

# Covered California para pequeñas empresas (CCSB)



COVERED CALIFORNIA  
SMALL BUSINESS

## Solicitud de inscripción y cambio para empleados



### Hazlo en línea

Visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/). Podrás ver detalles acerca de las opciones de cobertura para empresas pequeñas en Covered California.



### Obtén ayuda

- **Pregúntale a tu empleador a quién debes llamar si tienes preguntas.**
- **En línea:** [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/).
- **Por teléfono:** Llama a nuestro centro de servicio al cliente al (855)777-6782.
- **For English:** Please call our free Customer Service Center at 855-777-6782.



### ¿Cuál es el siguiente paso?

Regresarás tu solicitud completa y firmada a tu empleador. Tu empleador nos enviará tu solicitud completa y firmada.



### Alternativas

Si tu parte del costo de la cobertura solo para empleados es superior al 9.96% de el ingreso de su hogar, pudieras obtener ayuda financiera para pagar la cobertura a través del mercado individual de Covered California. Visita [CoveredCA.com/espanol](http://CoveredCA.com/espanol) para más información.

### Tu información es privada.

- Por ley, mantendremos tu información privada.
- Tus respuestas en esta solicitud serán usadas solamente para ver si eres elegible para inscribirte al plan de pequeñas empresas de Covered California.



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

## Para ser completado por el empleador:

Fecha de vigencia solicitada:

Nombre del empleador:

Número del empleador  
(Medical):

Envíe la solicitud completada a [ccsbeligibility@covered.ca.gov](mailto:ccsbeligibility@covered.ca.gov)  
Fax la solicitud completada a (949) 809-3264  
Por correo a Covered California P.O. Box 7010, Newport Beach, CA 92658  
Para asistencia llame al (855)777-6782

## PASO 1 Razones para solicitud de inscripción o cambio:

			Fecha en la que comienza la cobertura MM/DD/YY	Fecha de gran cambio de vida MM/DD/YY
Nueva inscripción		EFFECTIVA A LA FECHA DE VIGENCIA DEL GRUPO		
Inscripción abierta de grupo		DEBE SER RECIBIDO ANTES DE LA FECHA DE RENOVACIÓN		
Nuevo empleado/cambio de empleo		INDIQUE LA FECHA EN QUE COMIENZA LA COBERTURA Y LA FECHA DEL GRAN CAMBIO DE VIDA		
Perdida/obtención de otra cobertura				
Agregue un dependiente y seleccione la razón correcta	Matrimonio o agregar pareja doméstica	INDIQUE LA FECHA DE CASAMIENTO O DECLARACIÓN DE RELACIÓN DOMÉSTICA		
	Nacimiento, adopción, tutela, acogida o manutención infantil médica calificada (QMCSO) de hijo dependiente	INDIQUE LA FECHA DE NACIMIENTO, ADOPCIÓN, TUTELA, ACOGIDA O MANUTENCIÓN INFANTIL MÉDICA CALIFICADA		
Cambio de nombre y/o dirección		INDIQUE LA FECHA VIGENTE DE CAMBIO		
Remover empleado		INDIQUE EL ÚLTIMO DÍA TRABAJADO EN EL CAMPO DEL GRAN CAMBIO DE VIDA		
Remover dependiente		INDIQUE LA FECHA DE VIGENCIA DEL CAMBIO		
Inscripción en COBRA y/o COBRA/CAL	INDIQUE GRAN CAMBIO DE VIDA Y FECHA En <b>Caja 20</b> de Paso 2			
Declinación de cobertura	Para declinar la cobertura, <b>llene el paso 2</b> y continúe al paso 7 en la página 6.	INDIQUE LA FECHA EN QUE COMIENZA COBERTURA DEL GRUPO O LA FECHA DEL GRAN CAMBIO DE VIDA		
Otro gran cambio de vida	Indique el gran cambio de vida*			

\*Para obtener una lista completa de los grandes cambios de vida, consulte el título 10 del Código de Reglamentos de California, Sección 6530.



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

## PASO 2 Información tuya, el empleado.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido y sufijo		2. Sexo masculino      femenino				
3. Número de seguro social o identificación de impuestos		4. Fecha de nacimiento (día/mes/año)						
5. Dirección principal			6. Número de apartamento o edificio					
7. Ciudad		8 Estado	9. Código postal	10. Condado				
11. Domicilio postal (si es diferente de la dirección principal)			12. Número de apartamento o edificio					
13. Ciudad		14. Estado	15. Código postal	16. Condado				
17. Correo electrónico								
18. Número de teléfono (   ) -	Celular	Casa	Trabajo	19. Número alternativo (   ) -	Celular	Casa	Trabajo	
20. Para los solicitantes de Cal-COBRA/COBRA, escoger un gran cambio de vida: Terminación de empleo      Divorcio/Separación legal      Dependiente ya no es elegible      Actualmente inscrito in Cal-COBRA / COBRA*      Fecha de gran cambio de vida Reducción de horas      Muerte de un empleado      Elegible para Medicare      *Indique la fecha original del gran cambio de vida para cobertura COBRA								
21. Estado civil:	Soltero	Casado	Asociación doméstica					
22. Idioma preferido hablado o escrito (OPCIONAL, si no es inglés)								
23. Método de comunicación preferido	Correo	Correo electrónico		Teléfono				
<b>Cuéntanos sobre tu raza.</b> Cuéntanos sobre ti. Esta información es confidencial y sólo se utilizará para garantizar que todos tengan el mismo acceso a la atención médica. No se utilizará para decidir para qué seguro de salud calificarás.								
24. ¿Es usted de origen hispano/latino? (OPCIONAL)		Sí	No	Si es así, indica cuál(es): Mexicano, mexicano      Salvadoreño      Puertorriqueño      Cubano      Guatemalteco      Otro origen hispano/latino: _____				
25. Raza (OPCIONAL—Marque todas las opciones que correspondan)								
Blanco	indígena americano o nativo de Alaska	Chino	Coreano	Guameño o Chamorro				
Negro o afroamericano	Indio asiático	Filipino	Laosiano	Samoano				
	Camboyano	Hmong	Vietnamita	Otro: _____				
26. Si eres indígena americano o nativo de Alaska, indícanos el estado y el nombre de tu tribu reconocida por el gobierno federal (opcional): _____								



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

## PASO 3 Cuéntanos acerca de ti y tus dependientes elegibles

### La ley de California define a un dependiente para la cobertura de salud de la siguiente manera:

"Dependiente" significa cónyuge o pareja doméstica registrada, o hijo de un empleado elegible, sujeto a términos aplicables del contrato del plan de servicios de atención médica que cubre al empleado e incluye dependientes de miembros garantizados de la asociación, si la asociación elige incluir dependientes bajo su cobertura de salud al mismo tiempo que determina su composición de membresía.

### LLENE ESTA SECCIÓN SI DESEA AÑADIR, CANCELAR O CAMBIAR SU COBERTURA DE SALUD

**¡IMPORTANTE!** Los cambios en cobertura de salud son permitidos durante la época de renovación o si tuviste un gran cambio de vida.

- **AÑADICIONES (nueva inscripción/gran cambio de vida):** Consulte a su empleador para conocer las fechas de vigencia según el gran cambio de vida.
- **AÑADICIONES (en época de renovación):** La cobertura será efectiva en la fecha de renovación del grupo.
- **CAMBIOS (en época de renovación):** Si realiza algún cambio de plan, enumere todos los dependientes cubiertos.
- **Las CANCELACIONES** de cobertura entrarán en vigor el ÚLTIMO DÍA del mes POSTERIOR A LA RECEPCIÓN de su solicitud por parte de Covered California. Cancelaciones en la época de renovación entrará en vigor en la fecha de renovación del grupo.

Este formulario debe ser recibido por Covered California no más de 30 días después del gran cambio de vida.

<b>EMPLEADO</b>	APELLIDO		NOMBRE			M.I.	SSN / TAX ID #	SEXO (M/F) M F
	DOMICILIO			DOMICILIO POSTAL		(SI ES DIFERENTE A TU DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	PLAN DE SALUD		AÑADIR CANCELAR CAMBIAR	PLAN DENTAL		AÑADIR CANCELAR CAMBIAR	
<b>CÓNYUGE O CAMPAÑERO DOMÉSTICO</b>	APELLIDO		NOMBRE			M.I.	SSN / TAX ID #	SEXO (M/F) M F
	DOMICILIO			DOMICILIO POSTAL		(SI ES DIFERENTE A TU DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿ERES UN COMPAÑERO DOMÉSTICO? Sí      No	EN CASO AFIRMATIVO, ¿ESTÁ REGISTRADA SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO DE CALIFORNIA? Sí      No	PLAN DE SALUD		AÑADIR CANCELAR CAMBIAR	PLAN DENTAL	AÑADIR CANCELAR CAMBIAR
<b>DEPENDIENTE**</b>	APELLIDO		NOMBRE			M.I.	SSN / TAX ID #	SEXO (M/F) M F
	DOMICILIO			DOMICILIO POSTAL		(SI ES DIFERENTE A TU DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD Y TIENE MÁS DE 26 AÑOS? Sí      No		PLAN DE SALUD		AÑADIR CANCELAR CAMBIAR	PLAN DENTAL	AÑADIR CANCELAR CAMBIAR
<b>DEPENDIENTE**</b>	APELLIDO		NOMBRE			M.I.	SSN / TAX ID #	SEXO (M/F) M F
	DOMICILIO			DOMICILIO POSTAL		(SI ES DIFERENTE A TU DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD Y TIENE MÁS DE 26 AÑOS? Sí      No		PLAN DE SALUD		AÑADIR CANCELAR CAMBIAR	PLAN DENTAL	AÑADIR CANCELAR CAMBIAR
<b>DEPENDIENTE**</b>	APELLIDO		NOMBRE			M.I.	SSN / TAX ID #	SEXO (M/F) M F
	DOMICILIO			DOMICILIO POSTAL		(SI ES DIFERENTE A TU DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD Y TIENE MÁS DE 26 AÑOS? Sí      No		PLAN DE SALUD		AÑADIR CANCELAR CAMBIAR	PLAN DENTAL	AÑADIR CANCELAR CAMBIAR

\*\*Si tienes más de tres dependientes, adjunta una hoja separada con la información requerida y envíala con esta solicitud.

\*Se puede encontrar en el directorio de proveedores de planes seleccionados.

**Si tu empleador no ofrece una cobertura para dependientes y estas interesado en obtener información acerca de otro tipo de cobertura para tus dependientes, visita [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).**



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

Nombre del empleado

Nombre del empleador

## PASO 4 Opciones de seguro de salud y dental

**Importante:** Por favor, seleccione UN plan de seguro de salud y dental de la compañía de seguros correspondiente, marcando la casilla junto al plan o planes seleccionados.

**NOTA:** Todos los empleadores tienen la opción de ofrecer cobertura para tratamientos de infertilidad como parte de su seguro de salud. Si un empleador decide ofrecer beneficios para tratamientos de infertilidad a sus empleados, todos los planes de salud disponibles incluirán dichos beneficios. Si un empleador decide no ofrecer cobertura para tratamientos de infertilidad a sus empleados, los planes de salud disponibles para ellos no incluirán estos beneficios.

### Niveles de metal

Plan de seguro de salud	Bronze	Silver	Gold	Platinum
<b>Blue Shield of California</b>	Bronze 60 PPO 5800/60 PCP + Cobertura dental para niños Bronze 60 HDHP PPO 7500/0% PCP + Cobertura dental para niños Alt Trio Bronze 60 HMO 7000/65 PCP + Cobertura dental para niños Alt	Silver 70 PPO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños Trio Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños Silver 70 HDHP PPO 2300/30% PCP + Cobertura dental para niños Alt Access+ Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños	Gold 80 PPO 350/25 PCP + Cobertura dental para niños Trio Gold 80 HMO 250/35 PCP + Cobertura dental para niños Access+ Gold 80 HMO 250/35 PCP + Cobertura dental para niños	Platinum 90 PPO 0/15 PCP + Cobertura dental para niños Trio Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Cobertura dental para niños Access+ Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Cobertura dental para niños
<b>Kaiser Permanente</b>	Bronze 60 HMO 5800/60 PCP + Cobertura dental para niños Bronze 60 HDHP HMO 7200/0% PCP + Cobertura dental para niños	Silver 70 HMO 2000/65 PCP + Cobertura dental para niños Alt Silver 70 HMO 2300/65 PCP + Cobertura dental para niños Alt Silver 70 HMO 3100/75 PCP + Cobertura dental para niños Alt Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños Silver 70 HDHP HMO 3200/25% PCP + Cobertura dental para niños	Gold 80 HDHP HMO 1900/15% PCP + Cobertura dental para niños Alt Gold 80 HMO 0/40 PCP + Cobertura dental para niños Alt Gold 80 HMO 250/35 PCP + Cobertura dental para niños Gold 80 HMO 1000/40 PCP + Cobertura dental para niños Gold 80 HMO 500/35 PCP + Cobertura dental para niños Alt	Platinum 90 HMO 0/10 PCP + Cobertura dental para niños Alt Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Cobertura dental para niños Platinum 90 HMO 250/30 PCP + Cobertura dental para niños Alt
<b>Sharp</b>	Performance Bronze 60 HMO 5800/60 PCP + Cobertura dental para niños Premier Bronze 60 HDHP HMO 7200/0% PCP + Cobertura dental para niños	Performance Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños Premier Silver 70 HDHP HMO 3200/25% PCP + Cobertura dental para niños Premier Silver 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños	Performance Gold 80 HMO 350/25 PCP + Cobertura dental para niños Premier Gold 80 HMO 250/35 PCP + Cobertura dental para niños	Performance Platinum 90 HMO 0/15 PCP + Cobertura dental para niños Premier Platinum 90 HMO 0/20 PCP + Cobertura dental para niños

\*Los planes de seguro de salud que no incluyen cobertura dental para niños, los empleados tienen la opción de elegir un plan dental pediátrico independiente. Los hijos dependientes son elegibles para cobertura hasta los 19 años.

Plan Dental	Planes dentales pediátricos	Planes dentales familiares**
<b>Delta Dental</b>	HMO dental para niños PPO dental para niños	HMO dental familiar PPO dental familiar



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

Nombre del empleado

Nombre del empleador

## PASO 5 Acuerdo de arbitraje vinculante de Covered California

Entiendo que, si selecciono un plan de seguro de salud que utiliza un arbitraje obligatorio para resolver disputas, estoy de acuerdo en arbitrar reclamos que se relacionen con mi membresía o la de un dependiente en el plan de seguro de salud (a excepción de los casos del Tribunal de reclamos menores y reclamos que no están sujetos a un arbitraje vinculante bajo la ley aplicable). Entiendo que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, y el plan de seguro de salud, cualquier proveedor de atención médica, administradores y otras partes asociadas, por presunta violación de cualquier deber que surja o este relacionado con la membresía en el plan de seguro de salud, incluyendo, por responsabilidad del establecimiento, relacionada con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, o si, selecciono un plan de salud de Kaiser Permanente, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios, no autorizados, inadecuados, negligentes o incompetentes), independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante un arbitraje vinculante según la ley de California y no por demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto que la ley aplicable prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que la provisión completa del arbitraje está en el documento del plan de seguro de salud, la cual está disponible para mi revisión.

## PASO 6 Lea y firme la aplicación

Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas fidedignas a todas las preguntas de la mejor manera posible con mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o sin veracidad.

- Sé que mi información en este formulario sólo se usará para determinar la elegibilidad del plan de seguro de salud y se mantendrá en privado como es requerido por ley. Si soy elegible, se usará para ayudarme a inscribirme.
- Sé que debo informar a Covered California para Pequeñas Empresas si hay algún cambio con respecto a la información que proporcioné en esta solicitud. Puedo llamar a mi empleador o al agente de seguros certificado por Covered California de mi empleador para informar sobre los cambios.
- Sé que, según la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).

Firma del solicitante (o el guardián responsable si el solicitante es menor de edad)

Fecha (día/mes/año)

Nombre completo



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

Nombre del empleado

Nombre del empleador

## PASO 7 Llena esta sección si deseas declinar la cobertura de tu empleador para ti o tus dependientes.

**Quiero rechazar la cobertura médica para (elige todas las aplicables):**

Mi

Cónyuge/Compañero doméstico

Hijo(s) Nombre(s)

**Quiero rechazar la cobertura dental para (elige todas las aplicables):**

Mi

Cónyuge/Compañero doméstico

Hijo(s) Nombre(s)

**Razones por las cuales quiero rechazar la cobertura:**

Cubierto por el plan grupal del cónyuge/pareja doméstica

Cubierto por Medicare

Cubierto por una póliza individual

Cubierto por Medi-Cal

Cubierto por Tricare

Cubierto por otro: \_\_\_\_\_

Cobertura es muy costosa. (contacte a Covered California a través de la página web [www.coveredca.com/espanol](http://www.coveredca.com/espanol) para explorar los planes y ayuda financiera disponibles en el mercado individual de Covered California)

Reconozco que mi empleador me explicó acerca de la cobertura disponible y tengo derecho a inscribirme en la cobertura ofrecida. Voluntariamente he decidido no inscribirme ni a mí, ni a mis dependientes elegibles. Al rechazar esta cobertura, reconozco que yo y/o mis dependientes elegibles tendremos que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta de mi empleador para inscribirme o cambiar mi cobertura, a menos que sea elegible para un período de inscripción especial si tengo un gran cambio de vida.

Nombre completo

Firma del empleado

Fecha (día/mes/año)

Empleador \_\_\_\_\_

## PASO 8 Si un agente de seguros te ayudó a completar esta aplicación, por favor obtén su firma.

**No obtuve ayuda de un agente certificado.**

El solicitante completó y ejecutó esta solicitud, y yo ayudé al solicitante ofreciéndole asesoramiento para proporcionar respuestas a las preguntas. Aconsejé al solicitante que él/ella debería responder todas esas preguntas de forma honesta y que no se debe de retener ninguna información solicitada. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo de proporcionar información inexacta y el solicitante entendió la explicación. A mi leal saber y entender, según lo que el solicitante me reveló, la información en esta solicitud es precisa y completa. **Entiendo que, si en alguna parte de esta declaración firmada por mi es falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles de hasta \$10,000 según lo autorizado por el Código de Seguros sección 10119.3 o hasta \$20,000 según lo autorizado por el Código de Salud y Seguridad de California sección 1389.8 así como cualquier sanción o recurso aplicable según la legislación vigente.**

Firma del agente certificado

Número de licencia de agente certificado

Nombre Completo

Fecha (mes/día/año)



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

Nombre del empleado

Nombre del empleador

## PASO 9 Devuelve tu solicitud completa y firmada a su empleador.

Su empleador nos enviará tu solicitud, nos comunicaremos contigo si necesitamos más información o para hacerte saber si ha sido aprobado para la cobertura.

Si no estás registrado para votar en donde vives ahora y deseas registrarse para votar, visita la página [www.registertovote.ca.gov](http://www.registertovote.ca.gov) o llama al 1-800-345-VOTE (8683).



**¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente de seguros de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita [CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/](http://CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/) o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.