



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  
 (Mudanza permanente a y/o dentro de California)**

Yo \_\_\_\_\_, no puedo obtener un documento

(Imprima su nombre)

para verificar mi evento calificado de vida porque:

---



---

Fecha de la mudanza: \_\_\_\_\_

Mi dirección anterior era: \_\_\_\_\_

Mi dirección actual es: \_\_\_\_\_

Me mudé porque:

---



---

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.**