

REQUEST TO AMEND PERSONAL INFORMATION BY A PARENT, GUARDIAN, OR PERSONAL REPRESENTATIVE
HBEX 410S SPANISH VERSION (8/15)



Solicitud para Enmendar la Información Personal por un Padre, Tutor o Representante Autorizado

Usted, como representante autorizado del consumidor, puede solicitar modificaciones a la información personal que Covered California crea o mantiene para el consumidor. Usted recibirá una respuesta a su solicitud dentro de los 30 días después de que se reciba su solicitud. De rechazar su solicitud, usted tiene el derecho de solicitar una revisión de nuestra decisión y le proporcionaremos el nombre e información de contacto del funcionario de la revisión en conjunto con una copia por escrito de nuestra decisión. Por favor, complete este formulario y adjunte todos los documentos pertinentes. Usted puede enviar el formulario y los documentos por correo o fax.

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

Fax: (888) 329-3700

Información del Consumidor

(Tal como aparece en la cuenta de Covered California)

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:	Fecha de Nacimiento:	

Información de Padre, Tutor o Representante Autorizado

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de teléfono durante el día: <i>(requerido)</i>	Dirección de Correo Electrónico:	

REQUEST TO AMEND PERSONAL INFORMATION BY A PARENT, GUARDIAN, OR PERSONAL REPRESENTATIVE

HBEX 410S SPANISH VERSION (8/15)

Page 2

Identificar la información personal del consumidor que desea modificar y la razón para la modificación.

¿Qué debe reflejar el expediente del consumidor?

¿Qué autoridad legal tiene para actuar en nombre del consumidor? <i>(Favor de adjuntar documentación legal).</i>		
Padre	Curador	Albacea
Tutor	Agente de Salud	Poder Legal
Otra		

Adjunte Copia de la Información de Identificación del Representante. <i>(De no adjuntar algún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)</i>	
Licencia de Conductor de California	Tarjeta de Identificación Estatal
Tarjeta de Identificación Federal	Notario Público
Fecha de Notaría:	NO OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO
Notariado por:	
Notario de Número Público:	

Firma del Representante Autorizado	
<p>Entiendo que Covered California pudiese no ser capaz de cumplir con mi solicitud pero aun así me dará una respuesta.</p> <p>Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.</p>	
Firma:	Fecha:
<p>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 utilizados 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></p>	