



**COVERED  
 CALIFORNIA**

*Su destino para **cuidado médico**  
 de calidad, incluyendo Medi-Cal*

Número de Caso: \_\_\_\_\_

**Formulario de certificación por falta de información  
 (Traslado permanente a y/o dentro de California)**

Yo \_\_\_\_\_, no puedo obtener un documento  
 (Imprima su nombre)

para verificar mi evento calificado de vida porque:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de la mudanza: \_\_\_\_\_

Mi dirección anterior era: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi dirección actual es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me mudé porque:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo declaro bajo pena de perjurio, y bajo las leyes del Estado de California, que lo que he dicho anteriormente es verdadero y correcto.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**¿Cómo enviar mi información?**

Usted puede enviar su información en una de tres maneras:

- **La forma más rápida para enviarnos su información es en línea en:**  
<http://www.coveredca.com/espanol/get-help/contact/>
  - Haga clic en el enlace de “Proveer documentos para la inscripción especial.”
  - Vaya a la sección de **En línea**, y luego haga clic en “**aquí**.”
  - Será llevado a otra página donde podrá cargar en línea, sus documentos de verificación de SEP.
- **Envíe su información por correo a la dirección siguiente:**

**CA HBEX/Covered California  
 Special Enrollment Team  
 P.O. Box 13310  
 Sacramento, CA 95813**

- **O, envíe por fax su información a: 1-888-217-9310.**



**COVERED  
 CALIFORNIA**

*Su destino para cuidado médico de  
 calidad, incluyendo Medi-Cal*

Número de Caso: \_\_\_\_\_

**Formulario de certificación por falta de información  
 (Terminación de empleo o reducción de horas de los empleados)**

Yo \_\_\_\_\_, no puedo obtener un documento  
 (Imprima su nombre)  
 para verificar mi evento calificado de vida porque:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

La cobertura de mi empleo fue cancelada porque:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mi proveedor anterior de salud fue: \_\_\_\_\_

Mi último día de cobertura fue: \_\_\_\_\_

Mi número de miembro fue: \_\_\_\_\_

Mi número de grupo fue: \_\_\_\_\_

Yo declaro bajo pena de perjurio, y bajo las leyes del Estado de California, que lo que he dicho anteriormente es verdadero y correcto.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**¿Cómo enviar mi información?**

Usted puede enviar su información en una de tres maneras:

- **La forma más rápida para enviarnos su información es en línea en:**  
<http://www.coveredca.com/espanol/get-help/contact/>
  - Haga clic en el enlace de “Proveer documentos para la inscripción especial.”
  - Vaya a la sección de **En línea**, y luego haga clic en “**aquí**.”
  - Será llevado a otra página donde podrá cargar en línea, sus documentos de verificación de SEP.
- **Envíe su información por correo a la dirección siguiente:**

**CA HBEX/Covered California  
 Special Enrollment Team  
 P.O. Box 13310  
 Sacramento, CA 95813**

- **O, envíe por fax su información a: 1-888-217-9310.**