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

COVERED CALIFORNIA

Número de Caso: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Su destino para cuidado de salud a bajo costo, incluyendo Medi-Cal

Testimonio de ingreso, documentación no disponible

Yo, ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(primer nombre)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(segundo nombre)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(apellido)

por la presente certifico, que el ingreso anual proyectado de mi familia para el año en que recibiré ayuda financiera para mi plan de salud es $ ☐☐☐,☐☐☐.☐☐
(ingreso anual)

- Reconozco que la información proporcionada en este formulario será utilizada para fines de determinación de elegibilidad para ayuda financiera. Covered California mantendrá esta información privada, según lo requerido por leyes federales y leyes estatales de California.

- Entiendo que debo reportar cambios en mis ingresos a Covered California dentro de los 30 días del cambio porque puede afectar mi elegibilidad para la cantidad de ayuda financiera o el nivel de costos compartidos (costos de bolsillo).

- Entiendo que si recibo demasiado ayuda financiera (créditos fiscales) durante el año, tendré que pagar parte o toda la ayuda financiera en exceso de vuelta para el Servicio de ingresos internos/Internal Revenue Service (IRS) cuando presento mi declaración de impuestos federal para el año.

- Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que lo que dije arriba es verdadera y correcta.

Firma del Solicitante: _____ Fecha ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
mm dd aaaa

Por favor envie este formulario por una de las siguientes maneras.

<u>Electrónicamente</u>
Para un procesamiento más rápido cargue este documento directamente en su cuenta en CoveredCA.com/espanol/

<u>Por fax</u>
(888) 329-3700

<u>Por correo</u>
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725