



| ¿Qué debe reflejar su expediente? |
|-----------------------------------|
|                                   |

| Verificación de Dirección   |  |      |
|---|--|------|
| <i>(Por favor adjunte una copia de uno de los siguientes con su nombre y dirección actual.)</i>   |  |      |
| Licencia de Conductor de California   | Factura de Utilidad                                | Otra |
| Verificación de la Identidad  |  |      |
| <i>(Por favor adjunte una copia de uno de los siguientes. Si no adjunta ningún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)</i> |  |      |
| Licencia de Conductor de California   | Tarjeta de Identificación del Estado de California |      |
| Tarjeta de Identificación Federal   | Notario Público                                    |      |
| Fecha de Notaría:   | NO OFICIAL SI TIENE SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO      |      |
| Notariado por:  |  |      |
| Notario de Número Público:  |  |      |

| Firma   |        |
|---|--------|
| Entiendo que Covered California puede no ser capaz de cumplir con mi petición, pero aun así me dará una respuesta.  |        |
| Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.   |        |
| Firma:  | Fecha: |
| La información solicitada en este formulario es requerida por California Health Benefit Exchange, Oficina de Privacidad, a fin de procesar su solicitud. La información que proporcione en este formulario se requiere para procesar su solicitud y será utilizada por la Oficina de Privacidad para ese propósito. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la recopilación o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluye Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 y 1798.35 del Código Civil de California y la Sección 155.260 (a) del Código de Regulaciones Federales. <i>California Health Benefit Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.</i> |        |