

Covered California para Pequeñas Empresas

Formulario de Solicitud de Cambio para Empleadores



PARA
**PEQUEÑAS
EMPRESAS**

Marque aquí si los cambios entrarán en vigencia con la renovación.

Envíe el formulario completo por fax al (949) 809-3264 o por correo a Covered California a P.O. Box 7010, Newport Beach, CA 92658
Para obtener ayuda, llame al (877) 453-9198

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Ingrese el nombre y el Número de Identificación Patronal Federal que indicó originalmente en la cobertura Covered California a fin de localizar el registro correcto de la empresa. Si ha cambiado el nombre de la empresa, ingrese el nuevo nombre en Updated Business Information a continuación.

Nombre del empleador	Número de Identificación Patronal Federal (FEIN, por sus siglas en inglés)
Número de teléfono del empleador () -	N.º de ID de Estuche Covered California para Pequeñas Empresas (CCSB)

MOTIVO DEL CAMBIO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

FECHA DE EFECTIVIDAD
DD/MM/AAAA

<input type="checkbox"/> CAMBIO EN LA TITULARIDAD COMERCIAL	INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO DE TITULARIDAD	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DIRECCIÓN O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN PARA EL NEGOCIO	INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DEL CAMBIO DE INFORMACIÓN	
<input type="checkbox"/> EMPLEADOS A DESPEDIR	INDIQUE LA FECHA EFECTIVA DE VENCIMIENTO	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE NIVEL DE PLAN (NIVEL DE METAL)		CAMBIO SERÁ EFECTIVA EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> CAMBIO DEL MONTO DE LA CONTRIBUCIÓN DE PRIMAS		CAMBIO SERÁ EFECTIVA EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PLAN DE REFERENCIA		CAMBIO SERÁ EFECTIVA EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> ÚNICAMENTE PARA LA COBERTURA DEL EMPLEADO QUE REALIZA LA SELECCIÓN		CAMBIO SERÁ EFECTIVA EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> AÑADIR LA COBERTURA DE DEPENDIENTES		CAMBIO SERÁ EFECTIVA EN RENOVACIÓN
<input type="checkbox"/> OTRO (DESCRIBIR)		

INFORMACIÓN COMERCIAL ACTUALIZADA (SI CORRESPONDE)

1. NUEVO Razón Social	2. NUEVO Número de Identificación Patronal Federal (FEIN, por sus siglas en inglés)
3. NUEVO Opera comercialmente como (DBA, por sus siglas en inglés)	4. NUEVO Número de Identificación Patronal Estatal (SEIN, por sus siglas en inglés)
5. Cambio en el total de empleados de nómina con respecto al año anterior ANTIGUOS NUEVOS	6. Cambio en el total de empleados elegibles con respecto al año anterior ANTIGUOS NUEVOS

CAMBIO EN LA TITULARIDAD Debe proporcionar los siguientes documentos

<input type="checkbox"/> Único propietario	Licencia de negocio local o Presentación de Nombre Comercial Ficticio Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Corporación	Acta Constitutiva (presentada y sellada) Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días Y Declaración de Información (si los directivos reciben cobertura y no figuran en el formulario DE-9C) o acta de la Junta Corporativa enumerando todos los nombres de los directivos
<input type="checkbox"/> Sociedad	Convenio de Sociedad Y carta de Nombramiento de Identificación Fiscal Federal Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Sociedad Limitada (LI, por sus siglas en inglés)	Convenio de Sociedad Y carta de Nombramiento de Identificación Fiscal Federal Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada (SRL)	Convenio de Sociedad o Nombramiento de Identificación Fiscal Federal Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días
<input type="checkbox"/> Corporación de Responsabilidad Limitada (LLC, por sus siglas en inglés)	Acta Constitutiva, Acuerdo Operativo o Declaración de Información Y formulario DE-9C o registros de nómina de 30 días

¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO? Si tiene preguntas, comuníquese con su Agente Autorizado de Covered California, visite CoveredCA.com o llámenos al (877) 453-9198. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (877) 453-9198.

continúa en la siguiente página ➔

COMPLETE SOLO LA INFORMACIÓN QUE HA CAMBIADO**Contacto Principal** (Las comunicaciones oficiales se dirigirán al contacto principal)

1. Primer nombre, apellido y sufijo

2. Número de teléfono
() -

3. Dirección de correo electrónico (OPCIONAL)

4. ¿Cuál es el método preferido de comunicación?

 Correo Correo electrónico Teléfono

5. Idioma hablado o escrito preferido (OPCIONAL - si no es inglés)

Representante Autorizado (si desea nombrar a alguien como su representante autorizado)

6. Primer nombre, apellido y sufijo

7. Número de teléfono
() -

8. Dirección de correo electrónico (OPCIONAL)

Dirección de la Empresa

9. Dirección comercial en California - dirección 1 calle (debe ser una calle de California)

10. Dirección 2 calle

11. Ciudad

12. Estado
CALIFORNIA

13. Código postal

14. País

15. ¿Su dirección postal es la misma que la dirección comercial en California?

 Sí No

15. ¿Su dirección de facturación es la misma que la dirección comercial en California?

 Sí No

17. Dirección postal

18. Ciudad

19. Estado

20. Código postal

21. País

22. Dirección de facturación

23. Ciudad

24. Estado

25. Código postal

26. País

ENUMERE TODOS LOS EMPLEADOS QUE DEJARÁN DE TENER COBERTURA E INDIQUE EL MOTIVO**CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:** Para *cambiar* información o la cobertura de un empleado, como agregar un familiar a cargo o cambiar su dirección personal, adjunte un Formulario de Solicitud de Cambio para Empleados.

EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
MOTIVO		ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA	
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
MOTIVO		ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA	
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
MOTIVO		ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA	
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
MOTIVO		ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA	
EMPLEADO APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	NSS/N.º DE ID FISCAL
MOTIVO		ÚLTIMO DÍA DE COBERTURA	

? **¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO?** Si tiene preguntas, comuníquese con su Agente Autorizado de Covered California, visite **CoveredCA.com** o llámenos al (877) 453-9198. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (877) 453-9198.

continúa en la siguiente página 

CAMBIAR EL NIVEL DE PLAN OFRECIDO A SUS EMPLEADOS (SI CORRESPONDE)**TENGA EN CUENTA:** Los niveles de los planes pueden modificarse solo al momento de la renovación.

Nivel del Plan ACTUAL	<input type="checkbox"/> Bronze	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Platinum
Nivel del Plan NUEVO	<input type="checkbox"/> Bronze	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Platinum

NUEVA Opción de Doble Nivel: Sus empleados pueden elegir entre niveles de plan adyacentes, como se indica a continuación:

Plan de Doble Nivel	<input type="checkbox"/> Bronze + Silver	<input type="checkbox"/> Silver + Gold	<input type="checkbox"/> Gold + Platinum
----------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------

CAMBIAR SU PLAN DE REFERENCIA (SI CORRESPONDE)**TENGA EN CUENTA:** Los Planes de Referencia pueden modificarse solo al momento de la renovación.

Plan de Referencia ACTUAL	Proveedor de Seguro de Salud _____
	Nombre del Plan _____
	Nivel del Plan _____

Plan de Referencia NUEVO	Proveedor de Seguro de Salud _____
	Nombre del Plan _____
	Nivel del Plan _____

CAMBIAR SU CONTRIBUCIÓN DE PRIMA (SI CORRESPONDE)**TENGA EN CUENTA:** Las contribuciones de prima pueden modificarse solo al momento de la renovación.

Nivel de Contribución ACTUAL	Prima del empleado _____ % (50% mínimo)
	Prima del familiar a cargo _____ % (opcional, introduzca "0" si no hay contribución)

Nivel de Contribución NUEVO	Prima del empleado _____ % (50% mínimo)
	Prima del familiar a cargo _____ % (opcional, introduzca "0" si no hay contribución)

INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE DE SEGUROS CERTIFICADO

Califique la atención del Agente de Seguros Certificado que le asistió con la cobertura de seguro de salud Covered California.

Nombre del Agente de Seguros Certificado

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

 No me asistió un Agente de Seguros Certificado.**FIRMAR EL FORMULARIO Y ENVIARLO A COVERED CALIFORNIA**

Firma del Propietario de la Empresa/Oficial de la Compañía Autorizada

Título

Escriba el nombre

Fecha

? **¿NECESITA AYUDA CON ESTE FORMULARIO?** Si tiene preguntas, comuníquese con su Agente Autorizado de Covered California, visite **CoveredCA.com** o llámenos al (877) 453-9198. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al (877) 453-9198.