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

COVERED CALIFORNIA

Número de caso: | | | | | | | | | | |

Su destino para seguros de salud a bajo costo, incluyendo Medi-Cal

Testimonio de elegibilidad para Medicare y estado de inscripción

(nombre)

(segundo nombre)

(apellido)

☐ Marque esta casilla si usted está inscrito actualmente en Medicare Part B (seguro médico) pero usted no es elegible para Medicare Part A sin cuota (seguro de servicios hospitalarios).
¿Cuándo comenzó su cobertura de Part B? Fecha:(*dd/mm/aaaa*) _____

☐ Marque esta casilla si usted tuvo cobertura de Part A pero ya no está inscrito.
¿Cuándo terminó su cobertura de Part A? Fecha:(*dd/mm/aaaa*) _____

☐ Marque esta casilla si usted tuvo cobertura de discapacidad de Medicare pero ya no está inscrito.
¿Cuándo terminó su cobertura de discapacidad de Medicare? Fecha: (*dd/mm/aaaa*) _____

☐ Marque esta casilla si usted nunca estuvo inscrito y no está inscrito actualmente en algún plan de Medicare.

- Reconozco que la información proporcionada en este formulario solamente se usará para los fines de determinación de elegibilidad para asistencia financiera. Covered California mantendrá la información privada tal como lo exigen las leyes federales y de California.
- Entiendo que debo reportar elegibilidad para Medicare o cambios a la inscripción en Covered California a más tardar 30 días después del cambio, porque éste podría afectar la cantidad de ayuda con las cuotas (o créditos fiscales) o el nivel de reducciones por costo compartido para las que yo podría ser elegible.
- Entiendo que si yo recibo demasiada ayuda con las cuotas (o créditos fiscales) durante el año de beneficios, tendré que devolver al Servicio de impuestos internos (IRS) todo o parte del exceso de ayuda con las cuotas cuando presente mi declaración federal de impuestos sobre ingresos para el año de beneficios.
- Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo que declaré arriba es verdadero y correcto.

Firma:_____ **Fecha:**(*dd/mm/aaaa*) _____

Envíe su formulario de una de las maneras siguientes:

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

Fax
(888) 329-3700

Envío electrónico
Cargue este documento directamente a su cuenta en internet en www.CoveredCA.com/espanol