



Covered California
 Special Enrollment Team
 P.O. Box 13310
 Sacramento, CA 95813



**COVERED
 CALIFORNIA**

*Su destino para cuidado médico de
 calidad, incluyendo Medi-Cal*

Número de Caso: _____

**Formulario de certificación por falta de información
 (Terminación de empleo o reducción de horas de los empleados)**

Yo _____, no puedo obtener un documento
 (Imprima su nombre)
 para verificar mi evento calificado de vida porque:

La cobertura de mi empleo fue cancelada porque:

Mi proveedor anterior de salud fue: _____
 Mi último día de cobertura fue: _____
 Mi número de miembro fue: _____
 Mi número de grupo fue: _____

Yo declaro bajo pena de perjurio, y bajo las leyes del Estado de California, que lo que he dicho anteriormente es verdadero y correcto.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

¿Cómo enviar mi información?

Usted puede enviar su información en una de tres maneras:

- **La forma más rápida para enviarnos su información es en línea en:**
<http://www.coveredca.com/espanol/SEP>
 - Vaya a la sección de **En línea**, y luego haga clic en “Carga el documento”.
 - Será llevado a otra página donde podrá cargar en línea, sus documentos de verificación de SEP.

- **Envíe su información por correo a la dirección siguiente:**

**CA HBEX/Covered California
Special Enrollment Team
P.O. Box 13310
Sacramento, CA 95813**

- **O, envíe por fax su información a: 1-888-217-9310.**