuestos? Sí No **Si es "Sí"** ¿quién?

Persona número _____ en esta solicitud

Esta persona es un padre sin custodia

Esta persona es un padre sin custodia que no está anotado en esta solicitud

La **Persona 2** continúa en la página siguiente 

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Paso 2:

Persona 2 (continuación)

¿Esta persona tiene otro seguro de salud o le ofrecieron seguro a través de su trabajo? Sí No

Si es "Sí", llene el Anexo B de las páginas 22 y 23.

¿Esta persona tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? Sí No *Lea la pregunta frecuente #27 para más información sobre lo que significa tener una discapacidad.*

¿Esta persona necesita ayuda para cuidado a largo plazo o con servicios en el hogar y con base en la comunidad? Sí No

Esta persona es ciudadano o nacional de EE.UU.? Sí No

Si esta persona **no** es ciudadano o nacional de los EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Esta persona tiene una situación migratoria satisfactoria? Sí **Para ver si esta persona es un inmigrante legal, vaya al Anexo E de la página 27 para ver la lista. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos su número de identificación del documento será su número de registro de extranjero.**

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido esta persona en EE.UU. desde 1996? Sí No

¿Esta persona, su cónyuge o un hijo dependiente soltero de esta persona son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

¿Esta persona recibe beneficios de Medicare? Sí No

¿Esta persona ha tenido algún gasto médico en los últimos 3 meses y necesita ayuda para pagarlo? Sí No

¿Esta persona vive con niños menores de 19 años de edad? Sí No **Si es "Sí"** ¿cuida esta persona a los hijos? Sí No

¿Esta persona tiene de 18 a 20 años de edad y es estudiante de tiempo completo? Sí No

¿Esta persona tiene de 18 a 26 años de edad? Sí No

Si es "Sí" ¿esta persona estaba en cuidado temporario en algún estado el día en que cumplió 18 años? Sí No

¿Esta persona tiene 18 años o menos? Sí No ¿Cuántos padres viven con esta persona? _____

¿Esta persona vive temporariamente fuera del estado? Sí No

Díganos sobre la raza de esta persona *Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué seguro de salud esta persona es elegible.*

¿Cuál es la raza de esta persona? (opcional; marque todo lo que se refiera a ella)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Camboyana | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Laosiana | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana | |

¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? (opcional) Sí No

Si es "Sí", marque cuáles:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexico-americano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Guatemalteco |
| <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español: _____ |

★ Marque aquí si esta persona es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de las páginas 20 y 21.

La **Persona 2** continúa en la página siguiente 



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Paso 2:

Persona 2 (continuación)

Díganos sobre el trabajo actual de esta persona y cómo obtiene dinero *Agregue una página si necesita más espacio.*

¿Esta persona trabaja ahora? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

► ¿Dónde trabaja esta persona ahora? *Si tiene más trabajos, agregue otra hoja de papel.*

TRABAJO 1: ¿Cómo le pagan a esta persona?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses
Nombre del empleador (<i>opcional</i>)	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____	
TRABAJO 2: ¿Cómo le pagan a esta persona?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses
Nombre del empleador (<i>opcional</i>)	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____	

► ¿Esta persona trabaja por su cuenta?

TRABAJO 1: ¿Trabaja por su cuenta? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	---

TRABAJO 2: ¿Trabaja por su cuenta? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá esta persona este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	--

► ¿Esta persona tiene otros ingresos? *Estos son dinero que recibe de otras fuentes que no son trabajo. No incluya manutención infantil, pago de veteranos o Ingresos de seguridad suplementarios (SSI). Vaya al Anexo E de la página 27 para ver ejemplos de otros ingresos.*

¿Tiene otros ingresos? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a ingresos cambian en esta página.

¿De dónde vienen estos ingresos?	¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona? (marque una)	¿Cuánto?
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____

► ¿Para esta persona los ingresos cambian de mes a mes? *Si es así, responda a las dos preguntas de abajo.*

¿Cuáles cree esta persona que serán sus ingresos totales **este** año? (*opcional*) \$ _____ Si espera que los ingresos de esta persona cambien el año **que viene** ¿cuál sería el nuevo total de sus ingresos? (*opcional*) \$ _____

► ¿Esta persona tiene deducciones? *Si esta persona hace ciertos pagos deducibles en una declaración federal de impuestos sobre ingresos, avisarnos sobre ellas podría bajar el costo del seguro de salud. No incluya los gastos del trabajo por su cuenta. El Anexo E de la página 27 contiene otros tipos de deducciones.*

¿Esta persona tiene deducciones? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a la página siguiente.

Tipo de deducción	¿Con qué frecuencia esta persona recibe o paga esta deducción? (marque una)	¿Cuánto?
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Paso 2:

Persona 3 Díganos sobre **la siguiente persona** que vive en su hogar.

Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV) Parentesco con usted

- Marque aquí si la dirección de la casa de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección de la casa de esta persona a continuación:

Dirección de su **casa** Número de apartamento

Ciudad (dirección de la casa) Estado Código Postal Condado

- Marque aquí si esta persona no tiene dirección. Deberá darnos una dirección postal más abajo.

- Marque aquí si la dirección postal de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, provea la dirección postal de esta persona a continuación:

Dirección **postal** o apartado postal (si es diferente a la de su casa) Número de apartamento

Ciudad (dirección postal) Estado Código Postal Condado

Mejor número de teléfono para comunicarnos con esta persona

- Casa Celular Trabajo

Número: () -

Otro número de teléfono

- Casa Celular Trabajo

Número: () -

Dirección electrónica:

¿En qué idioma deberíamos escribir a esta persona?

¿En qué idioma quiere esta persona que le hablemos?

Esta persona es: Hombre Mujer

Esta persona es: Soltera Nunca se casó Casada Divorciada
 Pareja doméstica registrada Viuda

Fecha de nacimiento (mes / día / año)

¿Esta persona está embarazada? Sí No **Si es "Sí"** ¿cuántos bebés está esperando? _____

¿Cuál es la fecha esperada del parto? _____

- **Solicite seguro de salud** Incluso si esta persona tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.

- ¿Esta persona está solicitando seguro de salud?

- Sí **Si es "Sí"**, responda a las preguntas de abajo. No **Si es "No"**, la información de N° de SS es opcional.

★ Número de Seguro Social (N° de SS)

_____ - _____ - _____

Si esta persona no tiene un Número de Seguro Social ¿por qué?

Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____

Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____

Exención religiosa No es elegible para un N° de SS

Información sobre impuestos federales de ingresos Si esta persona no declaró impuestos, aún puede ser elegible para el seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal. Conservaremos la información privada y la usaremos sólo para decidir si la persona es elegible para el seguro de salud.

¿Esta persona es el declarante principal de impuestos (su nombre está en primer lugar en la declaración de impuestos)? Sí No
Sólo una persona de esta solicitud puede ser el declarante de impuestos.

¿Esta persona va a declarar impuestos por el año de **beneficios**? Sí No **Si es "Sí"** ¿cómo declarará?

- Jefe de familia Soltero
 Casado presentando en forma conjunta
 Casado presentando por separado

¿Alguna otra persona declaró a esta persona como dependiente en sus impuestos? Sí No **Si es "Sí"** ¿quién?

- Persona número _____ en esta solicitud
 Esta persona es un padre sin custodia
 Esta persona es un padre sin custodia que no está anotado en esta solicitud

La **Persona 3** continúa en la página siguiente 



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Paso 2:

Persona 3 (continuación)

¿Esta persona tiene otro seguro de salud o le ofrecieron seguro a través de su trabajo? Sí No

Si es "Sí", llene el Anexo B de las páginas 22 y 23.

¿Esta persona tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? Sí No *Lea la pregunta frecuente #27 para más información sobre lo que significa tener una discapacidad.*

¿Esta persona necesita ayuda para cuidado a largo plazo o con servicios en el hogar y con base en la comunidad? Sí No

Esta persona es ciudadano o nacional de EE.UU.? Sí No

Si esta persona **no** es ciudadano o nacional de los EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Esta persona tiene una situación migratoria satisfactoria? Sí **Para ver si esta persona es un inmigrante legal, vaya al Anexo E de la página 27 para ver la lista. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos su número de identificación del documento será su número de registro de extranjero.**

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido esta persona en EE.UU. desde 1996? Sí No

¿Esta persona, su cónyuge o un hijo dependiente soltero de esta persona son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

¿Esta persona recibe beneficios de Medicare? Sí No

¿Esta persona ha tenido algún gasto médico en los últimos 3 meses y necesita ayuda para pagarlo? Sí No

¿Esta persona vive con niños menores de 19 años de edad? Sí No **Si es "Sí"** ¿cuida esta persona a los hijos? Sí No

¿Esta persona tiene de 18 a 20 años de edad y es estudiante de tiempo completo? Sí No

¿Esta persona tiene de 18 a 26 años de edad? Sí No

Si es "Sí" ¿esta persona estaba en cuidado temporario en algún estado el día en que cumplió 18 años? Sí No

¿Esta persona tiene 18 años o menos? Sí No ¿Cuántos padres viven con esta persona? _____

¿Esta persona vive temporariamente fuera del estado? Sí No

Díganos sobre la raza de esta persona *Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué seguro de salud esta persona es elegible.*

¿Cuál es la raza de esta persona? (opcional; marque todo lo que se refiera a ella)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Camboyana | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Laosiana | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana | |

¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? (opcional) Sí No

Si es "Sí", marque cuáles:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexico-americano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Guatemalteco |
| <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español: _____ |

★ Marque aquí si esta persona es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de las páginas 20 y 21.

La **Persona 3** continúa en la página siguiente 

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Paso 2:

Persona 3 (continuación)

Díganos sobre el trabajo actual de esta persona y cómo obtiene dinero *Agregue una página si necesita más espacio.*

¿Esta persona trabaja ahora? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

► **¿Dónde trabaja esta persona ahora?** *Si tiene más trabajos, agregue otra hoja de papel.*

TRABAJO 1: ¿Cómo le pagan a esta persona?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses
Nombre del empleador (<i>opcional</i>)	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____	

TRABAJO 2: ¿Cómo le pagan a esta persona?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses
Nombre del empleador (<i>opcional</i>)	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____	

► **¿Esta persona trabaja por su cuenta?**

TRABAJO 1: ¿Trabaja por su cuenta? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	---

TRABAJO 2: ¿Trabaja por su cuenta? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá esta persona este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	--

► **¿Esta persona tiene otros ingresos?** *Estos son dinero que recibe de otras fuentes que no son trabajo. No incluya manutención infantil, pago de veteranos o Ingresos de seguridad suplementarios (SSI). Vaya al Anexo E de la página 27 para ver ejemplos de otros ingresos.*

¿Tiene otros ingresos? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a ingresos cambian en esta página.

¿De dónde vienen estos ingresos?	¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona? (marque una)	¿Cuánto?
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____

► **¿Para esta persona los ingresos cambian de mes a mes?** *Si es así, responda a las dos preguntas de abajo.*

¿Cuáles cree esta persona que serán sus ingresos totales **este** año? (*opcional*) \$ _____ Si espera que los ingresos de esta persona cambien el año **que viene** ¿cuál sería el nuevo total de sus ingresos? (*opcional*) \$ _____

► **¿Esta persona tiene deducciones?** *Si esta persona hace ciertos pagos deducibles en una declaración federal de impuestos sobre ingresos, avisarnos sobre ellas podría bajar el costo del seguro de salud. No incluya los gastos del trabajo por su cuenta. El Anexo E de la página 27 contiene otros tipos de deducciones.*

¿Esta persona tiene deducciones? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a la página siguiente.

Tipo de deducción	¿Con qué frecuencia esta persona recibe o paga esta deducción? (marque una)	¿Cuánto?
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Paso 2:

Persona 4 Díganos sobre la siguiente persona que vive en su hogar.

Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV) Parentesco con usted

- Marque aquí si la dirección de la casa de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección de la casa de esta persona a continuación:

Dirección de su **casa** Número de apartamento

Ciudad (*dirección de la casa*) Estado Código Postal Condado

- Marque aquí si esta persona no tiene dirección. Deberá darnos una dirección postal más abajo.

- Marque aquí si la dirección postal de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, provea la dirección postal de esta persona a continuación:

Dirección **postal** o apartado postal (*si es diferente a la de su casa*) Número de apartamento

Ciudad (*dirección postal*) Estado Código Postal Condado

Mejor número de teléfono para comunicarnos con esta persona

- Casa Celular Trabajo

Número: () -

Otro número de teléfono

- Casa Celular Trabajo

Número: () -

Dirección electrónica:

¿En qué idioma deberíamos escribir a esta persona?

¿En qué idioma quiere esta persona que le hablemos?

Esta persona es: Hombre Mujer

Esta persona es: Soltera Nunca se casó Casada Divorciada
 Pareja doméstica registrada Viuda

Fecha de nacimiento (*mes / día / año*)

¿Esta persona está embarazada? Sí No *Si es "Sí"* ¿cuántos bebés está esperando? _____

¿Cuál es la fecha esperada del parto? _____

- **Solicite seguro de salud** Incluso si esta persona tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.

- ¿Esta persona está solicitando seguro de salud?

- Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, la información de N° de SS es opcional.

★ Número de Seguro Social (N° de SS)

_____ - _____ - _____

Si esta persona no tiene un Número de Seguro Social ¿por qué?

Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____

Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____

Exención religiosa No es elegible para un N° de SS

Información sobre impuestos federales de ingresos Si esta persona no declaró impuestos, aún puede ser elegible para el seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal. Conservaremos la información privada y la usaremos sólo para decidir si la persona es elegible para el seguro de salud.

¿Esta persona es el declarante principal de impuestos (su nombre está en primer lugar en la declaración de impuestos)? Sí No
Sólo una persona de esta solicitud puede ser el declarante de impuestos.

¿Esta persona va a declarar impuestos por el año de **beneficios**? Sí No *Si es "Sí"* ¿cómo declarará?

- Jefe de familia Soltero
 Casado presentando en forma conjunta
 Casado presentando por separado

¿Alguna otra persona declaró a esta persona como dependiente en sus impuestos? Sí No *Si es "Sí"* ¿quién?

- Persona número _____ en esta solicitud
 Esta persona es un padre sin custodia
 Esta persona es un padre sin custodia que no está anotado en esta solicitud

La **Persona 4** continúa en la página siguiente 

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Paso 2:

Persona 4 (continuación)

¿Esta persona tiene otro seguro de salud o le ofrecieron seguro a través de su trabajo? Sí No

Si es "Sí", llene el Anexo B de las páginas 22 y 23.

¿Esta persona tiene alguna discapacidad física, mental, emocional o del desarrollo? Sí No *Lea la pregunta frecuente #27 para más información sobre lo que significa tener una discapacidad.*

¿Esta persona necesita ayuda para cuidado a largo plazo o con servicios en el hogar y con base en la comunidad? Sí No

Esta persona es ciudadano o nacional de EE.UU.? Sí No

Si esta persona **no** es ciudadano o nacional de los EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Esta persona tiene una situación migratoria satisfactoria? Sí **Para ver si esta persona es un inmigrante legal, vaya al Anexo E de la página 27 para ver la lista. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos su número de identificación del documento será su número de registro de extranjero.**

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido esta persona en EE.UU. desde 1996? Sí No

¿Esta persona, su cónyuge o un hijo dependiente soltero de esta persona son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

¿Esta persona recibe beneficios de Medicare? Sí No

¿Esta persona ha tenido algún gasto médico en los últimos 3 meses y necesita ayuda para pagarlo? Sí No

¿Esta persona vive con niños menores de 19 años de edad? Sí No **Si es "Sí"** ¿cuida esta persona a los hijos? Sí No

¿Esta persona tiene de 18 a 20 años de edad y es estudiante de tiempo completo? Sí No

¿Esta persona tiene de 18 a 26 años de edad? Sí No

Si es "Sí" ¿esta persona estaba en cuidado temporario en algún estado el día en que cumplió 18 años? Sí No

¿Esta persona tiene 18 años o menos? Sí No ¿Cuántos padres viven con esta persona? _____

¿Esta persona vive temporariamente fuera del estado? Sí No

Díganos sobre la raza de esta persona *Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué seguro de salud esta persona es elegible.*

¿Cuál es la raza de esta persona? (opcional; marque todo lo que se refiera a ella)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Camboyana | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Laosiana | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana | |

¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? (opcional) Sí No

Si es "Sí", marque cuáles:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexico-americano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Guatemalteco |
| <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español: _____ |

★ Marque aquí si esta persona es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de las páginas 20 y 21.

La **Persona 4** continúa en la página siguiente 



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Paso 2:

Persona 4 (continuación)

Díganos sobre el trabajo actual de esta persona y cómo obtiene dinero *Agregue una página si necesita más espacio.*

¿Esta persona trabaja ahora? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

▶ **¿Dónde trabaja esta persona ahora?** *Si tiene más trabajos, agregue otra hoja de papel.*

TRABAJO 1: ¿Cómo le pagan a esta persona?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses
Nombre del empleador (<i>opcional</i>)	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____	
TRABAJO 2: ¿Cómo le pagan a esta persona?	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	<input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses
Nombre del empleador (<i>opcional</i>)	¿Cuánto le pagan (antes de impuestos)? \$ _____	

▶ **¿Esta persona trabaja por su cuenta?**

TRABAJO 1: ¿Trabaja por su cuenta? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	---

TRABAJO 2: ¿Trabaja por su cuenta? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a otros ingresos en esta página.

Tipo de trabajo	¿Qué cantidad de ingreso neto obtendrá esta persona este mes? \$ _____ <i>Ingresos netos significa las ganancias que quedan después de pagar los gastos. El Anexo E de la página 27 dice qué podría contar.</i>
-----------------	--

▶ **¿Esta persona tiene otros ingresos?** *Estos son dinero que recibe de otras fuentes que no son trabajo. No incluya manutención infantil, pago de veteranos o Ingresos de seguridad suplementarios (SSI). Vaya al Anexo E de la página 27 para ver ejemplos de otros ingresos.*

¿Tiene otros ingresos? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a ingresos cambian en esta página.

¿De dónde vienen estos ingresos?	¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona? (marque una)	¿Cuánto?
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____

▶ **¿Para esta persona los ingresos cambian de mes a mes?** *Si es así, responda a las dos preguntas de abajo.*

¿Cuáles cree esta persona que serán sus ingresos totales **este año**? (*opcional*) \$ _____ Si espera que los ingresos de esta persona cambien el año **que viene** ¿cuál sería el nuevo total de sus ingresos? (*opcional*) \$ _____

▶ **¿Esta persona tiene deducciones?** *Si esta persona hace ciertos pagos deducibles en una declaración federal de impuestos sobre ingresos, avisarnos sobre ellas podría bajar el costo del seguro de salud. No incluya los gastos del trabajo por su cuenta. El Anexo E de la página 27 contiene otros tipos de deducciones.*

¿Esta persona tiene deducciones? Sí *Si es "Sí"*, responda a las preguntas de abajo. No *Si es "No"*, vaya a la página siguiente.

Tipo de deducción	¿Con qué frecuencia esta persona recibe o paga esta deducción? (marque una)	¿Cuánto?
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Intereses por préstamos estudiantiles <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Cada seis meses <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único (<i>Lea la pregunta frecuente #33 de la página 33.</i>)	\$ _____

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Paso 3:

Por favor lea y firme esta solicitud

Usted puede elegir un representante autorizado

- ★ Usted puede elegir a una persona como su “representante autorizado”. Un representante autorizado es una persona a la que usted le permite ver su solicitud y hablar con nosotros sobre ella, ahora y en el futuro.

Nombre del representante autorizado

Dirección

Número de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre ella, y actúe por usted en todos los asuntos futuros con esta agencia.

Su firma

Fecha



Declaración de privacidad

Esta solicitud es para el seguro de salud a través de Covered California o para los beneficios a través del Departamento de servicios de atención médica (DHCS). La información personal y médica que usted proporcione aquí es privada y confidencial. Covered California o DHCS la necesitan para identificarle a usted y a las demás personas en esta solicitud y para administrar nuestros programas.

Compartiremos su información con otras agencias del estado, federales y locales; contratistas, planes de salud y programas, sólo para inscribirle en un plan o programa o para administrar los programas, y con otras agencias del estado y federales, como lo exige la ley.

- Usted debe responder a todas las preguntas de esta solicitud que no estén marcadas con la palabra “opcional”. Si a su solicitud le falta alguna información que necesitemos, nos comunicaremos con usted para obtenerla. ➔ ***Si usted no la proporciona***, no podremos tomar una decisión sobre su solicitud. Posiblemente tenga que enviar una solicitud nueva o no pueda obtener seguro de salud a través de Covered California o su solicitud para los beneficios puede ser rechazada.
- En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su información personal que está en los expedientes federales y del estado. Usted puede ver la información en un formato alternativo (como letras grandes) si lo necesita.

Para obtener más información o para revisar los expedientes de **Covered California**, comuníquese con el Funcionario de privacidad de:

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Teléfono: **1-800-300-0213**
TTY: 1-888-889-4500

Para el **Departamento de servicios de cuidado de salud**, comuníquese con la Unidad de protección de la información en:

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413

Teléfono: **1-866-866-0602**
TTY: 1-877-735-2929

Estas leyes del estado y federales nos dan el derecho de recoger y guardar la información de la solicitud:

Covered CA: U.S.C. 42 § 18031; Código de gobierno de CA §§ 100502(k) y 100503(a)

DHCS: Bienestar social e instituciones de California. Código § 14011 y artículo 3, capítulos 5 y 7, partes 2 y 3, división 9

Nosotros debemos darle esta Declaración de privacidad según el Código civil de CA §1 798.17.

Puede ver la Política de privacidad de Covered California en **CoveredCA.com**. Lea el Aviso de prácticas de privacidad de DHCS en dhcs.ca.gov.

El Paso 3 continúa en la página siguiente



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Sus derechos y responsabilidades

- La información que di en esta solicitud es verdadera, según mi entendimiento. Sé que podría estar sujeto a una sanción si no digo la verdad.
- Entiendo que la información que doy se usará sólo para ver si las personas de mi familia que están solicitando seguro de salud serán elegibles.
- Entiendo que Covered California y Medi-Cal mantendrán mi información privada, como lo exige la ley. Para obtener más información o acceso a la información personal que está en los expedientes mantenidos por Covered California y el programa Medi-Cal, puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad al: **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Entiendo que para ser elegible para Medi-Cal, se me exige que solicite otros ingresos o beneficios para los que yo o algún miembro del hogar tengamos derecho, a menos que él o ella tengan un motivo justificado para no hacerlo. Algunos ejemplos de estos ingresos o beneficios son pensiones, beneficios del gobierno, ingresos de jubilación, beneficios de veterano, anualidades, beneficios por discapacidad, beneficios del Seguro Social (también llamados OASDI o Seguro de edad avanzada, sobrevivientes y seguros de discapacidad), y beneficios de desempleo. Pero tales ingresos o beneficios no incluyen beneficios de asistencia pública, como CalWORKS o CalFresh. Si tengo una pregunta sobre una posible fuente de ingresos puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) para pedir ayuda.
- Sé que debo avisar a Covered California o a la oficina de servicios sociales de mi condado sobre cualquier cambio en lo que escribí en esta solicitud. Para avisar sobre cambios, puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o ir a **CoveredCA.com**. O puedo llamar a la oficina de servicios sociales de mi condado.
- Sé que Covered California no debe discriminar en mi contra ni contra cualquier persona en esta solicitud debido a raza, color, origen nacional, religión, edad, sexo, orientación sexual, estado civil, estado de veterano o discapacidad. Si me parece que Covered California discriminó contra mí, lo que incluye el no proporcionar concesiones razonables según lo requieren las leyes federales y del estado, puedo presentar una queja en www.hhs.gov/ocr/office/file o oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form. Si me parece que Covered California discriminó contra mí o contra cualquier otra persona en esta solicitud en relación con una determinación de elegibilidad de Medi-Cal, también puedo presentar una queja ante el Departamento de servicios de atención médica, Oficina de derechos civiles al **1-916-440-7370** (TTY: 1-916-440-7399).
- Entiendo que cualquier cambio en mi información o en la información de cualquier miembro del hogar del solicitante podría afectar la elegibilidad de otros miembros del hogar.
- Excepto para los fines de solicitar Medi-Cal, confirmo que ninguna persona en esta solicitud que está solicitando seguro de salud está confinada después de la disposición de cargos (veredicto) a una cárcel, prisión o institución penal o institución correccional similar.
- Entiendo que debo avisar sobre los cambios de ingresos a Covered California porque podrían afectar la cantidad de ayuda con las cuotas (o créditos fiscales) que podría ser elegible de recibir. También entiendo que si recibo demasiada ayuda con las cuotas (o créditos fiscales) durante el año de beneficios, tendré que devolver la ayuda extra con las cuotas al IRS cuando declare mis impuestos federales de ingresos para el año de beneficios.
- Doy mi permiso para que Covered California consulte los expedientes electrónicos de otras agencias para verificar la información sobre ciudadanía, situación migratoria satisfactoria, impuestos y otra información relacionada sólo con la elegibilidad para ver si yo y otras personas en esta solicitud somos elegibles para el seguro de salud.

Si alguien en la solicitud es elegible para Medi-Cal:

- Sé que si Medi-Cal paga un gasto médico, todo el dinero que yo o cualquier solicitante en esta solicitud obtenga de otro seguro de salud o acuerdo legal relacionado con ese gasto, irá para Medi-Cal como pago por el gasto, hasta que el gasto sea pagado en su totalidad.

Para los padres con hijos elegibles para Medi-Cal:

- Sé que me pedirán que ayude a la agencia que obtiene respaldo médico de un padre que esté en esta solicitud y que no viva con el hijo y no envíe ayuda para el hijo. Si creo que ayudando me pondré yo o mis hijos en peligro de daños, puedo informarle sobre esto a Medi-Cal y no tendré que ayudar.

Sus derechos y responsabilidades continúa en la página siguiente 

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Sus derechos y responsabilidades *(continuación)***Su derecho a apelar:**

- Si creo que Covered California o el programa Medi-Cal cometieron un error, puedo apelar esta decisión. Apelar significa decirle a alguien de Covered California o del programa Medi-Cal que creo que su decisión está equivocada y pedir una revisión imparcial de la medida.
- Sé que puedo averiguar sobre cómo apelar llamando al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Sé que debo presentar una apelación a más tardar 90 días después de la decisión.
- Sé que puedo representarme a mi mismo o pedir que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.
- Sé que si necesito ayuda, alguien de Covered California, del programa Medi-Cal o de la oficina de servicios sociales del condado podrá explicarme mi caso.

Renovación del seguro

Para facilitar continuar recibiendo seguro de salud en los próximos años, doy permiso a Covered California para que consulte expedientes electrónicos, como los del IRS, para comprobar mis ingresos. Si los expedientes muestran que soy elegible, mi cobertura de seguro puede renovarse otros 12 meses y no tendré que llenar un formulario de renovación ni enviar más documentos.

Entiendo que si decido no permitir a Covered California usar expedientes electrónicos, debo llenar un paquete de renovación cada 12 meses para que mi seguro de salud continúe.

Doy permiso a Covered California o al programa Medi-Cal para que verifiquen mi información de ingresos durante:

5 años 4 años 3 años 2 años 1 año

No quiero que Covered California verifique mis declaraciones de impuestos en el momento de la renovación.

Declaración y firma *Esto es obligatorio.*

Declaro bajo pena de perjurio que lo que digo a continuación es verdadero y correcto.

- Entendí todas las preguntas en esta solicitud y di respuestas verdaderas y correctas según mi entendimiento. Cuando no supe la respuesta, hice un intento razonable para confirmar la respuesta con alguien que la supiera.
- Sé que si no digo la verdad en esta solicitud, puede haber una sanción civil o penal por perjurio, que puede incluir hasta cuatro años de cárcel. (Consulte el Código penal de California, Artículo 126.)
- Sé que la información de esta solicitud se usará para decidir si las personas que están solicitando son elegibles para el seguro de salud. Covered California conservará la información privada, como lo exigen las leyes federales y de California.
- Estoy de acuerdo con avisar a Covered California llamando al **1-800-300-0213** o a través de **CoveredCA.com** si hay cambios en esta solicitud de cualquier solicitante de seguro de salud.
- Si estoy seleccionando un plan de salud al llenar y enviar el Anexo D, y si Covered California determina que soy elegible para inscribirme en el plan que seleccioné en el Anexo D:
 - Entiendo que al firmar aquí estoy entrando en un contrato con la compañía de seguros del plan.
 - Tengo por lo menos 18 años o soy un menor emancipado y soy mentalmente competente para firmar un contrato.

Firma del solicitante o su representante autorizado

Fecha



El Paso 3 continúa en la página siguiente



¿Preguntas?


Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

Paso 3:

Por favor lea y firme esta solicitud (continuación)

Llene esta sección si usted es una persona certificada por Covered California para ayudar a alguien a llenar esta solicitud.

Certifico que como Consejero certificado de inscripción, Agente certificado de seguros o Agente certificado de inscripciones del plan, ayudé al solicitante a llenar esta solicitud y que este servicio fue sin costo. También certifico que di respuestas verdaderas y correctas a todas las preguntas de esta solicitud, según mi entendimiento. Expliqué al solicitante, en palabras fáciles de entender, el riesgo que corre por dar información incorrecta y el entendió la explicación.

<input type="checkbox"/> Consejero certificado de inscripción Nombre:	Número CEC
Entidad certificada de inscripción Nombre:	Número CEE
<input type="checkbox"/> Agente certificado de seguros Nombre:	Número de licencia
<input type="checkbox"/> Agente certificado de inscripciones del plan Plan: _____ Nombre:	Número de certificación
Firma de la persona certificada 	Fecha

El estado no compensará a la Entidad certificada de inscripción de Covered California, a menos que el Consejero certificado de inscripción llene esta sección completa y correctamente cuando presente la solicitud.

Paso 4:

Información postal y lista de comprobación

Envíe por correo su solicitud firmada a:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Se acordó de...

- ¿Decirnos sobre todas las personas en su familia y su hogar, incluso si no necesitan seguro? Lea en la página 3 la lista de a quién incluir.
- ¿Preguntar a su empleador sobre algún seguro relacionado con el trabajo para el cual usted pudiera ser elegible?
- ¿Firmar esta solicitud en la **página 17**? Si usted eligió un representante autorizado, éste también tiene que firmar en la página 15.

Unas cuantas preguntas más (opcional)

1. ¿Le gustaría que le consideráramos para otros programas de Medi-Cal? Sí No

Hay otros programas de Medi-Cal para personas de 65 años o mayores, personas con una discapacidad o personas con necesidades especiales de cuidado de salud.

Si usted marca "Sí", nos comunicaremos con usted para pedirle información sobre sus bienes y activos.

2. ¿Ha habido cambios recientes en su vida que le hicieron querer solicitar seguro de salud?

Si es "Sí", marque todo lo aplicable.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se mudó a California | <input type="checkbox"/> Ya no está en la cárcel |
| <input type="checkbox"/> Adquirió ciudadanía o presencia legal | <input type="checkbox"/> Recientemente elegible para ayuda con las cuotas |
| <input type="checkbox"/> Perdió un seguro de salud | <input type="checkbox"/> Solicitando Medi-Cal |
| <input type="checkbox"/> Se agregó un dependiente (por nacimiento, matrimonio o adopción) | <input type="checkbox"/> Es Indio americano o nativo de Alaska |
| | <input type="checkbox"/> Otro |

¿Cuándo ocurrió este evento? (mes / día / año) _____

El Paso 4 continúa en la página siguiente 

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



¿Cómo se enteró sobre Covered California?

Marque todo lo aplicable.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de promoción y educación | <input type="checkbox"/> Anuncio en TV | <input type="checkbox"/> CoveredCA.com | <input type="checkbox"/> Iglesia |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en una revista o periódico | <input type="checkbox"/> Anuncio en la radio | <input type="checkbox"/> Amigo o familia | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Programa de noticias o reportaje | <input type="checkbox"/> Anuncio por internet | <input type="checkbox"/> Folleto | <input type="checkbox"/> Oficina del gobierno |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria o evento | <input type="checkbox"/> Correo electrónico | <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Recomendación |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en cartelera | <input type="checkbox"/> Anuncio por correo | <input type="checkbox"/> Sitios sociales <i>(por ejemplo Facebook, Twitter, etc.)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Letrero en tienda minorista | <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Consejero certificado de inscripción | <input type="checkbox"/> Aplicación de móvil | | |
| <input type="checkbox"/> Agente certificado de seguros | <input type="checkbox"/> Proveedor u hospital | | |

¿Necesita más información sobre otros programas?

A partir del 1º de enero del 2014 ¿le gustaría a usted y a su hogar que compartiéramos la información que acaba de darnos para ser referido a su Agencia local de salud y servicios humanos para otros programas? Las familias que tienen inmigrantes pueden solicitar. Usted puede solicitar para su hijo incluso si usted no es elegible para la cobertura. Solicitar para su hijo elegible no afectará su situación migratoria ni sus probabilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.

Para solicitar asistencia para nutrición o en efectivo antes del 1º de enero del 2014, vaya a **benefitscal.org**. Para solicitar en persona, llame al **1-877-847-3663** para encontrar una lista de lugares cerca de donde usted vive o trabaja.

Para los beneficios después del 1º de enero del 2014, marque para cuáles programas quiere ser referido:

- CalFresh** *Un programa que ayuda a las personas a pagar alimentos. Los beneficios se renuevan cada mes con una tarjeta de débito que se puede usar para comprar casi todos los alimentos en muchos mercados y tiendas. También es conocido como Programa de asistencia de nutrición complementaria (SNAP). Vaya a www.calfresh.ca.gov para obtener más información.*
- CalWORKs** *Un programa que da asistencia en efectivo y servicios de respaldo a familias de bajos ingresos con niños para ayudar a pagar vivienda, alimentos y otros gastos necesarios.*

También puede encontrar más información sobre estos programas por internet:

Acceso para bebés y madres (AIM)

Un programa que ayuda a mujeres embarazadas a obtener atención de salud
aim.ca.gov

Salud y prevención de discapacidades para niños (CHDP)

Un programa preventivo que da evaluaciones médicas periódicas y servicios para niños de bajos ingresos
www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Exámenes, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT)

Un programa de Medi-Cal para niños y adultos jóvenes menores de 21 años, que permite chequeos regulares para identificar necesidades de cuidado de salud, seguidos por diagnóstico y tratamiento cuando sea necesario
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx

Planificación familiar, acceso, cuidado, tratamiento (Family PACT)

Un programa que ofrece servicios de planificación familiar sin costo para hombres y mujeres de bajos ingresos, incluyendo adolescentes
familypact.org

Programa de servicios de respaldo en el hogar (IHSS)

Un programa que le puede ayudar a pagar por servicios prestados, para que pueda quedarse de manera segura en su propio hogar
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

Mujeres, bebés y niños (WIC)

Un programa de nutrición para las mujeres embarazadas, madres nuevas y niños menores de 5 años
www.wicworks.ca.gov

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



★ **Llene esta sección si usted o algún familiar es indio americano o nativo de Alaska.**

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de Indian Health Services, programas tribales de salud o programas urbanos de salud india. Además es posible que los indios americanos y nativos de Alaska con reconocimiento federal, no tengan que pagar los costos de bolsillo (como copagos) y podrían tener periodos de inscripción especiales. Asegúrese de llenar este formulario y de enviarlo con su solicitud y su prueba de ascendencia de indio americano o nativo de Alaska. Usted puede enviar un documento de una tribu india con reconocimiento federal que muestre que usted es un miembro de la tribu o está relacionado con la tribu. Los documentos pueden incluir una tarjeta de inscripción tribal o un certificado de grado de sangre india (CDIB) de la Oficina de asuntos indios. Si a usted le parece que usted es elegible para Medi-Cal, no tiene que enviar una prueba. Lea el Anexo F para ver si puede ser elegible para Medi-Cal.

Si tiene que decirnos sobre más de cuatro personas que sean indios americanos o nativos de Alaska, **haga una copia de esta página** y asegúrese de enviarla con su solicitud.

Persona 1: Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV)

¿Esta persona es un miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? Sí No

Si es "Sí", escriba el nombre de la tribu: _____ y el estado de la tribu: _____

¿Esta persona ha recibido alguna vez un servicio de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

Si es "No" ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

¿Esta persona recibe ingresos de alguna de las fuentes indicadas abajo? Sí **Si es "Sí"**, llene la cantidad y frecuencia abajo.
 No **Si es "No"**, continúe con la solicitud.

▶ Pagos a la tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Pagos de arrendamientos o regalías por el uso de terrenos en fideicomiso indígena de recursos naturales, agricultura, ganadería o pesca
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Dinero obtenido por vender objetos que tienen valor cultural
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

Persona 2: Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV)

¿Esta persona es un miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? Sí No

Si es "Sí", escriba el nombre de la tribu: _____ y el estado de la tribu: _____

¿Esta persona ha recibido alguna vez un servicio de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

Si es "No" ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

¿Esta persona recibe ingresos de alguna de las fuentes indicadas abajo? Sí **Si es "Sí"**, llene la cantidad y frecuencia abajo.
 No **Si es "No"**, continúe con la solicitud.

▶ Pagos a la tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Pagos de arrendamientos o regalías por el uso de terrenos en fideicomiso indígena de recursos naturales, agricultura, ganadería o pesca
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Dinero obtenido por vender objetos que tienen valor cultural
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Anexo A:

Para indios americanos o nativos de Alaska (continuación)

Persona 3: Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV)

¿Esta persona es un miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? Sí No

Si es "Sí", escriba el nombre de la tribu: _____ y el estado de la tribu: _____

¿Esta persona ha recibido alguna vez un servicio de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

Si es "No" ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

¿Esta persona recibe ingresos de alguna de las fuentes indicadas abajo? Sí **Si es "Sí"**, llene la cantidad y frecuencia abajo.
 No **Si es "No"**, continúe con la solicitud.

▶ Pagos a la tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Pagos de arrendamientos o regalías por el uso de terrenos en fideicomiso indígena de recursos naturales, agricultura, ganadería o pesca
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Dinero obtenido por vender objetos que tienen valor cultural
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

Persona 4: Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo (ejemplos: Sr., Jr., III, IV)

¿Esta persona es un miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? Sí No

Si es "Sí", escriba el nombre de la tribu: _____ y el estado de la tribu: _____

¿Esta persona ha recibido alguna vez un servicio de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

Si es "No" ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service, un programa de salud tribal o programa urbano de salud india o a través de un referido de uno de estos programas? Sí No

¿Esta persona recibe ingresos de alguna de las fuentes indicadas abajo? Sí **Si es "Sí"**, llene la cantidad y frecuencia abajo.
 No **Si es "No"**, continúe con la solicitud.

▶ Pagos a la tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Pagos de arrendamientos o regalías por el uso de terrenos en fideicomiso indígena de recursos naturales, agricultura, ganadería o pesca
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____

▶ Dinero obtenido por vender objetos que tienen valor cultural
Cantidad \$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Otra _____



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.

★ Si tiene que decirnos sobre más de cuatro personas que tengan otro seguro de salud, haga una copia de esta página y asegúrese de enviarla con su solicitud.

Díganos sobre el seguro de salud que usted tiene ahora

Responda a estas preguntas por cualquier persona que necesite ayuda para pagar el seguro de salud.

Necesitamos saber si alguna persona que solicita seguro de salud tiene cobertura ahora. No tiene que decirnos sobre la cobertura que no es cobertura esencial mínima. No tiene que informarnos sobre: Indian Health Service, programa de salud tribal, Programa urbano de salud india, planes de ahorros flexibles, cuentas de ahorros para la salud o seguro disponible en otro país.

Necesitamos saber si alguien tiene alguno de los siguientes seguros de salud ahora: COBRA, seguro patrocinado por el empleador, Peace Corps, plan de seguro de salud para jubilados, TRICARE/CHAMPUS, programa de salud para veteranos, u otro seguro médico.

¿Alguna persona tiene algunos de estos seguros?

- Sí *Si es "Sí"*, llene esta página. Si necesita más espacio, agregue otra hoja de papel.
 No *Si es "No"*, vaya a la página 23.

Nota: Si usted tiene un seguro de salud privado que compró por su cuenta, marque la casilla de "Otro seguro de salud" debajo de "¿Qué tipo?" en el cuadro de abajo.

Nombre <i>Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (por ejemplo: Jr., Sr., III, IV)</i>	¿Qué tipo? <i>(elija uno)</i>
<p>Persona 1: _____</p> <p>¿A esta persona le han ofrecido seguro de salud con cobertura completa de bajo costo para enero del 2014? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Programa de salud para veteranos <input type="checkbox"/> Seguro patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Plan de seguro de salud para jubilados <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS <input type="checkbox"/> Otro seguro médico</p>
<p>Persona 2: _____</p> <p>¿A esta persona le han ofrecido seguro de salud con cobertura completa de bajo costo para enero del 2014? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Programa de salud para veteranos <input type="checkbox"/> Seguro patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Plan de seguro de salud para jubilados <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS <input type="checkbox"/> Otro seguro médico</p>
<p>Persona 3: _____</p> <p>¿A esta persona le han ofrecido seguro de salud con cobertura completa de bajo costo para enero del 2014? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Programa de salud para veteranos <input type="checkbox"/> Seguro patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Plan de seguro de salud para jubilados <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS <input type="checkbox"/> Otro seguro médico</p>
<p>Persona 4: _____</p> <p>¿A esta persona le han ofrecido seguro de salud con cobertura completa de bajo costo para enero del 2014? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Programa de salud para veteranos <input type="checkbox"/> Seguro patrocinado por el empleador <input type="checkbox"/> Plan de seguro de salud para jubilados <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS <input type="checkbox"/> Otro seguro médico</p>

El Anexo B continúa en la página siguiente 

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Seguro de salud del empleador *Responda a estas preguntas para cualquier persona que necesite ayuda para pagar el seguro de salud.*

★ Necesitamos saber sobre cualquier seguro de salud que usted podría obtener a través del trabajo de alguna otra persona. Usted puede usar el Anexo C, Formulario de seguro del empleador, de la página 24 para ayudarle a llenar esta sección. Responda a estas preguntas o use el Anexo C **solamente** si alguien en el hogar es elegible para el seguro de salud por el trabajo de alguna otra persona.

¿Un empleador le ofreció seguro de salud a alguna otra persona en esta solicitud?

*Podría ser del trabajo de alguna otra persona, como el de un padre o esposo/esposa. También puede incluir COBRA, TRICARE o planes de empleador federal o del estado, empleador privado o de Peace Corps. Posiblemente tenga seguro de salud adicional del que no tiene que informarnos. Los siguientes son **ejemplos** de cobertura adicional (no se consideran cobertura esencial mínima), sobre la que no tiene que decirnos: planes de ahorro flexible, cuentas de ahorros para la salud, seguro de discapacidad o seguro disponible en otro país.*

- Sí **Si es "Sí"**, responda estas preguntas. Si necesita más espacio, agregue otra hoja de papel.
- No **Si es "No"**, vuelva a la solicitud para continuar.

Nombre <i>Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (por ejemplo, Jr., Sr., III, IV)</i>	Nombre del empleador <i>(opcional)</i>	Esta persona:	¿Cuánto paga esta persona en cuotas mensuales?	¿Este plan de salud cumple con el valor mínimo estándar*?
Persona 1:		<input type="checkbox"/> Está inscrita ahora <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <i>Fecha de comienzo</i> _____ <input type="checkbox"/> No está inscrita	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Persona 2:		<input type="checkbox"/> Está inscrita ahora <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <i>Fecha de comienzo</i> _____ <input type="checkbox"/> No está inscrita	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Persona 3:		<input type="checkbox"/> Está inscrita ahora <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <i>Fecha de comienzo</i> _____ <input type="checkbox"/> No está inscrita	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
Persona 4:		<input type="checkbox"/> Está inscrita ahora <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <i>Fecha de comienzo</i> _____ <input type="checkbox"/> No está inscrita	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

¿Qué cambio hará el empleador para el plan del próximo año (si lo conoce)?

- El empleador no ofrecerá cobertura de salud.
- El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud para los empleados o cambiará la cuota por el costo más bajo disponible sólo para el empleado que cumpla con el **valor mínimo estándar**.*
(La cuota debe mostrar el descuento de los programas de bienestar.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en cuotas por ese plan? \$ _____

¿Con qué frecuencia?

- Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes
- Mensual Cada tres meses Anual

Fecha de cambio _____

* **Valor mínimo estándar** significa que un plan paga por lo menos el 60% del costo total de beneficios del plan proporcionados al empleado. (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de rentas internas de 1986)



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Este formulario es necesario solamente para las personas que sean elegibles para el seguro de salud a través de un trabajo. No es necesario para algunos programas de seguro de salud ofrecidos a través de Covered California, incluyendo Medi-Cal. Si no está seguro si debe usar este formulario o no, llame a Covered California para preguntar: **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). Si le parece que usted es elegible para Medi-Cal, usted no tiene que llenar este formulario. Para averiguar si usted es elegible para Medi-Cal o ayuda con las cuotas, lea el Anexo F en la página 28.

Si más de un trabajo ofrece cobertura de salud, use un formulario separado para cada empleador.

► Información del empleado *Usted tiene que llenar esta sección.*

★ Anote su nombre y número de Seguro Social (Nº de SS) (*opcional*). Luego haga una copia de esta página o lleve la solicitud a su empleador. Pida a su empleador que llene el resto de la página. Si copia la página, asegúrese de enviarla con su solicitud.

Empleado: Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	Número de Seguro Social (<i>opcional</i>)
				____ - ____ - ____

► Información del empleador *Pida esta información a su empleador.*

★ **Nota para el empleador:** Para llenar la solicitud de Covered California, necesitamos saber sobre el seguro de salud que su empleado o sus dependientes podrían obtener de usted. Por favor llene la información de abajo, incluso si su empresa no ofrece seguro de salud.

Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (EIN)
	____ - ____ - ____
Dirección del empleador	Teléfono del empleador
Ciudad	Estado
	Código postal

¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

Número de teléfono	Dirección electrónica
--------------------	-----------------------

- No ofrecemos seguro de salud.
 Este empleado no es elegible para cobertura bajo nuestro plan.
 El empleado es elegible para la cobertura bajo nuestro plan a partir del _____ (*fecha de comienzo*).

¿Cuál es el plan de salud de costo más bajo, que sea sólo para el empleado, al que podría inscribirse en este trabajo? Considere sólo los planes que cumplen el **valor mínimo estándar*** establecido por la Ley de protección al paciente y la Ley de cuidado de salud a bajo costo de 2010. Si no está seguro, pregunte a su compañía de seguros de salud.

Nombre: _____

Ningún plan cumple con el **valor mínimo estándar.***

¿Qué cambio hará usted para el plan del próximo año (si lo conoce)?

- No ofreceremos cobertura de salud.
 Comenzaremos a ofrecer cobertura de salud para los empleados o cambiará la cuota por el costo más bajo disponible sólo para el empleado, que cumpla con el **valor mínimo estándar.*** (La cuota debe mostrar el descuento de los programas de bienestar.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en cuotas por el costo más bajo? \$ _____

¿Con qué frecuencia?

- Semanal
 Cada 2 semanas
 Dos veces al mes
 Mensual
 Cada tres meses
 Anual
 Otro _____

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado por las cuotas en ese plan? \$ _____

¿Con qué frecuencia?

- Semanal
 Cada 2 semanas
 Dos veces al mes
 Mensual
 Cada tres meses
 Anual

Fecha de cambio _____

* **Valor mínimo estándar** significa que un plan paga por lo menos el 60% del costo total de beneficios del plan proporcionado al empleado. (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de rentas internas de 1986)

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite **CoveredCA.com**.



Anexo D:

Elija su plan dental pediátrico y su plan de seguro de salud

★ Si tiene que decirnos sobre más de cuatro personas que quisieran elegir un plan dental pediátrico o plan de seguro de salud, **haga una copia de esta página y la página siguiente**, y asegúrese de enviarlas con su solicitud.

Si usted cree que es elegible para ayuda con las cuotas, escriba el nombre o nivel de beneficios de los planes dentales pediátricos o planes de seguro de salud que quiere de abajo. Para saber más sobre los planes privados proporcionados por Covered California, visite CoveredCA.com o llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500).

Si a usted le parece que es elegible para Medi-Cal, escriba más abajo el nombre del plan de seguro de salud que usted quiere. Para saber más sobre los planes de Medi-Cal disponibles en su condado o para cambiar su plan una vez que se inscriba, llame a Health Care Options al: 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077) o vaya a www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/HCOCS/Default.aspx?lang=es.

Para averiguar si usted es elegible para Medi-Cal o ayuda con las cuotas, vea el Anexo F.

► Elija su plan dental pediátrico de Covered California sólo para niños de 18 años o menores

Nombre <i>Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (por ejemplo, Jr., Sr., III, IV)</i>	Nombre del plan dental pediátrico	Nivel de cobertura	Tipo de plan
Niño 1:		<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Niño 2:		<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Niño 3:		<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Niño 4:		<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO

DEPO: Organización de proveedores dentales exclusivos; DHMO: Organización de mantenimiento de la salud dental; DPPO: Organización de proveedores dentales preferidos

► Elija su plan de seguro de salud

Planes Medi-Cal y Covered California		Planes de Covered California <u>solamente</u>		
Nombre <i>Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (por ejemplo, Jr., Sr., III, IV)</i>	Nombre del plan de salud	Nivel de beneficios	Número de metal	Tipo de plan
Persona 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Plan de cobertura mínima		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Persona 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Plan de cobertura mínima		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Persona 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Plan de cobertura mínima		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Persona 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Plan de cobertura mínima		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

EPO: Organización de proveedores exclusivos; HMO: Organización de mantenimiento de la Salud; HSA: Cuenta de ahorros de salud (este tipo de plan permite a los miembros abrir y contribuir a una Cuenta de ahorros de salud); PPO: Organización de proveedores preferidos

Para terminar la selección del plan, todas las personas de 18 años o mayores que estén seleccionando un plan de seguro de salud deben aceptar y firmar el acuerdo de arbitraje en la página siguiente.

El Anexo D continúa en la página siguiente 



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite CoveredCA.com.

Acuerdo por arbitraje obligatorio

► Para toda persona que seleccione un plan de Covered California:





Entiendo que cada plan de seguro de salud participante tiene sus propias reglas para la resolución de disputas o reclamos, incluyendo, pero sin limitación a, cualquier reclamo impuesto por mí, mis dependientes inscritos, herederos o representantes autorizados contra un plan de seguro de salud, cualquier proveedor de cuidado de salud, administradores, u otras partes asociadas, sobre la participación en el plan de salud, la cobertura por o la prestación de servicios o artículos, negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos no eran necesarios o no estaban autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente) o responsabilidad de las instalaciones.

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que requiera arbitraje obligatorio para resolver disputas, acepto y estoy de acuerdo con el uso del arbitraje obligatorio para resolver disputas o reclamos (a excepción de casos del Tribunal de reclamos menores y de reclamos que no puedan estar sujetos al arbitraje obligatorio según la ley vigente) y renuncio a mi derecho a un juicio por jurado y no puedo tener la disputa resuelta en una corte, excepto si la ley que corresponde provee una revisión judicial de los procesos de arbitraje. Entiendo que toda disposición del arbitraje para cada plan de salud participante, si los planes la tienen, están a mi disposición en el documento de cobertura del plan de salud, que se encuentra por internet en **CoveredCA.com** para que lo revise o que puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) para obtener más información.

► Para cada persona que seleccione un plan de salud Kaiser Medi-Cal:

Aviso de arbitraje obligatorio: He leído la descripción del plan. Entiendo que Kaiser requiere el uso de arbitraje neutral obligatorio para resolver ciertas disputas. Esto incluye disputas sobre si se proporcionó el tratamiento médico correcto (llamado negligencia médica) y otras disputas relativas a la prestación de servicios, incluyendo si los servicios médicos se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente. Si elijo a Kaiser como mi plan de salud Medi-Cal, renuncio a mi derecho constitucional a un juicio por jurado para ciertas disputas. También estoy de acuerdo en usar arbitraje neutral obligatorio para resolver ciertas disputas. No renuncio a mi derecho a una audiencia del estado por cualquier problema que esté sujeto al proceso de audiencia.

► Firmas de los inscritos para todos los planes

Firma de la persona 1 o parte responsable o representante autorizado por la Persona 1, si tiene por lo menos 18 años 	Fecha
Firma de la persona 2 o parte responsable o representante autorizado por la Persona 2, si tiene por lo menos 18 años 	Fecha
Firma de la persona 3 o parte responsable o representante autorizado por la Persona 3, si tiene por lo menos 18 años 	Fecha
Firma de la persona 4 o parte responsable o representante autorizado por la Persona 4, si tiene por lo menos 18 años 	Fecha



Situación migratoria

Use esta lista para "Solicite seguro de salud"

Si usted tiene una de estas situaciones migratorias, *usted puede ser elegible para el seguro de salud:*

- Residente permanente legal (LPR o titular de tarjeta verde)
- Residente temporario legal (LTR)
- Asilado
- Refugiado
- Entrante cubano o haitiano
- Entró a los EE.UU. bajo palabra
- Entrada condicional otorgada antes de 1980
- Esposo/esposa, niño o padre víctima de violencia doméstica
- Víctima de tráfico humano y su esposo/esposa, hijo, hermano o padre
- Persona con situación de no inmigrante (incluye visas de trabajador, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
- Estado de protegido temporario (TPS) o solicitante de estado protegido temporario (TPS)
- Salida forzada aplazada (DED)
- Estado de acción aplazada *Nota: si usted es una persona con estado de acción aplazada según la acción aplazada (DACA) del Departamento de seguridad nacional para llegadas de niños en proceso, no se considera que usted esté presente legalmente.*
- Aplazamiento de deportación o de extracción concedido, en virtud de las leyes de inmigración o de la Convención contra la Tortura (CAT)
- Solicitante de aplazamiento de deportación o de eliminación, en virtud de las leyes de inmigración o de la Convención contra la Tortura (CAT)
- Solicitante de situación especial de inmigrante juvenil
- Solicitante de Ajuste de situación LPR, con petición de visa aprobada
- Solicitante de asilo
- Solicitantes de registro con Documento de autorización de empleo (EAD)
- Orden de supervisión (con EAD)
- Solicitante de cancelación de eliminación o suspensión de deportación (con EAD)

Si su situación migratoria no está anotada arriba, usted aún puede ser elegible para el seguro de salud y debería solicitarlo.

Trabajo por su cuenta

Use esta lista para "¿Trabaja por su cuenta?"

Usted puede restar las partes de esta lista de sus ingresos brutos para saber sus ingresos netos del trabajo por su cuenta. Lea más información en las "Instrucciones for Schedule C" (Instrucciones para el Cuadro C) en [irs.gov](https://www.irs.gov).

- Gastos de auto y camión (para viajar durante el día de trabajo, no para ir del hogar al trabajo)
- Depreciación
- Salario de empleados y beneficios adicionales
- Seguro de propiedades, responsabilidad o interrupción de actividades de negocios
- Intereses (por ejemplo, intereses de hipoteca pagados a bancos)
- Servicios jurídicos y profesionales
- Renta o contrato de renta de propiedad de negocios y servicios públicos
- Comisiones, impuestos, licencias y honorarios profesionales
- Publicidad
- Mano de obra por contrato
- Reparaciones y mantenimiento
- Algunos viajes y comidas de negocios

Ejemplos de otros ingresos

Use esta lista para "¿Usted tiene otros ingresos?"

- Beneficios de desempleo
- Beneficios del Seguro Social
- Ingresos por jubilación o pensiones
- Ingresos por renta o regalías
- Pensión alimenticia recibida
- Ingresos por inversiones
- Ganancias de capital
- Ingresos por agricultura o pesca
- Deudas canceladas
- Asignación de la corte
- Pago de servicio como jurado
- Misceláneos

Deducciones

Use esta lista para "¿Usted tiene deducciones?"

- Ciertos gastos por trabajo por su cuenta
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Colegiatura y cuotas
- Gastos educativos
- Contribución a una IRA
- Gastos de mudanza
- Sanción por retiros tempranos de ahorros
- Deducción por cuenta de ahorros de salud
- Pensión alimenticia pagada
- Deducción por actividades productivas domésticas
- Ciertos gastos del negocio de reservistas, artistas y funcionarios del gobierno en base libre



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com).

► Calcule el tipo de seguro de salud para el que usted puede ser elegible en 2014.

Cantidad de personas en su hogar	Si los ingresos anuales de su hogar son menores de:	Si los ingresos anuales de su hogar están entre:
1	\$15,860*	\$15,860 – \$45,960
2	\$21,400	\$21,400 – \$62,040
3	\$26,950	\$26,950 – \$78,120
4	\$32,500	\$32,500 – \$94,200
5	\$38,050	\$38,050 – \$110,280



Usted puede ser elegible para Medi-Cal.



Usted puede ser elegible para el seguro con ayuda financiera a través de Covered California.

* *Estos ingresos anuales del hogar son sólo aproximados y basados en los datos de ingresos de 2013.*

Si usted ya tiene seguro de bajo costo de su empleador o un programa del gobierno como Medicare o Medicaid, no será elegible para los planes de seguro de salud de Covered California.

★ Si usted tiene hijos o está embarazada, puede tener ingresos más altos y aún así ser elegible para el seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal o AIM. Si está embarazada, usted y el bebé (o bebés) que espera se cuentan como personas separadas para ser elegibles para Medi-Cal y como una persona para ayuda financiera a través de Covered California.



Preguntas frecuentes (FAQ)

Obtenga ayuda a través de Covered California

1. ¿Qué es Covered California?

Covered California es un mercado de seguros de salud nuevo, que hace posible que las personas y familias obtengan seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal u obtengan ayuda para pagar un seguro de salud privado disponible a través de Covered California.

Nuestro objetivo es que los californianos obtengan seguro de salud, de manera sencilla y al alcance de todos. Covered California es una sociedad entre California Health Benefits Exchange y California Department of Health Care Services.

2. ¿Qué es Medi-Cal?

Medi-Cal es la versión californiana del programa federal Medicaid. Es seguro de salud gratuito o de bajo costo para los residentes de California que sean elegibles.

3. ¿Qué es Acceso para bebés y madres (AIM)?

AIM es un programa de seguro de salud de bajo costo para mujeres embarazadas que no tienen seguro de salud y cuyos ingresos son demasiado altos para Medi-Cal sin costo. AIM también está disponible para mujeres que tienen algún plan de seguro de salud privado con un deducible o copago de maternidad único de más de \$500.

4. ¿Cómo puede ayudarme Covered California?

Covered California puede ayudarle a elegir un plan de seguro de salud privado que satisfaga sus necesidades de salud y su presupuesto. También ofrecemos algunos de los planes de salud mejor conocidos del estado y también algunos planes regionales y locales.

Podemos explicar claramente los costos y beneficios de los planes de seguro de salud, para que usted pueda comparar las diferentes opciones disponibles. Usted sabrá exactamente lo que está recibiendo y cuánto tendrá que pagar antes que elegir su plan.

5. ¿Puedo obtener un seguro de salud incluso si mis ingresos son demasiado altos?

Sí. Cualquier californiano que sea elegible puede comprar seguro de salud privado a través de Covered California sin importar los ingresos. Usamos sus ingresos para ayudarnos a encontrar el seguro de salud de menor costo para su familia.

6. ¿Qué seguros de salud se ofrecen a través de Covered California?

Tendrá una amplia variedad de planes de salud para elegir. Las compañías de seguro de salud no pueden negarse a cubrirle porque usted haya estado enfermo antes o no haya podido obtener cobertura.

Covered California ofrece cuatro grupos de planes de seguro de salud privado: platinum, gold, silver y bronze, más un plan de cobertura mínima.

Cada grupo ofrece un nivel de cobertura diferente, de alto a bajo. Los planes de seguro de salud que cubren la mayor parte de sus gastos médicos normalmente tendrán una cuota más alta pero le permiten pagar menos cuando recibe cuidados médicos.

Los planes Platinum tienen las cuotas más altas pero pagan más o menos el 90% de sus gastos de cuidado de salud. Los planes Gold pagan más o menos el 80% y los planes Silver pagan más o menos el 70% de sus gastos de cuidado de salud. Los planes Bronze tienen las cuotas más bajas, pero pagan más o menos el 60% de los gastos de cuidado de salud. Para saber más sobre todos los paquetes de beneficios disponibles, visite CoveredCA.com y revise los documentos del plan, como la Prueba de cobertura o la póliza de seguros. O, llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Si es elegible para Medi-Cal, la cobertura y los costos serán diferentes e incluso podrían ser gratis para usted.

7. ¿Puedo obtener seguro de salud a través de Covered California?

Cualquier californiano puede comprar seguro de salud a través de Covered California si es residente del estado y cumple con otros requisitos.

Los solicitantes podrían ser elegibles para el seguro de salud gratuito, un plan de bajo costo o recibir asistencia financiera para reducir el costo de las cuotas y los copagos. La ayuda financiera se calcula de acuerdo al tamaño del hogar y los ingresos familiares. Los solicitantes son elegibles si sus ingresos cumplen los límites de ingresos.

8. ¿Cuánto cuesta?

El costo depende de los programas de seguro de salud y de la asistencia financiera para la que usted sea elegible, así como del plan que elija. Puede usar la calculadora de costos de CoveredCA.com para averiguar el costo y averiguar si usted es elegible para la ayuda para pagar el seguro.

Las Preguntas frecuentes continúan en la página siguiente 



¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite CoveredCA.com.

Obtenga ayuda a través de Covered California *(continuación)*

9. ¿Tengo que incluir el pago de mi primera cuota con esta solicitud?

No, no envíe su primer pago con esta solicitud. Su plan le enviará una factura por la cantidad que usted deba.

10. ¿Cómo solicito?

Usted puede solicitar seguro de salud a través de Covered California de la siguiente manera:

- **Por internet:** Visite CoveredCA.com. Damos información sobre cada plan de seguro de salud, explicada en términos claros y sencillos.
- **Por teléfono:** Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. ¡La llamada es gratuita!
- **Por fax:** Envíe su solicitud al **1-888-329-3700**.
- **Por correo:** Envíe por correo la solicitud de Covered California a:
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **En persona:** Tenemos Consejeros certificados de inscripción o Agentes certificados de seguros, capacitados, que pueden ayudarle. O puede visitar la oficina de servicios sociales de su condado. ¡Esta ayuda es gratuita! Para encontrar una lista de lugares cerca de donde usted vive o trabaja, visite CoveredCA.com o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

11. Actualmente estoy inscrito en Medi-Cal. ¿Puedo obtener seguro de salud a través de Covered California?

Si sus ingresos cambian durante el año o en su renovación anual, usted puede ser elegible para otro seguro de salud y ayuda con las cuotas a través de Covered California.

12. ¿Y si ya tengo seguro de salud?

Si usted ya tiene seguro de salud de bajo costo de su empleador, no tiene que hacer nada. Pero usted todavía puede solicitar para saber si usted o los miembros de su familia son elegibles para el seguro de salud gratuito o de bajo costo.

Si usted solicita, asegúrese de llenar el Anexo B y enviarlo con su solicitud.

13. ¿Tengo que tener seguro de salud ahora que ha comenzado la reforma a los servicios de salud?

Comenzando en enero del 2014, la mayoría de las personas, incluyendo niños, deberán tener seguro de salud o pagar una sanción. La cobertura podría incluir un seguro a través de su trabajo, cobertura que compre por su cuenta, Medicare o Medi-Cal.

Pero algunas personas están exentas de tener seguro de salud. Estas personas incluyen, pero no están limitadas a, miembros de sectas o divisiones religiosas con reconocimiento federal cuyas creencias religiosas se opongan a aceptar beneficios de un plan de seguro de salud, personas que están en la cárcel, personas que son miembros de una tribu india americana con reconocimiento federal o nativos de Alaska y las personas que tengan que pagar más de un 8% de sus ingresos para el seguro de salud, después de tomar en cuenta cualquier contribución del empleado o ayuda con las cuotas.

En 2014, la sanción será del 1% de sus ingresos anuales o \$95, lo que sea más alto. La sanción aumentará cada año. Para 2016, la sanción será del 2.5% de sus ingresos anuales o \$695, lo que sea más alto. Después del 2016, la sanción aumentará cada año basada en un ajuste de acuerdo al costo de la vida.

Para obtener más información sobre las penalidades, vaya a CoveredCA.com o llame a la oficina local de servicios sociales de su condado o a Covered California.

14. No tengo toda la información que necesito para responder a las preguntas de la solicitud. ¿Qué debo hacer?

Si usted no tiene toda la información, firme y envíe su solicitud de cualquier manera. Le llamaremos para decirle qué hacer a más tardar en 10 a 15 días calendario después de recibir su solicitud. Si no nos comunicamos con usted, por favor llámenos al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

15. ¿Qué sucederá después que solicite?

Le enviaremos una carta a más tardar en 45 días para decirle para qué programa son elegibles usted y los miembros de su familia. Si no nos comunicamos con usted, por favor llámenos al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Las Preguntas frecuentes continúan en la página siguiente 



Obtenga ayuda a través de Covered California *(continuación)*

16. ¿Puedo obtener ayuda con mi solicitud o para elegir un plan?

¡Sí! La ayuda es gratuita. Tenemos disponibles Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros en comunidades en todo el estado para darle la información sobre las nuevas opciones de seguro de salud y ayudarle a solicitar. También puede obtener ayuda al visitar la oficina de servicios sociales de su condado. Usted puede conseguir ayuda en muchos idiomas diferentes.

Obtenga ayuda con su solicitud o con la selección del plan:

- **Por internet:** Visite CoveredCA.com. Damos información sobre cada plan de seguro de salud, explicada en términos claros y sencillos.
- **Por teléfono:** Llame a Covered California al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500). Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. ¡La llamada es gratuita!
- **En persona:** Tenemos Consejeros certificados de inscripción o Agentes certificados de seguros, capacitados, que pueden ayudarle. O puede visitar la oficina de servicios sociales de su condado. ¡Esta ayuda es gratuita! Para encontrar una lista de lugares cerca de donde usted vive o trabaja, Visite CoveredCA.com o llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500).

17. ¿Cómo puedo elegir un plan de seguro de salud?

Si es elegible para planes de seguro médico privados a través de Covered California, usted puede visitar CoveredCA.com para encontrar y comparar fácilmente planes de seguro de salud.

También hay folletos de los planes de salud de Covered California a su disposición. Covered California le ofrecerá opciones entre planes de seguro de salud privados y planes de Medi-Cal. Puede elegir el nivel de cobertura que sea mejor para sus necesidades de salud y su presupuesto.

- Usted puede elegir pagar un costo mensual (llamado cuota) más alto, para pagar menos de su bolsillo cuando necesite cuidados médicos.
- O, puede elegir pagar un costo mensual más bajo, pero pagar más de su bolsillo cuando necesite cuidados.

Si es elegible para Medi-Cal, la cobertura y los costos serán diferentes e incluso podrían ser gratuitos. Para saber más sobre los planes Medi-Cal disponibles en su condado, llame a Health Care Options al: 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077). O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/HCOCS/Default.aspx?lang=es.

Asistencia financiera

18. No gano mucho dinero. ¿Qué programas hay para ayudarme a obtener seguro de salud?

A partir del 1º de enero del 2014, las personas que necesiten seguro de salud pueden obtener ayuda de alguna de estas maneras:

A. Asistencia con cuotas mensuales. La ayuda con las cuotas está a disposición para ayudar a que el seguro de salud sea de bajo costo. Las personas que sean elegibles para ayuda con las cuotas pueden obtener la asistencia por anticipado (antes de declarar sus impuestos) para hacer que las cuotas mensuales sean más bajas. O pueden obtener la asistencia al final del año y pagar menos impuestos.

La cantidad de asistencia para cuotas mensuales depende del tamaño de su hogar y sus ingresos familiares.

B. Medi-Cal: Medi-Cal es el programa Medicaid de California, pagado por impuestos federales y del estado. Es un seguro de salud para los residentes de California de ingresos bajos que cumplen con ciertos requisitos.

Si sus ingresos están dentro de los límites de Medi-Cal para el tamaño de su familia, usted recibirá cobertura de Medi-Cal sin costo para usted.

19. Si mis ingresos cambian ¿cambiará inmediatamente mi ayuda con las cuotas?

No, su ayuda con las cuotas no cambiará inmediatamente. Procesaremos la información nueva que tengamos. Luego le diremos si la cantidad de su ayuda con las cuotas cambia.

20. Si mis ingresos cambian ¿cómo me afectará el cambio al declarar mis impuestos?

Es importante avisar a Covered California de los cambios en los ingresos que afectan la cantidad de ayuda con las cuotas (o crédito fiscal) que usted recibe. Si sus ingresos disminuyen, es posible que usted sea elegible para recibir una cantidad más alta de asistencia con las cuotas y que reduzca sus gastos de bolsillo aún más. No obstante, si sus ingresos aumentan, es posible que usted reciba demasiada ayuda con las cuotas y tenga que devolver una parte cuando declare sus impuestos para el año de beneficios.

Las Preguntas frecuentes continúan en la página siguiente 



¿Preguntas?

Llame a Covered California al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite CoveredCA.com.

Asistencia financiera *(continuación)*

21. ¿Y si no declaré impuestos el año anterior?

Si usted no declaró impuestos el año anterior, usted todavía puede solicitar seguro de salud y obtener ayuda con las cuotas. Usaremos sus ingresos para ayudarnos a encontrar el seguro de salud que sea de más bajo costo para usted y su familia.

Si es elegible para ayuda con las cuotas, debe declarar impuestos por el año de beneficios.

22. ¿Y si mis ingresos cambian después de solicitar?

Si cambian sus ingresos, esto podría cambiar para qué tipo de seguro de salud usted es elegible.

Si usted tiene seguro de salud privado a través de Covered California, llame, a más tardar en 30 días, para avisar sobre cualquier cambio en sus ingresos, que pueda afectar si usted es elegible.

Si usted tiene Medi-Cal y cambian sus ingresos, comuníquese con la oficina de servicios sociales de su condado, a más tardar en 10 días.

Otras preguntas

23. ¿Todas las personas que están en la solicitud tienen que ser ciudadanos o nacionales de EE.UU.?

No. Usted puede ser elegible para el seguro de salud a través de Medi-Cal incluso si usted no es ciudadano de EE.UU. o nacional de EE.UU.

24. ¿Mi familia y yo seremos elegibles para el mismo programa?

Dependiendo del tamaño del hogar o sus ingresos familiares, usted o su familia pueden ser elegibles para programas diferentes. Por ejemplo, usted puede ser elegible para el seguro médico privado de bajo costo, disponible a través de Covered California. No obstante, su hijo puede ser elegible para Medi-Cal gratuito. Le diremos para cuál seguro de salud son elegibles usted y los otros miembros.

25. Esta solicitud pide mucha información personal. ¿Covered California compartirá mi información financiera y personal?

No. La información que usted proporcione es privada y segura, como lo requieren las leyes del estado y federales. Usaremos su información sólo para ver si usted es elegible para un seguro de salud.

26. ¿Podré usar inmediatamente mi plan de seguro de salud nuevo de Covered California?

Si usted solicita entre octubre y diciembre del 2013, los planes de salud comenzarán a proporcionar servicios el 1º de enero del 2014. Si usted solicita después del 1º de enero del 2014, su plan de salud puede comenzar a proporcionar servicios un mes después de solicitar.

27. ¿Qué quieren decir con “discapacidad”?

Posiblemente tenga una discapacidad y sea elegible para Medi-Cal si:

- Usted es sordo o tiene una grave pérdida del oído.
- Usted es ciego o tiene una grave pérdida de la vista, incluso cuando usa anteojos.
- Usted tiene una discapacidad intelectual o cognitiva y tiene dificultades para recordar, concentrarse o tomar decisiones.
- Usted tiene una enfermedad ambulatoria y tiene dificultades para caminar o subir escaleras.
- Usted tiene dificultades para bañarse o vestirse o hacer actividades diarias de este tipo.
- Usted tiene una enfermedad física, mental o emocional y tiene dificultades para hacer mandados (como salir de compras o ir al consultorio médico) sin ayuda.

Usted **no** tiene que estar recibiendo servicios de asistencia especiales en su casa ni estar viviendo en ninguna clase de institución de cuidados para personas mayores o institución de vida con asistencia.

28. Tengo una enfermedad o discapacidad preexistente. ¿Puedo obtener seguro de salud a través de Covered California?

Sí, usted puede obtener seguro de salud, sin importar ninguna enfermedad o discapacidad actual o anterior.

Comenzando en 2014, la mayoría de los planes de seguro de salud no podrán negarse a cubrirle o cobrarle más porque usted tenga alguna enfermedad o discapacidad preexistente.

29. Acabo de saber que estoy embarazada. ¿Puedo solicitar seguro de salud que me cubra durante mi embarazo?

Sí. Asegúrese de responder "Sí" a la pregunta de la solicitud "¿Usted está embarazada?" o de decirle a la persona que le ayuda a llenar su solicitud. Puede solicitar seguro de salud que puede cubrir cuidado prenatal, parto y nacimiento y cuidado posparto. Los planes de seguro de salud no pueden negarle el seguro de salud si está embarazada.

Las **Preguntas frecuentes** continúan en la página siguiente 



Otras preguntas *(continuación)*

30. Acabo de tener un bebé. ¿Qué debería hacer en cuanto a un seguro de salud?

Si usted no tenía Medi-Cal o Acceso para bebés y madres (AIM) al momento del nacimiento, llene esta solicitud para su recién nacido.

Si usted tenía Medi-Cal o AIM durante su embarazo, entonces no tiene que llenar esta solicitud.

- Incluya la información sobre la madre en la página 2 de esta solicitud.
- Si usted tenía Medi-Cal, llame a la oficina de servicios sociales de su condado para asegurarse que su bebé esté cubierto desde su nacimiento o llene un formulario de referencia del recién nacido. Imprima el formulario en www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/MEB%20Translated%20Forms/MC%20330_SP_.pdf.
- Si usted tenía AIM, llame al 1-800-433-2611 o visite aim.ca.gov/Home/?lang=es para inscribir a su bebé.

31. ¿Seré elegible para el seguro de salud si no soy ciudadano o no tengo una situación migratoria satisfactoria?

Cualquier persona que viva en California puede Solicitar seguro de salud usando esta solicitud. Sólo las personas que estén solicitando deben proporcionar Números del Seguro Social o información sobre situación migratoria.

Pero usted puede ser elegible para ciertos programas de seguro de salud sin importar su situación migratoria e incluso si no tiene un número de Seguro Social.

Conservaremos su información privada y sólo compartiremos información con otras agencias gubernamentales para ver para cuáles programas usted es elegible.

32. ¿Usted estuvo en cuidado temporario el día que cumplió 18 años?

Si usted estuvo en cuidado temporario y obteniendo Medicaid en algún estado cuándo cumplió 18 años y usted tiene ahora entre 18 y 26 años, usted puede ser elegible para Medi-Cal. Después de comprobar que usted es residente de California, lo inscribiremos en Medi-Cal gratuito. Luego verificaremos que usted estuvo antes en cuidado temporario y Medicaid.

33. ¿Qué constituye un pago único?

Los pagos únicos sólo se permiten para ganancias en apuestas, premios, cancelación de deuda, salarios o sueldos que vienen del empleador de un difunto y que reciba un esposo o esposa sobreviviente, seguro social retroactivo y beneficios de jubilación ferroviaria, ganancias de lotería, regalos y beneficios de seguro de desempleo retroactivo.

34. ¿Qué significa que “trabaja por su cuenta”?

Las personas que trabajan por su cuenta se ganan la vida directamente de sus propios negocios o servicios. No ganan dinero de una compañía que les pague.

35. ¿Dónde puedo obtener información sobre cómo inscribirme para votar?

Si usted no está registrado para votar donde usted vive ahora y le gustaría solicitar registrarse para votar hoy, visite registertovote.ca.gov/index-es.htm o llame al 1-800-345-VOTE(8683).

36. Soy indio americano o nativo de Alaska. ¿Cómo puede ayudarme Covered California?

Si usted es indio americano o nativo de Alaska con reconocimiento federal o si usted es elegible de otra manera para servicios de Indian Health Services, programas tribales de salud o programas urbanos de salud india, usted puede ser elegible para Medi-Cal gratuito o de bajo costo. O puede ser elegible para otros ahorros en costos, como ayuda con las cuotas o no tener copagos. También es posible que tenga tiempos especiales de inscripción mensual.

- Llene el Anexo A y envíelo junto con una prueba que usted es indio americano o nativo de Alaska. Usted puede usar una tarjeta de inscripción tribal o un certificado de grado de sangre india (CDIB) de la Oficina de asuntos indios.
- Si es elegible para Medi-Cal, usted no tiene que enviar prueba de su ascendencia de indio americano o nativo de Alaska. Para averiguar si usted es elegible para Medi-Cal, lea el Anexo F.

37. ¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión que tome Covered California?

Usted puede presentar una apelación. Para apelar a una decisión con la que usted no esté de acuerdo, comuníquese con Covered California de cualquiera de estas maneras:

- **Por internet:** Visite CoveredCA.com.
- **Por teléfono:** Llame a Covered California al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500). Usted puede llamar de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. ¡La llamada es gratuita!
- **Por fax:** Envíe la apelación al 1-888-329-3700.
- **Por correo:** Envíe la apelación por correo a:
Covered California – Appeals
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **En persona:** Tenemos Consejeros certificados de inscripción o Agentes certificados de seguros, capacitados, que pueden ayudarle. O puede visitar la oficina de servicios sociales de su condado. ¡Esta ayuda es gratuita!
- Para obtener una lista de Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros cerca de donde usted vive o trabaja o una lista de oficinas de servicios sociales del condado cerca de usted, visite CoveredCA.com o llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500).



Puede haber ayuda adicional disponible

CalFresh

¿Necesita ayuda para comprar alimentos para usted y su familia?
¡Posiblemente CalFresh le pueda ayudar!



En California, el Programa de asistencia de nutrición complementaria (SNAP) se conoce como CalFresh. CalFresh le ayuda a pagar por frutas, verduras nutritivas y otros alimentos saludables.

Para ver si usted es elegible para CalFresh, llame al **1-877-847-3663** o visite www.calfresh.ca.gov o solicite por internet en benefitscal.org.

Welltopia de DHCS

¡Vaya a Welltopia del Department of Health Care Services (DHCS), el lugar para el bienestar, en Facebook y Twitter! Usted encontrará consejos para bajar la tensión nerviosa, comer alimentos más saludables, disfrutar de la actividad física, dejar de fumar y mucho más.



Welltopia de DHCS tiene:

- Aplicaciones de salud gratuitas y divertidas
- Videos fabulosos
- Enlaces a:
 - Recetas sabrosas y fáciles
 - Lugares de mercados de granja
 - CalFresh
- Lugares y actividades divertidos para usted y sus chicos
- Educación, colocación en trabajos y otros servicios para facilitar un poco su vida



¡"Me gusta" Welltopia de DHCS en Facebook!
Vaya a: [Facebook.com/DHCSWelltopia](https://www.facebook.com/DHCSWelltopia)



¡Síguenos! @WelltopiaDHCS

Crédito fiscal por ingresos ganados (EITC)

EITC es un beneficio para las personas que trabajan que tengan ingresos de bajos a moderados. Este crédito fiscal reduce la cantidad de impuestos que debe y también puede resultar en un reembolso.

www.irs.gov/Spanish/P%C3%A1gina-Principal-EITC-Es-m%C3%A1s-f%C3%A1cil-que-nunca-saber-si-usted-califica-para-el-Cr%C3%A9dito-por-Ingreso-del-Trabajo

Crédito fiscal por hijo

Es un crédito fiscal que puede valer hasta \$1,000 por hijo elegible, dependiendo de sus ingresos.

www.childtaxcredit.ca.gov

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. O visite CoveredCA.com.



Cómo obtener ayuda en otros idiomas

Usted puede obtener ayuda con esta solicitud en otros idiomas. Llame al 1-800-300-0213.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Ձանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

