

**Por favor tome nota:** Si *no tiene* uno de los documentos anotados, Covered California acepta una carta por escrito, firmada bajo pena de perjurio, llamada "testimonio de información", describiendo su evento calificado de vida y por qué no tiene uno de los documentos anotados.

<b>Evento calificado de vida:</b>	<b>Qué tiene que enviar a Covered California:</b>
<p>Pérdida de Cobertura mínima esencial (MEC)</p>	<p><b>Si usted perdió o pronto perderá su cobertura por una terminación de empleo, reducción de horas de empleo o agotamiento de la cobertura COBRA, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Una carta de su empleador.</i> Esta carta debe mostrar el membrete de la compañía y debe incluir su nombre (o el del empleado) y la fecha en que la cobertura patrocinada por el empleador (o la del empleado) terminó o será terminada debido a la terminación de empleo, reducción de horas de empleo o por el fallecimiento del empleado, o;</li> <li>• Un formulario de selección de COBRA, FMLA o Cal-COBRA; un formulario de cancelación de cobertura COBRA, un certificado HIPAA de una compañía de seguros anterior, un aviso de cancelación de cobertura, un Aviso modelo o un Certificado de cobertura acreditable o;</li> <li>• Si usted no puede darnos la información que necesitamos, deberá enviarnos una declaración firmada bajo pena de perjurio que nos diga por qué fue terminada su cobertura, cuál era su compañía de seguros de salud anterior, cuál fue la última fecha de cobertura, su número de miembro y de grupo, el motivo por que usted no puede darnos los documentos que pedimos y debe contener las siguientes declaraciones:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- "No puedo obtener un documento para comprobar el evento calificado de vida."</li> <li>- "Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California, que lo que declaré arriba es verdadero y correcto".</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Si usted ya no está en el plan de su padre porque cumplió 26 años de edad, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una carta del empleador de su padre o de la compañía de seguros de salud, indicando la cancelación de su cobertura de salud. Esta carta debe tener su nombre y la fecha en que la cobertura fue o será cancelada o;</li> <li>• Un certificado HIPAA de una compañía de seguros de salud anterior (Certificado de cobertura acreditable).</li> </ul>
<p>Pérdida de un dependiente o ya no se considera un dependiente</p>	<p><b>Si está inscrito en un plan de Covered California y acaba de perder un dependiente o que ya no se le considera un dependiente debido al divorcio, separación legal, disolución de pareja de hecho, o la muerte de una persona inscrita, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una copia de los documentos de divorcio, o papeles de la separación legal o documentos de la corte que muestran la disolución de la pareja. Estos documentos deben mostrar su nombre y el día del divorcio / separación legal o disolución;</li> <li>• Una declaración escrita firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre y la fecha del divorcio, separación o disolución de la pareja.</li> <li>• Una copia del certificado de defunción que muestre el nombre y la fecha del fallecimiento; o</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un obituario del periódico o aviso mortuorio que muestra el nombre de la persona, fecha de fallecimiento, nombre del periódico y la fecha de publicación;</li> </ul> <p>Una declaración escrita firmada bajo pena de perjurio, indicando el nombre y la fecha de fallecimiento de la persona.</p>
<p>Se casó o empezó una relación de unión libre</p>	<p><b>Si recientemente se casó o empezó una relación de unión libre, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una copia de su certificado de matrimonio o documento legal de unión libre. Las copias que nos envíe deben mostrar su nombre y la fecha en que se casó o empezó su acuerdo de unión libre o;</li> <li>• Una copia de su pedido de una orden judicial (o decreto) de cambio de apellido que muestre su apellido nuevo de casado o;</li> <li>• Si usted no puede darnos la información que necesitamos, deberá enviarnos una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, el de su cónyuge o pareja doméstica y la fecha de su matrimonio o la fecha en la que empezó su unión libre.</li> </ul>
<p>Se mudó permanentemente a California o dentro del estado</p>	<p><b>Si usted se cambió de dirección, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una copia de la tarjeta oficial de la Oficina de correos de EE.UU. o mensaje electrónico de confirmación que muestre que pidió su cambio de dirección o;</li> <li>• Una licencia de conductor o tarjeta de identificación del Departamento de vehículos motorizados de California que muestre su nombre y dirección nueva o;</li> <li>• Una copia de su Tarjeta de certificado de cambio de dirección (DL 43) de su oficina local del Departamento de vehículos motorizados (DMV) o;</li> <li>• Una copia de una factura de servicios públicos, estado de cuenta bancario, estado de cuenta de hipoteca, factura de teléfono celular, contrato de renta firmado <u>o</u> un talón de cheque de pago, que muestre su nombre y su dirección permanente nueva o;</li> <li>• Si usted no puede darnos la información que necesitamos, deberá enviarnos una declaración firmada por escrito que indique su dirección anterior y su dirección nueva. También, díganos el motivo por el que usted no puede darnos los documentos que pedimos. Esta declaración firmada por escrito debe contener las declaraciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- "No puedo obtener un documento para comprobar el evento calificado de vida".</li> <li>- "Declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes del estado de California, que lo que declaré arriba es verdadero y correcto".</li> </ul> </li> </ul>
<p>Tuvo un bebé, adoptó un niño o hace poco tiempo recibió un niño en crianza temporal</p>	<p><b>Si usted hace poco tiempo tuvo un bebé, adoptó o recibió un niño de crianza temporal, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una copia del acta de nacimiento de su hijo, certificado del hospital, certificado del condado o certificado emitido por el gobierno que muestre el nombre y su fecha de nacimiento y ciudadanía de EE.UU. o;</li> <li>• Una factura del hospital que muestre los servicios recibidos por el nacimiento del niño o;</li> <li>• Una copia de la solicitud de Tarjeta del Seguro Social para su hijo, orden judicial de tutela legal u orden judicial de respaldo médico calificado o;</li> <li>• Si su hijo es adoptado, por favor envíenos los papeles de adopción o de crianza temporal, comprobantes del derecho a controlar los cuidados de salud del niño, formulario de renuncia o una carta del condado, del estado o entidad gubernamental o privada equivalente que preste los servicios de colocación en crianza temporal o;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, el nombre de su hijo y la fecha de nacimiento o adopción.</li> </ul>
Liberado de la cárcel o prisión	<p><b>Si usted fue o será liberado de la cárcel o prisión, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Documentación que muestre su nombre y la fecha en que fue o se programa que será liberado de la cárcel, prisión o institución penal o correccional similar o;</li> <li>Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre y que actualmente usted no está encarcelado.</li> </ul>
Adquirió ciudadanía o presencia legal	<p><b>Si recientemente usted adquirió la ciudadanía o presencia legal, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una copia de sus papeles de inmigración que muestren su nombre y el cambio en su situación migratoria o;</li> <li>Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, y la fecha en que adquirió la ciudadanía o presencia legal.</li> </ul>
Indio americano o nativo de Alaska con reconocimiento federal	<p><b>Si usted pertenece a una tribu india americana o nativa de Alaska con reconocimiento federal, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una carta o documento en papel membretado tribal, que muestre su nombre y su situación como AI/AN con reconocimiento federal o;</li> <li>Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre y la tribu a la que pertenece.</li> </ul>
Volvió del servicio militar activo	<p><b>Si usted volvió del servicio militar activo, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una copia de sus documentos de descargo de un servicio del ejército de EE.UU. o;</li> <li>Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre y la fecha en que volvió del servicio activo.</li> </ul>
Otros eventos calificados de vida:	<p><b>Si usted ya está inscrito en un plan de Covered California y se vuelve recién elegible o no elegible para créditos fiscales o reducciones por costo compartido o es elegible para un nivel de reducción de costo compartido diferente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Usted tendrá que informar del cambio en sus ingresos, los cuales verificaremos automáticamente.</li> </ul> <p><b>Si hubo mala conducta o información engañosa durante su inscripción, incluyendo que: Un agente, consejero de inscripción, representante del Centro de servicios u otro representante autorizado lo inscribieron en el plan que usted no quería, no lo inscribieron en ningún plan o no calcularon la asistencia con las cuotas para la que usted es elegible, necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, qué mala conducta hubo y la fecha en que ocurrió la mala conducta.</li> </ul> <p><b>Si usted experimentó mala representación o inscripción errónea incluyendo:</b>  <b>Determinación incorrecta de elegibilidad (esto incluye si usted solicitó durante la inscripción abierta e inicialmente le dijeron que usted era elegible para Medi-Cal y luego se determinó que no era elegible para Medi-Cal), necesitamos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, cuál fue la información engañosa y la fecha en que ocurrió.</li> </ul> <p><b>Si el plan de salud que eligió no recibió su información debido a problemas técnicos, necesitamos:</b></p>

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, el plan de salud y la fecha en que trató de inscribirse.

**Si por algún error al procesar sus documentos de inmigración causaron un resultado de elegibilidad incorrecto, necesitamos:**

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, qué error ocurrió y la fecha en que ocurrió.

**Si se mostraron datos incorrectos del plan cuando usted seleccionó un plan (como errores de datos de cuotas, beneficios o copagos y deducibles; se mostraron los planes incorrectos; o una familia no pudo inscribirse junta en un sólo plan), necesitamos:**

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, el del plan de salud, qué error ocurrió y la fecha en que ocurrió el error.

**Si su plan de salud no cumple con su contrato, necesitamos:**

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, el del plan de salud, qué infracción ocurrió y la fecha en que ocurrió.

**Si ocurrieron circunstancias excepcionales en o alrededor de las fechas límite de selección de planes, incluyendo desastres naturales y emergencias médicas, necesitamos:**

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, las circunstancias excepcionales ocurridas y la fecha en que ocurrieron estas circunstancias excepcionales.

**Si usted recibió un certificado de exención por dificultades económicas de Salud y servicios humanos (HHS) para un mes o meses durante el año de cobertura, pero usted perdió su elegibilidad para la exención por dificultades económicas fuera de un período de inscripción abierta, necesitamos:**

- Una copia de su certificado de exención recibido de HHS, que muestre la fecha de vencimiento de su exención.

**En el caso de que usted y sus dependientes, si los hay, sean víctimas de abuso doméstico o abandono conyugal, necesitamos:**

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre y los nombres de las víctimas de abuso doméstico inscritos en la cobertura.

**Si una orden judicial le exige proporcionar seguro de salud a un niño a quien se determinó no elegible para Medi-Cal y CHIP, aunque usted no sea quien espera deducir al niño como dependiente fiscal, necesitamos:**

- Una copia de la orden judicial.

**Si usted es miembro de Americorps/VISTA/National Civilian Community Corps (si usted entró en Americorps o una de las otras organizaciones**

**anotadas arriba fuera de la inscripción abierta o; si usted terminó sus servicios para una de las organizaciones anotadas arriba), necesitamos:**

- Una copia de la carta de la agencia.

**Si usted tiene un plan de seguro de salud que no está sujeto a la legislación actual, fuera de Covered California y le gustaría cambiar a un plan de seguro de salud de Covered California en lugar de renovar su plan actual, necesitamos:**

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre, su plan de salud anterior y el motivo para cambiar planes.

**Si su proveedor abandonó la red del plan de salud mientras usted recibía cuidados (para padecimientos relativos al embarazo, una enfermedad terminal, una enfermedad aguda, una enfermedad crónica grave, el cuidado de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad, una cirugía u otro procedimiento que ocurrirá a 180 días de la terminación o de la fecha inicial), necesitamos:**

- Una declaración por escrito, firmada bajo pena de perjurio, indicando su nombre y el nombre de su plan de salud anterior.