Solicitud de seguro de salud privado

SOLICITE AHORA A TRAVÉS DE COVERED CALIFORNIA™

Donde encontrará seguro de salud de bajo costo

Vea adentro

Cosas que hay que saber	1
Solicitud	2–13
Anexos A-C	14–18
Preguntas frecuentes	19–22

Covered California es el lugar donde las personas y familias pueden encontrar seguro de salud de bajo costo.

El estado de California creó Covered California™ para ayudarle a usted y su familia a obtener seguro de salud.

Tener un seguro de salud puede darle tranquilidad y le ayuda a hacer posible que usted y su familia se mantengan sanos. Con un seguro de salud, usted sabrá que usted y su familia pueden obtener cuidado de salud cuando lo necesiten.

Use esta Solicitud de seguro de salud privado para saber qué opciones tiene a través de Covered California.

- Usted puede usar esta solicitud para encontrar seguro de salud de bajo costo para cualquier persona en su familia, incluso si usted o ellos ya tienen seguro.

Si le parece que podría ser elegible para (1) **seguro gratuito o de bajo costo**, como Medi-Cal, (2) **seguro de bajo costo** para mujeres embarazadas a través del programa Acceso para bebés y madres (AIM) o (3) **ayuda para pagar un seguro**, usted deberá usar una solicitud diferente, llamada "Solicitud de seguro de salud". Usted puede obtener una solicitud impresa o solicitar por internet en **CoveredCA.com**.

Llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. **o visite CoveredCA.com**

Usted puede conseguir esta solicitud en otros idiomas

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ภาษาไทย	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

Llame al 1-800-300-1506 para pedir esta solicitud en otros formatos, como letras grandes.

COVERED CALIFORNIA

Cosas que hay que saber

Lo que tiene que saber cuando solicite

- Números de Seguro Social para los solicitantes ciudadanos de EE.UU. o la información de documento de los inmigrantes que tengan situación migratoria satisfactoria y necesiten seguro. Sólo se necesita prueba de ciudadanía o situación migratoria para los solicitantes.
- **Mantenemos su información privada y segura, como lo exige la ley.** Usaremos su información sólo para ver si usted es elegible para un seguro de salud.
- Las familias que tienen inmigrantes pueden solicitar. Usted puede solicitar para su hijo aunque usted no sea elegible para la cobertura. Solicitar para su hijo elegible no afectará su situación migratoria ni sus probabilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si usted es miembro de una tribu india americana con reconocimiento federal o nativo de Alaska que obtiene servicios de Indian Health Services, programas tribales de salud o programas urbanos de salud india, usted aún puede ser elegible para seguro de salud a través de Covered California.

Solicite más rápido por internet

Solicite por internet en **CoveredCA.com**. ¡Es seguro y rápido y tendrá resultados con mayor rapidez!

Cuando haya terminado

Envíe su solicitud llena y firmada a:

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

- **Si usted no tiene toda la información que pedimos, firme la solicitud y envíela de cualquier manera.** Podemos llamarle para ayudarle a terminar su solicitud.
- **No envíe su pago de inscripción de plan de seguro de salud con esta solicitud.** Su plan le enviará una factura por la cantidad que deba.

Obtenga ayuda con esta solicitud

¡Estamos aquí para ayudarle! Usted puede tener ayuda gratuita.

- **Por internet:** CoveredCA.com
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de servicios al cliente al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.
- **En persona:** Tenemos Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros capacitados que pueden ayudarle. Para obtener una lista de Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros cerca de donde usted vive o trabaja o una lista de oficinas de servicios sociales del condado cerca de usted, visite **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). ¡Esta ayuda es gratuita!
- Si usted tiene alguna discapacidad u otra necesidad, podemos ayudarle a llenar esta solicitud sin costo para usted. Usted puede ir personalmente a la oficina local de servicios sociales de su condado o llamar a nuestro Centro de servicios al cliente al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

¿Preguntas?

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

CCFRM605 (11/13) ES

Comience aquí la solicitud *(use solamente tinta azul o negra)*

Paso 1: Díganos sobre el adulto que será nuestro contacto principal para esta solicitud

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*

Dirección de la **casa**	Nº de apartamento

Ciudad *(dirección de la casa)*	Estado	Código postal	Condado

☐ Marque aquí si usted no tiene dirección de su casa. Deberá darnos una dirección postal más abajo.

☐ Marque aquí si su dirección postal es la misma que la dirección de su casa.
Si no es la misma, deberá darnos su dirección postal más abajo:

Dirección **postal** o apartado postal *(si es diferente a la de su casa)*	Nº de apartamento

Ciudad *(dirección postal)*	Estado	Código postal	Condado

Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted	Otro número de teléfono
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo Número: ( ) –	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo Número: ( ) –
¿En qué idioma deberíamos escribirle?	¿En qué idioma quiere que hablemos con usted?

¿Cómo le gustaría recibir información sobre esta solicitud?

☐ Por teléfono ☐ Por correo ☐ Correo electrónico Dirección electrónica: _____

¿Quiere solicitar ayuda con las cuotas para ayudar a pagar el seguro de salud para usted o los miembros del hogar?

☐ Sí ***Si es "Sí",*** necesitará una solicitud diferente. Visite **CoveredCA.com** para obtener la solicitud para ver para cual seguro de salud es elegible.

☐ No ***Si es "No",*** siga llenando esta solicitud.

Paso 2: Díganos sobre las personas de su familia que necesiten seguro de salud

Llene el Paso 2 para cada persona de su familia que necesite seguro de salud.
¡Comience con usted!

- Para solicitar por más de cuatro personas en esta solicitud, **haga copias de las páginas 4 y 5** para cada persona adicional.
- Mantendremos toda su información privada como lo exige la ley. Usaremos la información personal sólo para ver si usted es elegible para un seguro de salud. Usted no tiene que proporcionar Números del Seguro Social ni prueba de ciudadanía o situación migratoria para las personas de su familia que no estén solicitando seguro de salud.
- Aún si usted tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos a través de Covered California.

★ Cualquier otra persona que viva con usted—por ejemplo, novio, novia o con quien comparta la casa—tendrá que llenar su **propia** solicitud si desea seguro de salud.

*El **Paso 2** continúa en la página siguiente*

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

Paso 2: Persona 1 *Díganos sobre **usted.***

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*	Parentesco con usted **Usted**

Usted es: ☐ Soltero ☐ Nunca se casó ☐ Casado ☐ Pareja doméstica registrada ☐ Divorciado ☐ Viudo

Usted es: ☐ Hombre ☐ Mujer | Fecha de nacimiento *(mes / día / año):*

Solicite seguro de salud *Incluso si usted tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.*

▶ ¿Está solicitando seguro de salud para usted? ☐ Si ***Si es "Sí",*** responda a las preguntas de más abajo. ☐ No ***Si es "No",*** vaya a la página siguiente.

★ Número de Seguro Social (Nº de SS)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Si usted **no** tiene un Nº de SS ¿por qué?

☐ Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____

☐ Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____

☐ Exención religiosa ☐ No soy elegible para un Nº de SS

★ Usamos los números del Seguro Social (Nº de SS) para verificar la ciudadanía y otra información. Debe darnos un Nº de SS si usted (o un miembro de su familia) quiere solicitar seguro de salud.

Si alguien que está solicitando no tiene un Nº de SS y quiere ayuda para conseguir uno, llame al **1-800-300-0312** (TTY: 1-888-889-4500) o visite **CoveredCA.com**.

¿Usted es ciudadano o nacional de EE.UU.? ☐ Si ☐ No

Si usted **no** es ciudadano o nacional de EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Usted tiene una situación migratoria satisfactoria? ☐ Si ***Para averiguar si usted tiene una situación satisfactoria,*** *lea la lista en el Anexo B de la página 15. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos su número de identificación será su Número de registro de extranjero.*

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? ☐ Si ☐ No

¿Usted, su cónyuge o un hijo dependiente soltero son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? ☐ Si ☐ No

▶ Si quiere elegir un plan de seguro de salud ahora, marque aquí ☐ y llene el Anexo C de las páginas 16, 17 y 18.

Díganos sobre su raza *Por favor díganos sobre usted. Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué seguro de salud usted es elegible.*

¿Cuál es su raza? *(opcional; marque todo lo aplicable)*

☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ India americana o nativa de Alaska
☐ India asiática
☐ Camboyana
☐ China
☐ Filipina
☐ Hmong
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Laosiana
☐ Vietnamita
☐ Nativa hawaiana
☐ Guameña o Chamorra
☐ Samoana
☐ Otra _____

¿Usted es de origen hispano, latino o español? *(opcional)* ☐ Si ☐ No

Si es "Sí", marque cuáles:

☐ Mexicano, mexico-americano, chicano
☐ Salvadoreño ☐ Guatemalteco
☐ Cubano ☐ Puertorriqueño
☐ Otro origen hispano, latino o español: _____

★ ☐ Marque aquí si usted es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de la página 14.

Paso 2: **Persona 2** *Díganos sobre la siguiente persona que necesita seguro de salud.*

Aún si esta persona tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura a costos más bajos. ***Si hay más de cuatro personas en su familia*** *en esta solicitud, haga una copia de las páginas 4 y 5 para cada persona adicional.*

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*	Parentesco con usted

☐ Marque aquí si la dirección de la casa de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección de la casa de esta persona más abajo:

Dirección de la **casa**			Nº de apartamento
Ciudad *(dirección de la casa)*	Estado	Código postal	Condado

☐ Marque aquí si esta persona no tiene dirección. Deberá darnos una dirección postal más abajo.

☐ Marque aquí si la dirección postal de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección postal de esta persona a continuación:

Dirección postal o apartado postal *(si es diferente a la de su casa)*			Nº de apartamento
Ciudad *(dirección postal)*	Estado	Código postal	Condado

Mejor número de teléfono para comunicarnos con esta persona	Otro número de teléfono
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
Número: ( ) –	Número: ( ) –

Dirección electrónica:

¿En qué idioma deberíamos escribir a esta persona?	¿En qué idioma quiere esta persona que le hablemos?

Esta persona es: ☐ Soltera ☐ Nunca se casó ☐ Casada ☐ Pareja doméstica registrada ☐ Divorciada ☐ Viuda

Esta persona es: ☐ Hombre ☐ Mujer | *Fecha de nacimiento (mes / día / año):*

Solicite seguro de salud *Incluso si esta persona tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.*

▶ ¿Esta persona está solicitando seguro de salud? ☐ Si ***Si es "Sí"***, responda a las preguntas de más abajo. ☐ No ***Si es "No"***, vaya a la página 6.

★ Número de Seguro Social (Nº de SS)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Si esta persona **no** tiene un Nº de SS ¿por qué?

☐ Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____

☐ Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____

☐ Exención religiosa

☐ Esta persona no es elegible para un Nº de SS

*La **Persona 2** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 2 *(continuación)*

¿Esta persona es ciudadana o nacional de EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

Si esta persona **no** es ciudadana o nacional de EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Esta persona tiene una situación migratoria satisfactoria? ☐ Sí ***Para averiguar si esta persona tiene una situación satisfactoria,*** *lea la lista en el Anexo B de la página 15. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos será su Número de registro de extranjero.*

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido esta persona en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona, su cónyuge o un hijo dependiente soltero de esta persona son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

---

▶ Si quiere elegir un plan de seguro de salud ahora, marque aquí ☐ y llene el Anexo C de las páginas 16, 17 y 18.

Díganos sobre la raza de esta persona

Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué programa de seguro de salud es elegible esta persona.

¿Cuál es la raza de esta persona? *(opcional; marque todo lo aplicable)*

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ India americana o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ Camboyana
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Hmong
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Laosiana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Nativa hawaiana
- ☐ Guameña o Chamorra
- ☐ Samoana
- ☐ Otra _____

¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? *(opcional)* ☐ Si ☐ No

Si es "Sí", marque cuáles:

- ☐ Mexicano, mexico-americano, chicano
- ☐ Salvadoreño ☐ Guatemalteco
- ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño
- ☐ Otro origen hispano, latino o español: _____

★ ☐ Marque aquí si esta persona es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de la página 14.

Paso 2: **Persona 3** *Díganos sobre la siguiente persona que necesita seguro de salud.*

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*	Parentesco con usted

☐ Marque aquí si la dirección de la casa de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección de la casa de esta persona más abajo:

Dirección de la **casa**	Nº de apartamento

Ciudad *(dirección de la casa)*	Estado	Código postal	Condado

☐ Marque aquí si esta persona no tiene dirección. Deberá darnos una dirección postal más abajo.

☐ Marque aquí si la dirección postal de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección postal de esta persona a continuación:

Dirección postal o apartado postal *(si es diferente a la de su casa)*	Nº de apartamento

Ciudad *(dirección postal)*	Estado	Código postal	Condado

Mejor número de teléfono para comunicarnos con esta persona	Otro número de teléfono
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
Número: ( ) –	Número: ( ) –

Dirección electrónica:

¿En qué idioma deberíamos escribir a esta persona?	¿En qué idioma quiere esta persona que le hablemos?

Esta persona es: ☐ Soltera ☐ Nunca se casó ☐ Casada ☐ Pareja doméstica registrada ☐ Divorciada ☐ Viuda

Esta persona es: ☐ Hombre ☐ Mujer | *Fecha de nacimiento (mes / día / año):*

Solicite seguro de salud *Incluso si esta persona tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.*

▶ ¿Esta persona está solicitando seguro de salud? ☐ Si ***Si es "Sí"***, responda a las preguntas de más abajo. ☐ No ***Si es "No"***, vaya a la página 8.

★ Número de Seguro Social (Nº de SS)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Si esta persona **no** tiene un Nº de SS ¿por qué?

- ☐ Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____
- ☐ Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____
- ☐ Exención religiosa
- ☐ Esta persona no es elegible para un Nº de SS

*La **Persona 3** continúa en la página siguiente*

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

Paso 2: Persona 3 *(continuación)*

¿Esta persona es ciudadana o nacional de EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

Si esta persona **no** es ciudadana o nacional de EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Esta persona tiene una situación migratoria satisfactoria? ☐ Sí ***Para averiguar si esta persona tiene una situación satisfactoria,*** *lea la lista en el Anexo B de la página 15. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos será su Número de registro de extranjero.*

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido esta persona en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona, su cónyuge o un hijo dependiente soltero de esta persona son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

▶ Si quiere elegir un plan de seguro de salud ahora, marque aquí ☐ y llene el Anexo C de las páginas 16, 17 y 18.

Díganos sobre la raza de esta persona *Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué programa de seguro de salud es elegible esta persona.*

¿Cuál es la raza de esta persona? *(opcional; marque todo lo aplicable)*

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ India americana o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ Camboyana
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Hmong
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Laosiana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Nativa hawaiana
- ☐ Guameña o Chamorra
- ☐ Samoana
- ☐ Otra _____

¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? *(opcional)* ☐ Si ☐ No

Si es "Sí", marque cuáles:

- ☐ Mexicano, mexico-americano, chicano
- ☐ Salvadoreño ☐ Guatemalteco
- ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño
- ☐ Otro origen hispano, latino o español: _____

★ ☐ Marque aquí si esta persona es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de la página 14.

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

Paso 2: **Persona 4** *Díganos sobre la siguiente persona que necesita seguro de salud.*

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*	Parentesco con usted

☐ Marque aquí si la dirección de la casa de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección de la casa de esta persona más abajo:

Dirección de la **casa**	Nº de apartamento

Ciudad *(dirección de la casa)*	Estado	Código postal	Condado

☐ Marque aquí si esta persona no tiene dirección. Deberá darnos una dirección postal más abajo.

☐ Marque aquí si la dirección postal de esta persona es la misma que la del contacto principal.
Si no es la misma, deberá darnos la dirección postal de esta persona a continuación:

Dirección postal o apartado postal *(si es diferente a la de su casa)*	Nº de apartamento

Ciudad *(dirección postal)*	Estado	Código postal	Condado

Mejor número de teléfono para comunicarnos con esta persona	Otro número de teléfono
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
Número: ( ) –	Número: ( ) –

Dirección electrónica:

¿En qué idioma deberíamos escribir a esta persona?	¿En qué idioma quiere esta persona que le hablemos?

Esta persona es: ☐ Soltera ☐ Nunca se casó ☐ Casada ☐ Pareja doméstica registrada ☐ Divorciada ☐ Viuda

Esta persona es: ☐ Hombre ☐ Mujer | *Fecha de nacimiento (mes / día / año):*

Solicite seguro de salud *Incluso si esta persona tiene seguro de salud actualmente, podría encontrar mejor cobertura o costos más bajos.*

▶ ¿Esta persona está solicitando seguro de salud? ☐ Si ***Si es "Sí"***, responda a las preguntas de más abajo. ☐ No ***Si es "No"***, vaya a la página 10.

★ Número de Seguro Social (Nº de SS)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Si esta persona **no** tiene un Nº de SS ¿por qué?

- ☐ Número de identificación de contribuyente de adopción (ATIN) _____
- ☐ Número de identificación de contribuyente individual (ITIN) _____
- ☐ Exención religiosa
- ☐ Esta persona no es elegible para un Nº de SS

*La **Persona 4** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 4 *(continuación)*

¿Esta persona es ciudadana o nacional de EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

Si esta persona **no** es ciudadana o nacional de EE.UU., conteste estas preguntas:

¿Esta persona tiene una situación migratoria satisfactoria? ☐ Sí ***Para averiguar si esta persona tiene una situación satisfactoria,*** *lea la lista en el Anexo B de la página 15. Luego, escriba aquí la información del documento. En la mayoría de los casos será su Número de registro de extranjero.*

Tipo de documento: _____ Número de identificación: _____

País de emisión: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombre como aparece en el documento: _____

¿Ha vivido esta persona en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona, su cónyuge o un hijo dependiente soltero de esta persona son veteranos dados de baja honorablemente o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

▶ Si esta persona quiere elegir un plan de seguro de salud ahora, marque aquí ☐ y llene el Anexo C de las páginas 16, 17 y 18.

Díganos sobre la raza de esta persona

Esta información es confidencial y se usará solamente para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso al cuidado de salud. No se usará para decidir para qué programa de seguro de salud es elegible esta persona.

¿Cuál es la raza de esta persona? *(opcional; marque todo lo aplicable)*

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ India americana o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ Camboyana
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Hmong
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Laosiana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Nativa hawaiana
- ☐ Guameña o Chamorra
- ☐ Samoana
- ☐ Otra _____

¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? *(opcional)* ☐ Si ☐ No

Si es "Sí", marque cuáles:

- ☐ Mexicano, mexico-americano, chicano
- ☐ Salvadoreño ☐ Guatemalteco
- ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño
- ☐ Otro origen hispano, latino o español: _____

★ ☐ Marque aquí si esta persona es indio americano o nativo de Alaska y llene el Anexo A de la página 14.

Paso 3: Por favor lea y firme esta solicitud

Usted puede elegir un representante autorizado

★ Usted puede elegir un amigo o una organización de confianza como su "Representante autorizado". Un representante autorizado es una persona a la que usted permite ver su solicitud y hablar con nosotros sobre ella, ahora y en el futuro.

Nombre del representante autorizado

Dirección | Nº de apartamento

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todos los asuntos futuros con esta agencia.

Su firma	Fecha
▶	

Declaración de privacidad

Esta solicitud es para seguro de salud a través de Covered California. La información personal y médica que usted nos de aquí es privada y confidencial. Covered California la necesita para identificarle a usted y a las demás personas en esta solicitud y para administrar nuestros programas.

Compartiremos su información con otras agencias del estado, federales y locales; contratistas, planes de salud y programas, sólo para inscribirle en un plan o programa o para administrar los programas y con otras agencias del estado y federales, como lo exige la ley.

- Usted debe responder a todas las preguntas de esta solicitud que no estén marcadas con la palabra "opcional". Si a su solicitud le falta alguna información que necesitemos, nos comunicaremos con usted para obtenerla. ➡ ***Si usted no la proporciona,*** no podremos tomar una decisión sobre su solicitud. Posiblemente tenga que enviar una solicitud nueva o no pueda obtener seguro de salud a través de Covered California.
- En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su información personal que está en los expedientes federales y del estado. Usted puede ver la información en un formato alternativo (como en letras grandes) si lo necesita.

Para obtener más información o para revisar los expedientes de Covered California, comuníquese con el Funcionario de privacidad de:

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Teléfono: **1-800-300-0213**
TTY: 1-888-889-4500

Estas leyes del estado y federales nos dan el derecho de recoger y guardar la información en la solicitud:

U.S.C. 42. § 18031; Código de gobierno de California §§ 100502(k) y 100503(a)

Nosotros debemos darle esta Declaración de privacidad según el Código civil de California, artículo 1798.17. Puede ver la Política de privacidad de Covered California en **CoveredCA.com**.

*El **Paso 3** continúa en la página siguiente*

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

Paso 3: Por favor lea y firme esta solicitud *(continuación)*

Sus derechos y responsabilidades

- La información que di en esta solicitud es verdadera, según mi entendimiento. Sé que podría estar sujeto a una sanción por perjurio si no digo la verdad.
- Entiendo que la información que doy se usará sólo para ver si las personas de mi familia que están solicitando seguro de salud serán elegibles.
- Entiendo que Covered California mantendrá mi información privada, como lo exige la ley. Para obtener más información o acceso a la información personal que está en los expedientes mantenidos por Covered California, puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Sé que debo avisar a Covered California sobre cualquier cambio en lo que escribí en esta solicitud. Para avisar sobre cambios, puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o visitar **CoveredCA.com**.
- Sé que Covered California no debe discriminar en mi contra ni en contra de ninguna persona en esta solicitud debido a raza, color, origen nacional, religión, edad, sexo, orientación sexual, estado civil, estado de veterano o discapacidad. Si me parece que Covered California discriminó contra mí, lo que incluye el no proporcionar concesiones razonables según lo requieren las leyes federales y del estado, puedo presentar una queja en **www.hhs.gov/ocr/office/file** o en **http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form**.
- Entiendo que cualquier cambio en mi información o en la información de cualquier miembro en el hogar podría afectar la elegibilidad de otros miembros del hogar.
- Confirmo que ninguna persona en esta solicitud que está solicitando seguro de salud está confinada después de la disposición de cargos (veredicto) a una cárcel, prisión o institución penal o institución correccional similar.
- Entiendo que debo avisar sobre los cambios a Covered California, a más tardar en 30 días después del cambio, porque eso puede afectar mi elegibilidad para obtener seguro de salud a través de un plan de salud de Covered California.
- Doy mi permiso para que Covered California consulte los expedientes electrónicos de otras agencias para verificar la información sobre ciudadanía, situación migratoria satisfactoria, y otra información relacionada sólo con la elegibilidad, para ver si yo y otras personas de esta solicitud somos elegibles para seguro de salud.

Su derecho a apelar:

- Si creo que Covered California cometió un error, puedo apelar la decisión. *Apelar* significa informar a alguien de Covered California que creo que su decisión está equivocada y pedir una audiencia imparcial de la medida.
- Sé que puedo averiguar sobre cómo apelar, incluyendo una apelación acelerada y cómo obtener una recomendación para la ayuda legal o ayuda legal gratuita llamando al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Sé que debo presentar una apelación a más tardar 90 días después de la fecha en que me enviaron o dieron el aviso.
- Sé que puedo representarme yo mismo o pedir que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.
- Sé que las audiencias se realizarán por teléfono, videoconferencia o en persona.
- Entiendo que si necesito ayuda, alguien de Covered California puede explicarme mi caso.
- Sé que alguien de Covered California puede explicarme las circunstancias en que mi elegibilidad se puede mantener o me pueden readmitir a la espera de la decisión de una apelación.
- Sé que una decisión de apelación para mí u otros miembros de mi hogar podría ser causa de un cambio en mi elegibilidad o la elegibilidad de otros miembros de mi hogar. El cambio en elegibilidad podría causar una redeterminación de elegibilidad para todos los miembros del hogar.

Renovación del seguro:

- Para facilitar continuar recibiendo seguro de salud en los próximos años, permito a Covered California que consulte expedientes electrónicos, como los de la Administración del Seguro Social. Si los expedientes muestran que sigo siendo elegible, mi cobertura de seguro se puede renovar por otros 12 meses y no tendré que llenar un formulario de renovación ni enviar otros documentos.

*El **Paso 3** continúa en la página siguiente*

Paso 3: Por favor lea y firme esta solicitud *(continuación)*

Declaración y firma *Esto es obligatorio.*

Declaro bajo pena de perjurio que lo que digo a continuación es verdadero y correcto.

- Entendí todas las preguntas de esta solicitud y di respuestas verdaderas y correctas según mi entendimiento. Cuando no supe la respuesta, hice un intento razonable para confirmar la respuesta con alguien que la supiera.
- Entiendo que si no digo la verdad en esta solicitud, puede haber un castigo civil o penal por perjurio, que puede incluir hasta cuatro años de cárcel. (Consulte el Código penal de California, Artículo 126.)
- Entiendo que la información en esta solicitud se usará para decidir si los solicitantes son elegibles para un seguro de salud. Covered California mantendrá la información privada tal como lo requieren las leyes federales y de California.
- Estoy de acuerdo con avisar a Covered California llamando al **1-800-300-0213** o a través de **CoveredCA.com** si hay cambios en esta solicitud de cualquier solicitante del seguro de salud.
- Si estoy seleccionando un plan de salud al llenar y enviar el Anexo C y si Covered California determina que soy elegible para inscribirme en el plan que seleccioné en el Anexo C:
  - » Entiendo que al firmar aquí estoy entrando en un contrato con la compañía de seguros del plan.
  - » Tengo por lo menos 18 años o soy un menor emancipado y soy mentalmente competente para firmar un contrato.

Firma del solicitante o su representante autorizado	Fecha
▶	

Personas certificadas por Covered California

Llene esta sección si usted es una persona certificada por Covered California para ayudar a alguien a llenar esta solicitud.

Certifico que como Consejero certificado de inscripción, Agente certificado de seguros o Agente certificado de inscripciones del plan, ayudé al solicitante a llenar esta solicitud y que este servicio fue sin costo. También certifico que di respuestas verdaderas y correctas a todas las preguntas de esta solicitud, según mi entendimiento. Expliqué al solicitante, en palabras fáciles de entender, el riesgo que corre por dar información incorrecta y el solicitante entendió la explicación.

☐ Consejero certificado de inscripción Nombre:	Número CEC
Entidad certificada de inscripción Nombre:	Número CEE
☐ Agente certificado de seguros Nombre:	Número de licencia
☐ Agente certificado de inscripciones del plan Plan:_____ Nombre:	Número de certificación
Firma de la persona certificada ▶	Fecha

El estado no compensará a la Entidad certificada de inscripción de Covered California, a menos que el Consejero certificado de inscripción llene esta sección completa y correctamente cuando presente la solicitud.

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

Paso 4: Información postal y lista de comprobación

Envíe por correo su solicitud firmada a:

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

Se acordó de:

- ☐ ¿Decirnos sobre todas las personas en su familia que necesitan seguro de salud?
- ☐ ¿**Firmar** esta solicitud en la **página 12**? Si usted eligió un representante autorizado, él también tiene que firmar en la página 10.

Unas cuantas preguntas más *(opcional)*

1. **¿Ha habido cambios recientes en su vida que le hicieron querer solicitar seguro de salud?**
   ***Si es "Sí"**, marque todo lo aplicable.*

   - ☐ Se mudó a California
   - ☐ Adquirió ciudadanía o presencia legal
   - ☐ Se agregó un dependiente (por nacimiento, matrimonio o adopción)
   - ☐ Perdió la cobertura de Medi-Cal.
   - ☐ Otros _____
   - ☐ Ya no está en la cárcel
   - ☐ Perdió un seguro de salud
   - ☐ Es indio americano o nativo de Alaska con reconocimiento federal
   - ☐ Perdió la ayuda con las cuotas para seguro de salud a través de Covered California

   ¿Cuándo ocurrió este evento? *(mes/día/año)* _____

2. **¿Cómo se enteró sobre Covered California?** *Marque todo lo aplicable.*

   - ☐ Programa de promoción y educación
   - ☐ Anuncio en una revista o periódico
   - ☐ Programa de noticias o reportaje
   - ☐ Organización comunitaria o evento
   - ☐ Anuncio publicitario
   - ☐ Letrero en tienda minorista
   - ☐ Consejero certificado de inscripción
   - ☐ Agente certificado de seguros
   - ☐ Anuncio en TV
   - ☐ Anuncio en la radio
   - ☐ Anuncio en internet
   - ☐ Correo electrónico
   - ☐ Anuncio por correo
   - ☐ Búsqueda en internet
   - ☐ Aplicación de móvil
   - ☐ Proveedor u hospital
   - ☐ **CoveredCA.com**
   - ☐ Amigo o familia
   - ☐ Folleto
   - ☐ Empleador
   - ☐ Sitios sociales *(por ejemplo Facebook, Twitter, etc.)*
   - ☐ Otro _____
   - ☐ Iglesia
   - ☐ Farmacia
   - ☐ Oficina del gobierno
   - ☐ Recomendación

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

Anexo A: Para indios americanos o nativos de Alaska

★ **Llene esta sección si usted o algún familiar es indio americano o nativo de Alaska.**

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de Indian Health Services, programas tribales de salud o programas urbanos de salud india. Es posible que los indios americanos y nativos de Alaska con reconocimiento federal no tengan que pagar los costos de bolsillo (como copagos) y podrían tener períodos de inscripción especiales. Asegúrese de llenar este formulario y de enviarlo con su solicitud y su prueba de ascendencia de indio americano o nativo de Alaska. Usted puede enviar un documento de una tribu india con reconocimiento federal que muestre que usted es miembro de la tribu o está relacionado con la tribu. Los documentos pueden incluir una tarjeta de inscripción tribal o un certificado de grado de sangre india (CDIB) de la Oficina de asuntos indios.

Si tiene que decirnos sobre más de cuatro personas que sean indios americanos o nativos de Alaska, **haga una copia de esta página** y asegúrese de enviarla con su solicitud.

Persona 1

Nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*

¿Esta persona es miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? ☐ Sí ☐ No

***Si es "Sí"**, escriba el nombre de la tribu:* _____ *y el estado de la tribu:* _____

Persona 2

Nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*

¿Esta persona es miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? ☐ Sí ☐ No

***Si es "Sí"**, escriba el nombre de la tribu:* _____ *y el estado de la tribu:* _____

Persona 3

Nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*

¿Esta persona es miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? ☐ Sí ☐ No

***Si es "Sí"**, escriba el nombre de la tribu:* _____ *y el estado de la tribu:* _____

Persona 4

Nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo *(ejemplos: Sr., Jr., III, IV)*

¿Esta persona es miembro de una tribu india americana o nativo de Alaska con reconocimiento federal? ☐ Sí ☐ No

***Si es "Sí"**, escriba el nombre de la tribu:* _____ *y el estado de la tribu:* _____

Situación migratoria

Si usted está en alguno de los grupos de abajo, usted podría ser elegible para un seguro de salud. Si su situación migratoria no está anotada abajo, usted todavía puede ser elegible y todavía debería solicitar.

- Residente permanente legal (LPR o titular de tarjeta verde)
- Residente temporario legal (LTR)
- Asilado
- Refugiado
- Entrante cubano o haitiano
- Entró a los EE.UU. bajo palabra
- Entrada condicional otorgada antes de 1980
- Esposo/esposa, niño o padre víctima de violencia doméstica
- Víctima de tráfico humano y su esposo/esposa, hijo, hermano o padre
- Aplazamiento de deportación o de extracción concedido, en virtud de las leyes de inmigración o de la Convención contra la Tortura (CAT)
- Persona con situación de no inmigrante (incluye visas de trabajador, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
- Estado de protegido temporario (TPS) o solicitante de estado protegido temporario (TPS)
- Salida forzada aplazada (DED)
- Estado de acción aplazada. *Nota: si usted es una persona con estado de acción aplazada según la acción aplazada (DACA) del Departamento de seguridad nacional para llegadas de niños, en proceso, no se considera que usted esté presente legalmente.*
- Solicitante de situación especial de inmigrante juvenil
- Solicitante de Ajuste de situación LPR, con petición de visa aprobada
- Solicitante de asilo
- Solicitante de aplazamiento de deportación o de eliminación, en virtud de las leyes de inmigración o de la Convención contra la Tortura (CAT)
- Solicitantes de registro con Documento de autorización de empleo (EAD)
- Orden de supervisión (con EAD)
- Solicitante de cancelación de eliminación o suspensión de deportación (con EAD)

Anexo C: Elija su Plan de seguro de salud de Covered California

★ Si tiene que decirnos sobre más de cuatro personas, **haga una copia de esta página y la página siguiente** y úselas para darnos la información. Asegúrese de enviar las páginas con su solicitud.

Para elegir su plan de seguro médico privado, escriba más abajo el nombre o el nivel de metal del plan que usted quiera. Una vez que elija un plan, usted tendrá que hacer el pago de su primera cuota para que comience su cobertura de cuidado de salud. **Deberá hacer los pagos directamente a la compañía aseguradora que usted elija. Puede comunicarse con ellos directamente o esperar a que le envíen una factura. No envíe por correo sus pagos a Covered California.** *Lea más información en la Pregunta frecuente Nº 8 de la página 20, para obtener más información sobre el pago de su primera cuota.*

Para saber más sobre los planes de salud disponibles o sobre la información de pagos, visite **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Nombre *Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (por ejemplo: Jr., Sr., III, IV)*	**Nombre del plan de salud**	**Nivel de beneficios**	**Número de metal**	**Tipo de plan**
Persona 1:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Plan de cobertura mínima		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Persona 2:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Plan de cobertura mínima		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Persona 3:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Plan de cobertura mínima		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Persona 4:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Plan de cobertura mínima		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO

Tipos de planes
EPO - Organización de proveedores exclusivos
HMO - Organización de mantenimiento de la Salud
HSA - Cuenta de ahorros de salud (este tipo de plan permite a los miembros abrir y contribuir a una Cuenta de ahorros de salud)
PPO - Organización de proveedores preferidos

Para terminar la selección del plan, todas las personas de 18 años o mayores que estén seleccionando un plan de salud deben aceptar y firmar el acuerdo de arbitraje de la página siguiente.

*El **Anexo C** continúa en la página siguiente*

Acuerdo por arbitraje obligatorio

▶ Para cada persona que seleccione un plan de salud de Covered California:

Entiendo que cada plan de seguro de salud participante tiene sus propias reglas para resolución de disputas o reclamos, incluyendo, pero sin limitación de, cualquier reclamo impuesto por mí, mis dependientes inscritos, herederos o representantes autorizados contra un plan de seguro de salud, cualquier proveedor de cuidado de salud, administradores, u otras partes asociadas, sobre la participación en el plan de salud, la cobertura para o la prestación de servicios o artículos, negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos no eran necesarios o no estaban autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente) o la responsabilidad de las instalaciones.

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que requiera arbitraje obligatorio para resolver disputas, acepto y estoy de acuerdo con el uso de arbitraje obligatorio para resolver disputas o reclamos (a excepción de casos para el Tribunal de Reclamos Menores y de reclamos que no puedan estar sujetos al arbitraje obligatorio según la ley vigente) y renuncio a mi derecho a un juicio por jurado y no puedo hacer que la disputa se resuelva en una corte, excepto según la ley que corresponda provea por una revisión judicial de los procesos de arbitraje. Entiendo que toda la disposición de arbitraje para cada plan de salud participante, si los planes la tienen, están a mi disposición en el documento de cobertura del plan de salud, que está disponible por internet en CoveredCA.com para que lo revise o que puedo llamar a Covered California al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500) para obtener más información.

▶ Firmas de inscritos para <u>todos</u> los planes

Firma de la **Persona 1**, parte responsable o representante autorizado para la Persona 1, si tiene por lo menos 18 años ▶	Fecha
Firma de la **Persona 2**, parte responsable o representante autorizado para la Persona 2, si tiene por lo menos 18 años ▶	Fecha
Firma de la **Persona 3**, parte responsable o representante autorizado para la Persona 3, si tiene por lo menos 18 años ▶	Fecha
Firma de la **Persona 4**, parte responsable o representante autorizado para la Persona 4, si tiene por lo menos 18 años ▶	Fecha

*El **Anexo C** continúa en la página siguiente*

Anexo C: Elija su plan dental pediátrico de Covered California

Sólo para niños de 18 años o menores

★ Si usted quiere solicitar servicios dentales pediátricos para más de cuatro niños, **haga una copia de esta página.** Úsela para darnos información y envíela con su solicitud.

Si le parece que usted es elegible para servicios dentales pediátricos para su hijo y quisiera elegir un plan dental pediátrico, escriba los nombres de los planes abajo. Para saber más sobre los planes de cuidado dental pediátricos prestados por Covered California, visite **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Nombre *Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (por ejemplo: Jr., Sr., III, IV)*	**Nombre del plan dental pediátrico**	**Nivel de cobertura**	**Tipo de plan**
Niño 1:		☐ Alto ☐ Bajo	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
Niño 2:		☐ Alto ☐ Bajo	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
Niño 3:		☐ Alto ☐ Bajo	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
Niño 4:		☐ Alto ☐ Bajo	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO

Tipos de planes

DEPO - Organización de proveedores dentales exclusivos

DHMO - Organización de mantenimiento de la salud dental

DPPO - Organización de proveedores dentales preferidos

Preguntas frecuentes

Obtenga ayuda a través de Covered California

1. ¿Qué es Covered California?

Covered California es un mercado de seguros de salud nuevo donde las personas y las familias pueden encontrar seguro de salud a bajo costo y donde encontrarán una cobertura de salud de alta calidad.

Nuestro objetivo es que los californianos obtengan seguro de salud de manera sencilla y al alcance de todos. Covered California es una sociedad entre California Health Benefits Exchange y California Department of Health Care Services.

2. ¿Cómo puede ayudarme Covered California?

Covered California puede ayudarle elegir un plan de seguro de salud privado que satisfaga sus necesidades de salud y su presupuesto.

Podemos explicarle claramente los costos y beneficios de los planes de seguro de salud, para que usted pueda comparar las diferentes opciones disponibles. Sabrá exactamente lo que está recibiendo y cuánto tendrá que pagar antes de elegir su plan.

3. ¿Qué seguros de salud se ofrecen a través de Covered California?

A través de Covered California usted tendrá una amplia variedad de planes de salud para elegir. Las compañías de seguros de salud **no pueden negarse a cubrirle** porque usted haya estado enfermo antes o no haya podido obtener cobertura.

Covered California ofrece cuatro grupos de planes de seguro de salud: platinum, gold, silver y bronze, además de un plan de cobertura mínima. Cada uno ofrece niveles de cobertura diferentes, de alto a bajo. Los planes de seguro de salud que cubren la mayoría de sus gastos médicos, normalmente tienen una cuota mensual más alta, pero le permiten pagar menos cuando reciba cuidados médicos.

Los planes platinum tienen las cuotas más altas, pero pagan aproximadamente el 90% de sus gastos de cuidado de salud cubiertos. Los planes gold pagan más o menos el 80% y los planes silver pagan más o menos el 70% de sus gastos de cuidado de salud. Los planes bronze tienen las cuotas más bajas, pero pagan más o menos el 60% de los gastos de cuidado de salud cubiertos. Para saber más sobre todos los paquetes de beneficios disponibles, visite **CoveredCA.com** y revise los documentos del plan, como la Prueba de cobertura del plan o la póliza de seguros del plan. O, llámenos al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

4. ¿Puedo obtener seguro de salud a través de Covered California?

Cualquier californiano puede comprar seguro de salud a través de Covered California si es residente del estado y cumple con otros requisitos.

Los solicitantes podrían ser elegibles para un plan de salud gratuito, un plan de bajo costo o para recibir asistencia financiera para reducir el costo de las cuotas y los copagos. La ayuda financiera se calcula de acuerdo al tamaño del hogar y los ingresos familiares.

Para solicitar asistencia financiera, usted tiene que llenar una solicitud diferente. Visite **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

5. ¿Puedo obtener un seguro de salud incluso si mis ingresos son demasiado altos?

Sí. Cualquier californiano que sea elegible puede comprar seguro de salud sin importar sus ingresos.

6. ¿Cómo solicito?

Usted puede solicitar seguro de salud a través de Covered California de la siguiente manera:

Por internet: Visite **CoveredCA.com**. Proporcionamos información sobre cada plan de seguro de salud, explicada en términos claros y sencillos.

Por teléfono: Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). Puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. ¡La llamada es gratuita!

Por fax: Envíe su solicitud al **1-888-329-3700**.

Por correo: Envíe por correo la solicitud de Covered California a:

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

En persona: Tenemos Consejeros de inscripción y Agentes certificados de seguros capacitados que pueden ayudarle. O puede visitar la oficina de servicios sociales de su condado. ¡Esta ayuda es gratuita! Para encontrar una lista de lugares cerca de donde usted vive o trabaja visite **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

7. ¿Cuánto cuesta?

El costo depende de qué plan de seguro de salud elija. Puede usar la calculadora de costo en **CoveredCA.com** para encontrar el costo.

*Las **Preguntas frecuentes** continúan en la página siguiente*

¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. o visite **CoveredCA.com**.

CCFRM605 (11/13) ES

Obtenga ayuda a través de Covered California *(continuación)*

8. ¿Debo enviar el pago de mi primera cuota con esta solicitud?

No, no envíe el pago de su primera cuota a Covered California. Usted debe pagar directamente a la compañía aseguradora. Usted puede pagar su primera cuota por correo o su compañía aseguradora puede recibir el pago por teléfono o por internet. Llámeles para obtener más información sobre cómo puede pagar.

Si recibe alguna factura de su compañía aseguradora, por favor siga las instrucciones de la factura para pagarla. **Los planes de atención dental pediátrica, se facturan por separado y tiene que pagarlos por separado.**

Si usted no ha recibido una factura, llame a su compañía aseguradora. Puede tomar hasta 36 horas después de presentar su solicitud para que ellos reciban su información. Para obtener más información sobre cómo pagar su primera cuota, viste **CoveredCA.com** y haga clic en el botón "How to pay" (Cómo pagar) o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

9. ¿Y si ya tengo seguro de salud?

Si usted ya tiene seguro de salud de bajo costo de su empleador, no tiene que hacer nada. Pero usted todavía puede solicitar para saber si usted o los miembros de su familia son elegibles para un seguro de salud de costo más bajo a través de Covered California.

10. No tengo toda la información que necesito para responder a las preguntas de la solicitud. ¿Qué debo hacer?

Si usted no tiene toda la información, firme y envíe su solicitud de cualquier manera. Le llamaremos para decirle qué hacer a más tardar en 10 a 15 días calendario después de recibir su solicitud. Si no nos comunicamos con usted, por favor llámenos al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

11. ¿Puedo obtener ayuda con mi solicitud o para elegir un plan?

¡Sí! La ayuda es gratuita. Tenemos disponibles Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros en comunidades en todo el estado para darle la información sobre las nuevas opciones de seguro de salud y ayudarle a solicitar. También puede obtener ayuda al visitar la oficina de servicios sociales de su condado. Usted puede conseguir ayuda en muchos idiomas diferentes.

Obtenga ayuda con su solicitud o con la selección del plan:

Por internet: Visite **CoveredCA.com**. Proporcionamos información sobre cada plan de seguro de salud, explicada en términos claros y sencillos.

Por teléfono: Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). Puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. ¡La llamada es gratuita!

En persona: Tenemos Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros capacitados que pueden ayudarle. O puede visitar la oficina de servicios sociales de su condado. ¡Esta ayuda es gratuita! Para encontrar una lista de lugares cerca de donde usted vive o trabaja visite **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

12. ¿Cómo puedo elegir un plan de seguro de salud?

Usted puede visitar **CoveredCA.com** para comprar y comparar planes de seguro de salud fácilmente con la herramienta para comprar y comparar en internet.

Puede elegir el nivel de cobertura que sea mejor para sus necesidades de salud y su presupuesto.

- Usted puede elegir pagar un costo mensual (llamado cuota) más alto, para pagar menos de su bolsillo cuando necesite cuidados médicos.
- O puede elegir pagar un costo mensual más bajo, pero pagar más de su bolsillo cuando necesite cuidados.

*Las **Preguntas frecuentes** continúan en la página siguiente*

Obtenga ayuda a través de Covered California *(continuación)*

13. ¿Tengo que tener seguro de salud ahora que ha comenzado la reforma a los servicios de salud?

A partir de enero del año 2014, se exigirá a la mayoría de las personas, incluyendo niños, que tengan seguro de salud o pagar una multa fiscal. Un padre o declarante de impuestos que anote a un niño como dependiente fiscal en su declaración federal de impuestos sobre ingresos, será responsable por la falta de cobertura de salud del niño dependiente, pero la sanción por un niño no asegurado de menos de 18 años será la mitad de la sanción que para un adulto no asegurado. La cobertura podría incluir un seguro a través de su trabajo, cobertura que compre por su cuenta, Medicare o Medi-Cal de alcance completo.

Algunas personas están exentas de tener seguro de salud. Estas personas incluyen, sin limitación a, miembros de sectas o divisiones religiosas con reconocimiento federal cuyas creencias religiosas se opongan a aceptar beneficios de un plan de seguro de salud, personas que están en la cárcel después de un veredicto, miembros de una tribu india americana con reconocimiento federal o nativos de Alaska y las personas que tengan que pagar más de un 8% de sus ingresos para seguro de salud, después de tomar en cuenta cualquier contribución del empleado o ayuda con las cuotas.

En 2014, la sanción será del 1% de sus ingresos anuales o $95, lo que sea más alto. La sanción aumentará cada año. En 2016, la sanción será de un 2.5% de sus ingresos anuales o $695, lo que sea más alto. Después del 2016, la multa fiscal aumentará cada año basada en un ajuste de acuerdo al costo de vida.

Para obtener más información sobre las sanciones, visite **CoveredCA.com**.

14. ¿Y si mis ingresos cambian después de solicitar?

Si cambian sus ingresos, esto podría cambiar para qué tipo de seguro de salud usted es elegible.

Si usted tiene seguro de salud privado a través de Covered California, llámenos para averiguar si usted es elegible para asistencia financiera a través de Covered California. Esto puede bajar el costo de sus cuotas y copagos.

15. ¿Podré usar inmediatamente mi plan de seguros de salud nuevo de Covered California?

Si usted solicita seguro de salud de octubre a diciembre del 2013, los servicios comienzan en enero del 2014. Si usted solicita en enero del 2014 o después, los servicios podrían comenzar a partir de primer día del mes siguiente.

16. ¿Qué sucederá después que solicite?

Si solicita por internet o por teléfono, usted recibirá la información sobre si usted y su familia son elegibles o no para Covered California. Si usted envía una solicitud impresa o la envía por fax, le enviaremos una carta a más tardar dentro de los 10 días calendario después de recibirla. Si no nos comunicamos con usted, por favor llámenos al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Otras preguntas

17. ¿Todas las personas que están en la solicitud tienen que ser ciudadanos o nacionales de EE.UU.?

No, si sólo usted está solicitando en nombre alguien de su familia, usted no tiene que enviar una prueba de su ciudadanía o situación migratoria. No obstante, cualquier persona para la que se esté comprando seguro a través de Covered California, debe ser un residente legal y debe tener una prueba de ciudadanía o situación migratoria.

18. Esta solicitud pide mucha información personal. ¿Covered California compartirá mi información financiera y personal?

No. La información que usted proporcione es privada y segura como lo exigen las leyes federales y del estado. Usaremos su información sólo para ver si usted es elegible para un seguro de salud.

19. Tengo una enfermedad o discapacidad preexistente. ¿Puedo obtener seguro de salud a través de Covered California?

Sí, usted puede obtener seguro de salud, sin importar ninguna enfermedad o discapacidad actual o anterior.

Comenzando en 2014, la mayoría de los planes de seguro de salud no podrán negarse a cubrirle o cobrarle más porque usted tenga alguna enfermedad o discapacidad preexistente.

*Las **Preguntas frecuentes** continúan en la página siguiente*

Otras preguntas *(continuación)*

20. ¿Y si tengo Medicare?

Por ley, los miembros de Medicare no pueden comprar cobertura duplicada a través de un mercado de seguros. Así que, si usted tiene Medicare, el seguro de salud a través de Covered California no es adecuado para usted. Si usted está buscando cobertura complementaria y no tiene cobertura de jubilado, visite **www.medicare.gov** para conocer sobre cómo inscribirse en un plan de Medicare Advantage o comprar una póliza de Medi-gap.

21. Acabo de saber que estoy embarazada. ¿Puedo solicitar seguro de salud que me cubra durante mi embarazo?

Sí. Usted puede solicitar seguro de salud que pueda cubrir el cuidado prenatal, el parto y nacimiento y el cuidado de posparto. Los planes de seguro de salud no pueden negarle seguro de salud si está embarazada.

22. ¿Seré elegible para seguro de salud si no soy ciudadano o no tengo una situación migratoria satisfactoria?

Cualquier persona que viva en California puede solicitar seguro de salud usando esta solicitud. Sólo las personas que están solicitando deben proporcionar Números del Seguro Social o información sobre situación migratoria.

Pero usted puede ser elegible para ciertos programas de seguro de salud sin importar su situación migratoria e incluso si no tiene un Número de Seguro Social.

Conservaremos su información privada y sólo compartiremos esta información con otras agencias del gobierno para ver para cuáles programas usted es elegible.

23. ¿Dónde puedo obtener información sobre cómo inscribirme para votar?

Si usted no está registrado para votar donde usted vive ahora y le gustaría solicitar para registrarse para votar hoy, visite **http://registertovote.ca.gov/index-es.htm**. O llame al **1-800-345-VOTE (8683)**.

24. Soy indio americano o nativo de Alaska. ¿Cómo puede ayudarme Covered California?

Los indios americanos o nativos de Alaska pueden recibir servicios de Indian Health Services, programas tribales de salud o programas urbanos de salud india. Si usted es indio americano o un nativo de Alaska con reconocimiento federal usted podría ser elegible para:

- No tener costos de bolsillo como deducibles, copagos y coseguro (excepto cuotas)
- Períodos de inscripción mensuales especiales

Asegúrese de llenar el Anexo A y enviarlo con su documento de prueba de ascendencia de indio americano o nativo de Alaska. Los documentos que puede usar para proporcionar prueba de ascendencia de indígena nativo americano o nativo de Alaska incluyen sin limitación:

1. Tarjeta de inscripción tribal
2. Un certificado de grado de sangre india (CDIB) de la Oficina de asuntos indios

Si le interesa recibir cualquiera de los siguientes beneficios, visite **CoveredCA.com** y use la "Solicitud de seguro de salud" para solicitar y averiguar si es elegible para:

- Seguro de salud gratuito o de bajo costo, como Medi-Cal
- Seguro de bajo costo para las mujeres embarazadas a través de Acceso para bebés y madres (AIM)
- Asistencia para pagar seguro de salud privado a través de Covered California

25. ¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión que tome Covered California?

Usted puede presentar una apelación. Para apelar una decisión con la que usted no esté de acuerdo, comuníquese con Covered California de cualquiera de estas maneras:

- **Por internet:** Visite **CoveredCA.com**.
- **Por teléfono:** Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). Puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. ¡La llamada es gratuita!
- **Por fax:** Envíe la apelación al **1-888-329-3700**.
- **Por correo:** Envíe por correo la apelación a:
  Covered California – Appeals
  P.O. Box 989725
  West Sacramento, CA 95798-9725
- **En persona:** Tenemos Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros capacitados que pueden ayudarle. ¡Esta ayuda es gratuita!
- Para encontrar una lista de Consejeros certificados de inscripción y Agentes certificados de seguros cerca donde usted vive o trabaja visite **CoveredCA.com** o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Cómo obtener ayuda en otros idiomas

Usted puede obtener ayuda con esta solicitud en otros idiomas. Llame al 1-800-300-0213.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言獲得此申請的幫助。請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

¡"Me gusta" Covered California en Facebook!
Vaya a: Facebook.com/CoveredCA

¡Síganos! @CoveredCA