

**DECLARACIÓN DE FALTA DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA
(SIN DOCUMENTOS)**

Por favor llene este formulario si no tiene un seguro de salud básico (llamado cobertura esencial mínima o MEC) a un precio accesible, ya sea a través de su trabajo o de otra manera, y no puede comprobarlo con documentos.

Escriba su nombre y apellido tal como aparecen en su solicitud. Nota: Si perdió su cobertura por no pagar las primas mensuales, no califica para inscripción especial.

Número de caso: _____

Este formulario de declaración sirve como una solución temporal si no tiene los documentos que se piden a continuación. Si en el futuro consigue alguno de los siguientes documentos, se le pedirá que lo envíe.

1. Un certificado de cobertura o una carta de la compañía de seguros de salud que muestre la fecha en que terminó su cobertura.
2. Un documento del gobierno que muestre la fecha en que terminó su seguro de salud o que indique que no era elegible para un programa de salud.
3. Una carta de su trabajo que diga que no le ofrecen un seguro de salud básico accesible a través de su trabajo que cumpla con el valor mínimo.

Yo, _____ no tengo un seguro de salud básico y no puedo entregar ninguno de los documentos de respaldo mencionados arriba para verificar mi falta de cobertura esencial mínima de salud.

Por favor use el espacio a continuación para explicar por qué no puede entregar documentos que verifiquen que no es elegible o la falta de otra cobertura, o para compartir detalles adicionales sobre su situación.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LO QUE ESCRIBÍ ARRIBA ES VERDADERO Y CORRECTO A MI MEJOR ENTENDER.

Firma del solicitante:	Fecha de hoy:



Recursos adicionales:

- **[Prueba de falta de cobertura esencial mínima \(MEC\) | Covered California™](https://www.coveredca.com/espanol/documents-to-confirm-eligibility/minimum-essential-coverage/)**
(<https://www.coveredca.com/espanol/documents-to-confirm-eligibility/minimum-essential-coverage/>)
- **[Planes de cobertura de salud mínima | Covered California™](https://www.coveredca.com/espanol/support/getting-started/minimum-coverage-plans/)** (<https://www.coveredca.com/espanol/support/getting-started/minimum-coverage-plans/>)
- **[Cobertura de salud a través de tu trabajo y ayuda financiera | Covered California](https://www.coveredca.com/espanol/learning-center/employer-sponsored-coverage/employer-coverage-and-financial-help/)**
(<https://www.coveredca.com/espanol/learning-center/employer-sponsored-coverage/employer-coverage-and-financial-help/>)
- **[CoveredCA.com/Help](https://www.coveredca.com/support/contact-us/)** (<https://www.coveredca.com/support/contact-us/>)
- **[CoveredCA.com/Chat](https://covered-ca.my.salesforce-sites.com/chat/?lang=en_US)** (https://covered-ca.my.salesforce-sites.com/chat/?lang=en_US)

Envíe su formulario completo y firmado de una de estas tres maneras:

Por internet: Súbalo a su cuenta en [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com).

¡Es rápido y fácil! Ahora también puede hacerlo desde su celular.

Fax: (888) 329-3700

Correo: Covered California
P.O. Box 98972
West Sacramento, CA95798-9725