



Donde encontrará cuidados de salud asequible, incluyendo Medi-Cal.



Medi-Cal

Solicitud de seguro de salud

VEA ADENTRO:

Cosas que debe que saber

Lista de cosas que son útiles 3

Solicitud

4

Firme la solicitud

25

Anexos

A. Inscripción especial	29
B. Otro seguro de salud	30
C. Elija un plan de salud y dental	32
D. Indígenas americanos y Nativos de Alaska	34
E. Información de su empleador	36

Preguntas frecuentes

(FAQ, por sus siglas en inglés) 39

Lista de cosas que son útiles

"No se olvide de revisar" 43



Covered California es el lugar donde las personas pueden obtener seguro de salud gratuito o de bajo costo, incluyendo Medi-Cal.

Revisaremos si usted califica para los programas de abajo:

- Medi-Cal gratuito o de bajo costo
- Ayuda financiera a través de Covered California
- Seguro de salud gratuito o de bajo costo para personas embarazadas

Usted puede usar esta solicitud para solicitar para cualquier persona de su familia, aunque tengan seguro ahora.

Usted también puede obtener esta solicitud en estos idiomas:

Español

中文

Tiếng Việt

한국어

Tagalog

Hmoob

Русский

Հայերեն

فارسی

ភាសាខ្មែរ

العربية

हिंदी

日本語

ລາວ

Mienh nzangc

ພາສາລາວ

ภาษาไทย

Українська

Llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) para obtener ayuda en otros idiomas. Usted puede solicitar esta solicitud en otros formatos como letras grandes, u obtener información sobre ayudas y servicios auxiliares gratuitos.



¡Solicite más rápido en CoveredCA.com!

Es fácil crear una cuenta y solicitar. **¿Usted ha solicitado para Medi-Cal o Covered California anteriormente?** Si es así, por favor llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) antes de crear una cuenta para poder vincular su información.



Acerca de Covered California y Medi-Cal

Covered California conecta a los californianos con los seguros de salud de compañías reconocidas. Cuando usted solicita para un seguro de salud usando esta solicitud, usted podría calificar para la ayuda financiera para un plan de salud a través de Covered California, u obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo a través del programa de Medi-Cal.

Medi-Cal es la versión de Medicaid de California. Es un programa que ofrece cobertura de salud gratuita o de bajo costo para niños y adultos con ingresos limitados. Si usted califica, usted puede solicitar Medi-Cal durante todo el año.



Dependiendo del tamaño de su hogar e ingresos, usted o su familia podría calificar para diferentes programas:

- Si sus ingresos están por debajo del límite de Medi-Cal y usted cumple con los requisitos, usted podría calificar para Medi-Cal. Medi-Cal es un seguro de salud gratuito o de bajo costo. Si usted aparece elegible para Medi-Cal, su información se enviará a la oficina local de su condado.
- O, si sus ingresos están sobre el límite de Medi-Cal y usted cumple con ciertos criterios, usted podría calificar para un seguro de salud privado a través de Covered California. Usted también podría calificar para la ayuda financiera que reduce sus primas mensuales de salud. Usted podría calificar para reducciones por costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés) que reducen sus copagos y deducibles.
- O, algunas de las personas de su hogar podrían calificar para Medi-Cal, y otras podrían calificar para un plan de Covered California. Por ejemplo, los adultos podrían calificar para un plan de Covered California y los niños podrían calificar para Medi-Cal.

Le informaremos para cuál seguro de salud usted y los otros miembros son elegibles.

Usted puede solicitar u obtener ayuda con esta solicitud de las siguientes maneras. Esta ayuda siempre es GRATUITA.



En línea

CoveredCA.com



Por teléfono

Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
Usted puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.



En persona

Los Consejeros de inscripción certificados pueden ayudarle, o usted puede visitar la oficina local de su condado. Visite CoveredCA.com o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) para obtener ayuda local.

Si usted tiene alguna discapacidad u otra necesidad, llámenos si necesita ayuda con esta solicitud.



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Cosas que debe saber cuándo solicite



- Mantenemos su información privada y segura, como lo requiere la ley. Usamos su información sólo para saber si usted califica, para administrar su seguro de salud en curso, y para permitir que su la compañía que ofrece su plan de salud se comunique con usted.
- Usted podría calificar para un seguro de salud aun si no es ciudadano de EE.UU. o tiene nacionalidad de EE.UU.
- Si usted no tiene toda la información necesaria para completar esta solicitud, por favor llámenos para poderle guiar. O, firme y envíe su solicitud de todos modos. Le ayudaremos a terminar su solicitud. Esta ayuda siempre es gratuita.
- Si usted tenía Medi-Cal durante su embarazo y sólo solicita para su bebé, usted no tiene que llenar esta solicitud si su bebé es menor de 1 año. Para asegurarse de que su bebé esté cubierto por Medi-Cal, comuníquese con la oficina local de su condado.
- Si usted ya tiene un plan de Medi-Cal o de Covered California y necesita reportar un cambio, no use esta solicitud. Para reportar cambios a Medi-Cal, comuníquese con la oficina local de su condado. Para Covered California, actualice su información en CoveredCA.com o llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).
- Si usted estuvo en cuidado de crianza temporal el día que cumplió 18 años o después, usted podría calificar para Medi-Cal gratuito hasta los 26 años. No importa cuáles sean sus ingresos. Consulte la pregunta frecuente #15 en la página 41 para más información.

Estas cosas le podrían ayudar cuando usted solicite

- ☐ Números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de personas que los tengan.
- ☐ Ciudadanía o situación migratoria, y la información contenida en los documentos de inmigración de aquellos que necesiten un seguro. Solo usamos esta información para saber si usted califica para un seguro de salud.
- ☐ Talones de cheque u otro documento de ingresos de todos los miembros de su familia.
- ☐ Su información de impuestos más reciente. Si usted no declara impuestos, usted aún podría calificar para un seguro gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal.
- ☐ Información sobre seguros de salud que un empleador le ofrece a usted o a cualquier miembro de su familia.



Facebook.com/
CoveredCA



X.com/
CoveredCA



Facebook.com/
DHCS.CA



X.com/
DHCS_CA

Continúe en “Díganos sobre usted y su familia” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Díganos sobre usted y su familia



Incluya a todas estas personas en esta solicitud, incluso si no quieren solicitar cobertura de salud:



¡Recuerde de firmar su solicitud en la página 25!

- Un cónyuge o pareja de hecho registrada, (asociación domestica) de cualquier persona de su hogar
- Cualquier hijo menor de 21 años que viva con usted, incluya también a hijastros
- Cualquier padre o padrastro que viva en el hogar con sus hijos menores de 21 años
- Cualquier persona anotada en su declaración federal de impuestos sobre sus ingresos, si usted presenta una. Usted no necesita declarar impuestos para solicitar un seguro de salud.
- Si alguien le reclama a usted como dependiente en otra declaración de impuestos, usted debe incluir a todos los miembros de ese hogar que presentaron esa declaración y lo reclamaron, así como a cualquier miembro de la familia que viva con usted.

★ **Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que presentar su propia solicitud si quiere un seguro de salud.** (Por ejemplo: un novio, novia, o compañero de casa)

CONTENIDO DE LA SOLICITUD

1. Contacto primario	4
2. Información general	5
3. Etnicidad y raza	9
4. Solicitando cobertura de salud	10
5. Ciudadanía / inmigración	12
6. Información de impuestos	14
7. Información de ingresos	15
8. Deducciones	17
9. Representante autorizado	18
10. Consentimiento expreso para poderle contactar	19
11. Firme la solicitud	25
12. Persona certificada	26

1. Elija una persona como Contacto primario

Necesitamos un adulto de la familia para comunicarnos en caso de que necesitemos más información. El Contacto primario debe tener 18 años de edad o más.

Un representante autorizado es diferente a un Contacto primario. Usted puede decirnos a quién autoriza para hacer trámites en su nombre en la **página 18**.

Usted debe poner al Contacto primario como la Persona 1 en toda la solicitud.

Información del Contacto primario:

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? Le pediremos su número de teléfono y dirección en las siguientes páginas.

☐ Por teléfono ☐ Por correo postal ☐ Correo electrónico

Dirección de correo electrónico: _____

Continúe en la "Parte 2: Información general" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



2. Información general

Responda a todas las preguntas para todas las personas. Lea hacia abajo la columna ▼ para decirnos sobre las Personas 1, 2, 3, y 4. Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas.

Para decirnos sobre más de 4 personas, haga una copia de las páginas 5-14 antes de llenarlas. Envíe todas las páginas que agregó a su solicitud.

▼ Persona 1 Contacto primario	▼ Persona 2	▼ Persona 3	▼ Persona 4
Díganos el nombre de cada persona en su hogar.			
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo
¿Cuál es la relación entre todas las personas? (Por ejemplo: cónyuge, hijo, abuelo, etc.)			
La relación entre la Persona 1 y la Persona 1 es: <i>La misma persona</i>	La relación entre la Persona 2 y la Persona 1 es:	La relación entre la Persona 3 y la Persona 1 es:	La relación entre la Persona 4 y la Persona 1 es:
		La relación entre la Persona 3 y la Persona 2 es:	La relación entre la Persona 4 y la Persona 2 es:
			La relación entre la Persona 4 y la Persona 3 es:
Número de teléfono primario			
	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()
Otro número de teléfono Esto es opcional.			
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()	☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo ()

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com). **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Continúe respondiendo a las preguntas de información general de las Personas 1, 2, 3, y 4.

Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas. Escriba sus nombres en la casilla amarilla para no perderse.

Persona 1 ▼	Persona 2 ▼	Persona 3 ▼	Persona 4 ▼
¿Cuál es la fecha de nacimiento de esta persona?			
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año
Dirección de la casa (No anote un P.O. Box). Usted debe dar una dirección de correo postal abajo si no tiene dirección de casa.			
	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario
Dirección de la calle	Dirección de la calle	Dirección de la calle	Dirección de la calle
Ciudad	Ciudad	Ciudad	Ciudad
Estado, Código postal	Estado, Código postal	Estado, Código postal	Estado, Código postal
Dirección postal si es diferente a la dirección de casa.			
	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario	☐ Marque aquí sí es la misma que la del Contacto primario
Dirección de la calle	Dirección de la calle	Dirección de la calle	Dirección de la calle
Ciudad	Ciudad	Ciudad	Ciudad
Estado, Código postal	Estado, Código postal	Estado, Código postal	Estado, Código postal
¿Esta persona está en una situación de falta de vivienda?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Cuál es el género de esta persona?			
☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Femenino ☐ Masculino
Transgénero: ☐ Masculino a femenino ☐ Femenino a masculino	Transgénero: ☐ Masculino a femenino ☐ Femenino a masculino	Transgénero: ☐ Masculino a femenino ☐ Femenino a masculino	Transgénero: ☐ Masculino a femenino ☐ Femenino a masculino

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Continúe respondiendo a las preguntas de información general de las Personas 1, 2, 3, y 4.

Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas. Escriba sus nombres en la casilla amarilla para no perderse.

Persona 1 ▼	Persona 2 ▼	Persona 3 ▼	Persona 4 ▼
¿Cuál es el estado civil de esta persona?			
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja de hecho registrada	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja de hecho registrada	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja de hecho registrada	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja de hecho registrada
¿Esta persona está embarazada? Hacemos estas preguntas sobre el tamaño de su hogar para ayudarle a obtener o mantener la cobertura de salud. Medi-Cal considera a las personas embarazadas como 2 personas o más miembros del hogar.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, cuál es la fecha esperada del parto:			
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año
► Si es así, ¿cuántos bebés espera?			
¿Cuál es el idioma más adecuado para escribirle a esta persona? Esto es opcional.			
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____
¿Cuál es el idioma más adecuado para hablarle a esta persona? Esto es opcional.			
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____
Si esta persona necesita avisos futuros por escrito en algún formato alternativo, marque una casilla. Esto es opcional. Si usted tiene alguna pregunta, necesita algún formato no anotado, o necesita el formato electrónico encriptado, por favor llame al 1-833-284-0040 .			
☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Formato electrónico de audio (no encriptado) ☐ Formato electrónico de datos (no encriptado)	☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Formato electrónico de audio (no encriptado) ☐ Formato electrónico de datos (no encriptado)	☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Formato electrónico de audio (no encriptado) ☐ Formato electrónico de datos (no encriptado)	☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Formato electrónico de audio (no encriptado) ☐ Formato electrónico de datos (no encriptado)

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com). **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Continúe respondiendo a las preguntas de información general de las Personas 1, 2, 3, y 4.

Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas. Escriba sus nombres en la casilla amarilla para no perderse.

Persona 1 ▼	Persona 2 ▼	Persona 3 ▼	Persona 4 ▼
¿Cuál es la raza o etnicidad de esta persona? Esto es opcional. Hacemos esta pregunta para asegurarnos de que todas las personas tengan el mismo acceso a los cuidados de salud. Usted tendrá la oportunidad de proporcionar más información en la página 9.			
☐ Origen hispano, latino o español ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico	☐ Origen hispano, latino o español ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico	☐ Origen hispano, latino o español ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico	☐ Origen hispano, latino o español ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico
¿Esta persona ha servido alguna vez en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona es cónyuge, pareja legal, padre, o hijo de una persona que esté sirviendo o haya servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona tiene otro seguro de salud o le han ofrecido un seguro a través de un trabajo?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, llene el Anexo B en las páginas 30 y 31.			
Si esta persona tiene 20 años o menos, ¿quién es el cuidador primario, si tiene uno? El cuidador primario es la persona que tiene la responsabilidad principal del cuidado diario de un niño. Éste puede ser un padre u otra persona.			
Nombre y apellido	Nombre y apellido	Nombre y apellido	Nombre y apellido
¿Esta persona tiene de 18 a 20 años y es estudiante de tiempo completo?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona es Indígena americano o Nativo de Alaska?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, llene el Anexo D en la página 34.			

Continúe en la "Parte 3: Etnicidad y raza" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



3. Etnicidad y raza

Esta información es opcional. No se usará para decidir a qué seguro de salud califica cada persona.

Esta información es confidencial. Sólo la usaremos para asegurarnos de que todas las personas tengan el mismo acceso a los cuidados de salud.

Persona 1 ▼ _____	Persona 2 ▼ _____	Persona 3 ▼ _____	Persona 4 ▼ _____
¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? Esto es opcional.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, ¿cuál es el origen de esta persona? Esto es opcional.			
☐ Cubano ☐ Guatemalteco ☐ México-Americano / Mexicano / Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Salvadoreño ☐ Otro origen hispano, latino o español	☐ Cubano ☐ Guatemalteco ☐ México-Americano / Mexicano / Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Salvadoreño ☐ Otro origen hispano, latino o español	☐ Cubano ☐ Guatemalteco ☐ México-Americano / Mexicano / Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Salvadoreño ☐ Otro origen hispano, latino o español	☐ Cubano ☐ Guatemalteco ☐ México-Americano / Mexicano / Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Salvadoreño ☐ Otro origen hispano, latino o español
¿Cuál es la raza de esta persona? Marque todas las que apliquen. Esto es opcional.			
☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Indígena asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Hmong ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro _____	☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Indígena asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Hmong ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro _____	☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Indígena asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Hmong ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro _____	☐ Indígena americano o Nativo de Alaska ☐ Indígena asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Camboyano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Hmong ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro _____

Continúe en la "Parte 4: "Solicitando cobertura de salud" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Llene la Parte 4 para cualquier persona que quiera solicitar cobertura de salud.

4. Solicitando cobertura de salud

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
▼ _____	▼ _____	▼ _____	▼ _____
¿Esta persona está solicitando cobertura de salud? Marque sí si esta persona quiere solicitar Medi-Cal o Covered California.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, responda el resto de las preguntas de esta página y todas las preguntas de la página 11 por cada persona que solicite cobertura. ► Si es que no, lea la casilla gris de abajo sobre su número de seguro social, por si usted es el declarante de impuestos primario. Si no es así, vaya a la "Parte 5: Información de ciudadanía / inmigración" en la página 12.			
¿Esta persona está inscrita actualmente en Medicare Parte A o Parte B?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona califica para Medicare Parte A gratuito?			
► Si usted califica para Medicare Parte A gratuito, usted no puede obtener ayuda financiera para un plan de Covered California. Esto aplica incluso si usted no se inscribe en Medicare. Sin embargo, usted aún podría calificar para Medi-Cal. Para obtener más información, vaya a FAQ #19 de la página 42.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Número de Seguro Social (SSN): Si no está solicitando cobertura para usted, no tiene que darnos su SSN. Pero, si usted es el declarante de impuestos primario solicitando ayuda financiera para los miembros de su hogar tributario, necesitamos su SSN para saber si ellos califican para recibir ayuda financiera con Covered California.			
Díganos el SSN de cada persona, si lo tienen y están solicitando. Para saber más información sobre por qué dar un SSN, vaya a FAQ #11 de la página 40.			
_____-_____-_____	_____-_____-_____	_____-_____-_____	_____-_____-_____
Si esta persona no tiene SSN, por favor marque una casilla.			
☐ Número de identificación personal del contribuyente: _____ ☐ Número de identificación del contribuyente para adopción: _____ ☐ No califica para un SSN, o solamente se le puede emitir por un motivo válido que no sea relacionado con algún trabajo ☐ No tiene un SSN, pero solicitó uno ☐ Exención religiosa	☐ Número de identificación personal del contribuyente: _____ ☐ Número de identificación del contribuyente para adopción: _____ ☐ No califica para un SSN, o solamente se le puede emitir por un motivo válido que no sea relacionado con algún trabajo ☐ No tiene un SSN, pero solicitó uno ☐ Exención religiosa	☐ Número de identificación personal del contribuyente: _____ ☐ Número de identificación del contribuyente para adopción: _____ ☐ No califica para un SSN, o solamente se le puede emitir por un motivo válido que no sea relacionado con algún trabajo ☐ No tiene un SSN, pero solicitó uno ☐ Exención religiosa	☐ Número de identificación personal del contribuyente: _____ ☐ Número de identificación del contribuyente para adopción: _____ ☐ No califica para un SSN, o solamente se le puede emitir por un motivo válido que no sea relacionado con algún trabajo ☐ No tiene un SSN, pero solicitó uno ☐ Exención religiosa

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Continúe respondiendo las preguntas de cobertura de salud (sólo si la persona está solicitando) para las Personas 1, 2, 3, y 4.

Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas. Escriba sus nombres en la casilla amarilla para no perderse.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
▼	▼	▼	▼
¿Esta persona tiene alguna incapacidad física, mental, emocional o de desarrollo?			
Si tiene alguna pregunta sobre qué califica como incapacidad, vaya a FAQ #16 de la página 41.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona necesita ayuda con cuidados a largo plazo para recibir servicios en el hogar o en un lugar comunitario? Los cuidados a largo plazo son cuidados como paciente interno en una institución médica, o un hogar de cuidados para adultos mayores, que incluye enfermería especializada e instituciones de cuidados intermedios.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona vive temporalmente fuera del estado?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona está involucrada en una demanda debido a una lesión o un accidente?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si esta persona tiene de 18 a 26 años ¿esta persona estaba en cuidado de crianza temporal en cualquier estado el día que cumplió 18 años o después? Para obtener más información, vaya a FAQ #15 de la página 41.			
☐ Sí ☐ No ¿En qué estado? _____	☐ Sí ☐ No ¿En qué estado? _____	☐ Sí ☐ No ¿En qué estado? _____	☐ Sí ☐ No ¿En qué estado? _____
¿Esta persona quiere que Medi-Cal le ayude a pagar gastos médicos de los últimos 3 meses?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Continúe en la "Parte 5: Información de ciudadanía / inmigración" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com). **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



5. Información de ciudadanía / inmigración

Usted sólo tiene que proporcionar esta información para las personas en su familia que soliciten seguro de salud.

Esta información es confidencial. La usamos sólo para ver si usted califica para un seguro de salud.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
¿Esta persona es ciudadano de EE.UU. o nacionalidad de EE.UU.?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, ¿esta persona es ciudadano naturalizado o derivado? Para obtener más información, vaya a FAQ #10 de la página 40.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, ¿cuál es el Número de certificado y el Número de extranjero, si los tiene?			
Número de certificado:	Número de certificado:	Número de certificado:	Número de certificado:
Número de extranjero:	Número de extranjero:	Número de extranjero:	Número de extranjero:
► Si usted respondió sí a cualquiera de las preguntas de arriba, pase a la “Parte 6: Información de impuestos” de la página 14.			
► Si usted respondió no, responda a las preguntas de la página 13.			

Continúe en la siguiente página ►►►

Continúe respondiendo a las preguntas de ciudadanía/inmigración para las Personas 1, 2, 3 y 4.

Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas. Escriba sus nombres en la casilla amarilla para no perderse.

Persona 1 ▼	Persona 2 ▼	Persona 3 ▼	Persona 4 ▼
Díganos sobre el estatus migratorio de esta persona y el documento de inmigración, si los tiene. Lea "Estatus migratoria" en la página 38 para obtener más información. Luego llene las casillas.			
Estatus migratorio:	Estatus migratorio:	Estatus migratorio:	Estatus migratorio:
Número de extranjero	Número de extranjero	Número de extranjero	Número de extranjero
Tipo de documento de inmigración (Por ejemplo: Tarjeta de residente permanente I-551):	Tipo de documento de inmigración (Por ejemplo: Tarjeta de residente permanente I-551):	Tipo de documento de inmigración (Por ejemplo: Tarjeta de residente permanente I-551):	Tipo de documento de inmigración (Por ejemplo: Tarjeta de residente permanente I-551):
Números de identificación del documento de inmigración (Por ejemplo: Número de I-94):	Números de identificación del documento de inmigración (Por ejemplo: Número de I-94):	Números de identificación del documento de inmigración (Por ejemplo: Número de I-94):	Números de identificación del documento de inmigración (Por ejemplo: Número de I-94):
Nombre como aparece en el documento:	Nombre como aparece en el documento:	Nombre como aparece en el documento:	Nombre como aparece en el documento:
País de emisión:	País de emisión:	País de emisión:	País de emisión:
Fecha de vencimiento:	Fecha de vencimiento:	Fecha de vencimiento:	Fecha de vencimiento:
► Si usted proporcionó el estatus migratorio y el documento de esta persona, responda a las demás preguntas de esta página. ► Si usted no nos proporcionó un estatus migratorio y documento para esta persona, pase a la "Parte 6: Información de impuestos" de la página 14.			
¿Esta persona es un miembro en servicio activo o dado de baja honorablemente de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o es un cónyuge o hijo de una persona que lo sea?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Esta persona ha vivido en los EE.UU. desde agosto de 1996?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Continúe en la "Parte 6: Información de impuestos" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com). **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



6. Información de impuestos

Díganos cómo usted y su hogar planean declarar los impuestos.

Si usted no planea declarar impuestos, usted aún podría calificar para un seguro gratuito o de bajo costo. Usted aún debe responder a las preguntas de esta página.

Para todas las personas de su hogar, es requerido llenar esta página, aunque no declaren impuestos.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
¿Esta persona planea declarar impuestos para el año en que solicita un seguro de salud? Para obtener más información, vaya a FAQ #12 de la página 41.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, ¿cuál será su estatus de declaración de impuestos? Por favor marque sólo una casilla. Recuerde: Si está casado declarando en conjunto, usted debe incluir a su cónyuge en esta solicitud, comenzando desde la página 5.			
☐ Casado declarando en conjunto con ☐ Soltero ☐ Jefe de familia ☐ Casado declarando por separado	☐ Casado declarando en conjunto con ☐ Soltero ☐ Jefe de familia ☐ Casado declarando por separado	☐ Casado declarando en conjunto con ☐ Soltero ☐ Jefe de familia ☐ Casado declarando por separado	☐ Casado declarando en conjunto con ☐ Soltero ☐ Jefe de familia ☐ Casado declarando por separado
¿Esta persona espera tener que declarar impuestos para el año en que quiere un seguro de salud?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Alguna persona reclama a esta persona como dependiente en sus impuestos?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, ¿quién es?			
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo
☐ Esta persona está en esta solicitud ☐ Esta persona no está en esta solicitud	☐ Esta persona está en esta solicitud ☐ Esta persona no está en esta solicitud	☐ Esta persona está en esta solicitud ☐ Esta persona no está en esta solicitud	☐ Esta persona está en esta solicitud ☐ Esta persona no está en esta solicitud
¿Quién es el declarante de impuestos primario? El nombre de esta persona es el primero en la declaración de impuestos. Sólo una persona en esta solicitud puede ser el declarante de impuestos primario. Por favor ingrese los nombres, aunque no estén anotados en la solicitud. Por favor escriba "nadie" si ustedes no declaran impuestos.			
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

Continúe en la "Parte 7: Información de ingresos" ►►►



7. Información sobre ingresos

Díganos sobre cualquier ingreso actual que usted recibe y todos los ingresos a partir del 1 de enero de este año. Estos pueden ser de un trabajo, trabajo por su cuenta propia, o cualquier otro ingreso.

Llene las páginas 15-16 para cada persona de su hogar que tenga ingresos, aunque no soliciten cobertura de salud.

Ejemplos de tipos de ingresos:

Empleo: Si usted tiene un trabajo, anote la cantidad de ingresos que recibe antes de impuestos. Esta es la cantidad bruta. Esto incluye propinas, sueldos, pagos, salarios y bonos. Por favor incluya cualquier ingreso ganado en el extranjero.

Trabajo por su cuenta propia: Estos son los ingresos de su propio negocio, trabajo independiente, por contrato o de un oficio. Si trabaja por su cuenta propia, anote su ingreso neto del trabajo por su cuenta propia. El ingreso neto es la ganancia después de pagar los gastos.

Seguro Social o ingresos por intereses: Si usted recibe beneficios del Seguro Social o ingresos por intereses, anote su ingreso bruto. El ingreso bruto es lo que usted recibe antes de restar los impuestos o deducciones antes de impuestos (como primas de Medicare).

Otros ingresos: Anote cualquier otro tipo de ingreso que usted reciba que no sea de su trabajo, como ingresos por desempleo, pensión o ingresos por inversiones. No incluya los pagos de manutención infantil, Administración de veteranos, o Seguridad de ingresos suplementario (SSI)/Pago suplementario del estado (SSP).

Para obtener más información sobre las fuentes de ingresos y cuáles ingresos proporcionar, vaya a la página 37.

¿Alguna persona de esta solicitud tiene ingresos?

☐ Sí ☐ No

► **Si es así,** díganos sobre todos los ingresos comenzando el 1 de enero de este año, de **todas** las personas anotadas en esta solicitud. Díganos sobre sus ingresos, incluso si no están solicitando la cobertura de salud.

► **Si es que no,** no conteste estas preguntas y vaya a la “Parte 8: Deducciones” de la página 17.

Responda a todas las preguntas por cada fuente de ingresos. Lea hacia abajo la columna ▼ para decirnos sobre los Ingresos 1 y 2. Mantenga cada ingreso en la misma columna en esta página y en la página siguiente.

Para decirnos sobre más de 2 ingresos, haga una copia de las páginas 15-16 antes de llenarlas. Envíe las páginas que agregó con su solicitud.

▼ Ingreso 1

▼ Ingreso 2

¿Quién es la persona que recibe este ingreso?

Nombre Segundo nombre Apellido, Sufijo

Nombre Segundo nombre Apellido, Sufijo

Dele un nombre a este ingreso (Por ejemplo: el nombre de su trabajo o si usted es un contratista independiente)

¿Qué tipo de ingreso es este? Marque uno.

☐ Empleo ☐ Seguro Social o intereses
☐ Trabajo por su cuenta propia ☐ Otro _____

☐ Empleo ☐ Seguro Social o intereses
☐ Trabajo por su cuenta propia ☐ Otro _____

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Continúe respondiendo a las preguntas sobre los ingresos 1 y 2. Mantenga cada ingreso en la misma columna.

▼ Ingreso 1 (continuación)

▼ Ingreso 2 (continuación)

¿Cuál es la cantidad de este ingreso?

Lea “Ejemplos de fuentes de ingresos” de la página 15 para saber si tiene que reportar ingresos brutos o netos.

\$

\$

► ¿Con qué frecuencia recibe usted estos ingresos?

- ☐ Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____
- ☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____
- ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas
- ☐ Mensual ☐ Dos veces por mes
- ☐ Anual ☐ Un solo pago (Para obtener más información, vaya a “Referencias” en la página 37.)

- ☐ Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____
- ☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____
- ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas
- ☐ Mensual ☐ Dos veces por mes
- ☐ Anual ☐ Un solo pago (Para obtener más información, vaya a “Referencias” en la página 37.)

► ¿Usted recibió este ingreso antes del 1 de enero de este año?

☐ Sí ☐ No

Si es que no, ¿cuándo fue la primera vez que usted recibió este ingreso? Mes / día / año: _____

☐ Sí ☐ No

Si es que no, ¿cuándo fue la primera vez que usted recibió este ingreso? Mes / día / año: _____

► ¿Aún sigue recibiendo este ingreso?

☐ Sí ☐ No

Si es que no, ¿cuándo fue la última vez que usted recibió este ingreso? Mes / día / año: _____

☐ Sí ☐ No

Si es que no, ¿cuándo fue la última vez que usted recibió este ingreso? Mes / día / año: _____

► ¿Usted espera que este ingreso termine en los próximos 4 meses?

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo piensa usted que terminará este ingreso? Mes / día / año: _____

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo piensa usted que terminará este ingreso? Mes / día / año: _____

Si usted recibe pensión alimenticia ¿cuál es la fecha de su divorcio o acuerdo de separación?

Si hay más de una fecha, díganos la fecha más reciente.

Mes / día / año: _____

Mes / día / año: _____

¿Alguna persona en esta solicitud recibe ingresos que cambian de mes a mes?

☐ Sí ☐ No **Si es así,** responda a las preguntas de abajo. Esto es importante para asegurarnos de tener sus ingresos correctos.

▼ Ingresos que cambian 1

▼ Ingresos que cambian 2

¿Quién es la persona que recibe ingresos que cambian de mes a mes?

Nombre Segundo nombre Apellido, Sufijo

Nombre Segundo nombre Apellido, Sufijo

► ¿Cuánto espera usted que sea el total de ingresos de este año de esta persona?

\$

\$

Continúe en la “Parte 8: Deducciones” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



8. Deducciones

Las deducciones son las cantidades que se restan de los ingresos en una declaración de impuestos federales para ciertos gastos. Díganos sobre estas deducciones, ya que usted podría reducir el costo de su seguro de salud.

Llene esta página si alguna persona de su hogar tiene deducciones en sus impuestos, aunque no esté solicitando cobertura de salud.

¿Alguna persona en esta solicitud tiene deducciones?

Para ver ejemplos de deducciones, vaya a la página 37.

☐ Sí ☐ No

► **Si es así**, responda a las preguntas de esta página.

► **Si es que no**, no conteste estas preguntas y vaya a la “Parte 9: Elija un representante autorizado” en la página 18.

Responda a cada pregunta por cada deducción. Lea hacia abajo la columna ▼ para decirnos sobre las Deducciones 1, 2 y 3. Si tiene que decirnos sobre más de 3 deducciones, haga una copia de esta página antes de llenarla. Envíe las páginas que agregó con su solicitud.

▼ Deducción 1	▼ Deducción 2	▼ Deducción 3
¿Quién es la persona que tiene esta deducción?		
Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo
¿Cuál es el tipo de deducción? Para ver ejemplos de deducciones vaya a la página 37.		
¿De cuánto es la deducción?		
\$	\$	\$
► ¿Qué tan seguido?		
☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces por mes ☐ Anual ☐ Una sola deducción	☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces por mes ☐ Anual ☐ Una sola deducción	☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces por mes ☐ Anual ☐ Una sola deducción
Si usted reclama pensión alimenticia como deducción, ¿cuál es la fecha de su divorcio o del acuerdo de separación? Si hay más de una fecha, díganos la fecha más reciente.		
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año

Continúe en la “Parte 9: Elija un representante autorizado” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



9. Elija un representante autorizado

Si usted elige un representante autorizado, usted autoriza a esta persona u organización para hacer trámites en su nombre sobre su caso de Covered California o Medi-Cal. Usted puede cambiar o cancelar su representante autorizado en cualquier momento. Comuníquese con la oficina local de su condado o llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Sólo llene esta página si quiere elegir a alguna persona para que le ayude con su caso de cuidados de salud.

Información de contacto del representante autorizado

Nombre de la persona u organización

Número de teléfono ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo
()

Correo electrónico

Dirección de la calle Ciudad Estado Código postal

Ejemplos de las obligaciones del representante autorizado:

- Completar y firmar la solicitud y/o los formularios de redeterminación
- Proporcionar la información que solicitamos
- Reportar cambios
- Elegir un plan de salud
- Ayudar con audiencias justas / el proceso de apelación
- Hacer trámites en su nombre en todos los demás asuntos relacionados con su cobertura de Covered California o Medi-Cal

Los representantes autorizados deben:

- Mantener privada toda la información que reciba de Covered California o Medi-Cal
- Cumplir las leyes sobre conflictos de interés y privacidad

► **Si usted quiere poner un límite** los deberes del representante autorizado con Medi-Cal, díganos abajo:

Permiso para compartir información

¿Usted quiere que **Covered California** le envíe por correo los avisos sobre su caso a su representante autorizado?

☐ Sí ☐ No

¿Usted quiere que **Medi-Cal** le envíe por correo los avisos sobre su caso a su representante autorizado?

☐ Sí ☐ No

► **¿Cuál es la manera adecuada para comunicarnos con su representante autorizado?**

☐ Correo electrónico ☐ Por correo postal

► **Si usted quiere poner un límite a** los tipos de avisos o envíos de correo que Medi-Cal envía a su representante autorizado, díganos abajo:

Firme y ponga la fecha abajo si usted eligió un representante autorizado.

Yo autorizo a la persona u organización mencionada arriba a que me represente en mi caso de Covered California o Medi-Cal en todos los asuntos, excepto como lo especifique arriba. Yo autorizo a Covered California o Medi-Cal a hablar con esta persona u organización en mi nombre.

Su firma



Fecha

Continúe en la "Parte 10: Consentimiento expreso de comunicación por mensajes automarcados o pregrabados" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



10. Consentimiento expreso de comunicación con mensajes automarcados o grabados

Los mensajes **automarcados** y **pregrabados** ayudan a Covered California y Medi-Cal a comunicarse con usted eficientemente.

Al proporcionar su información de contacto, usted da su consentimiento expreso para que se comuniquen con usted.

Al proporcionar su información de contacto en esta solicitud, usted da su consentimiento al Department of Health Care Services, Medi-Cal, sus planes de salud y sus asociados comerciales, a la oficina local de su condado, y otros grupos que supervisan sus beneficios de Medi-Cal para comunicarse con usted. El grupo podría comunicarse con usted por teléfono, mensajes de voz y mensajes de texto (SMS/MMS). Ellos podrían usar marcadores automáticos o sistemas de mensajería o voces artificiales o pregrabadas.

Su consentimiento expreso permite que los grupos mencionados arriba a darle a usted información importante sobre su seguro de salud, beneficios y servicios de Medi-Cal y otros asuntos de cuidados de salud y bienestar de manera rápida y eficiente. Estos podrían incluir detalles o recordatorios sobre su renovación anual de Covered California o Medi-Cal, inscripción en planes, nuevos programas que podrían beneficiarle a usted, servicios del plan de salud, ayuda para obtener servicios médicos, y mucho más.

El Department of Health Care Services, la oficina local de su condado, y otros grupos que supervisan sus beneficios de Medi-Cal **no** usarán su información de contacto con fines comerciales o solicitudes. Covered California y sus planes de salud y sus asociados comerciales **podrían** usar su información de contacto con fines comerciales o para solicitudes. Se mantendrá en privado como lo requiere la ley. Si tiene alguna pregunta sobre privacidad, vaya a CoveredCA.com/privacy y dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx.

Usted puede detener los mensajes automarcados o pregrabados en cualquier momento optando por excluirse de estos mensajes al momento en que se comuniquen con usted. Si usted se excluye de los mensajes, esto no afectará su capacidad para recibir Medi-Cal o inscribirse en un plan de salud.

Este consentimiento es sólo para mensajes automarcados y pregrabados. La oficina local de su condado, su plan de salud o el Department of Health Care Services no necesitan consentimiento expreso para comunicarse directamente con usted sobre sus beneficios de Medi-Cal o el plan de salud seleccionado por correo o por teléfono si es necesario.

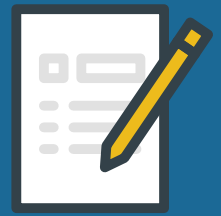
Continúe en “Por favor lea estas páginas y firme la solicitud en la página 25” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Por favor lea estas páginas y firme la solicitud en la página 25



Política de no discriminación

Covered California y el programa Medi-Cal (DHCS) cumplen con las leyes federales y estatales sobre los derechos civiles. No discriminamos ilegalmente por motivos de raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género, expresión de género u orientación sexual, características sexuales, incluyendo atributos intersexuales, estereotipos sexuales o embarazo y condiciones relacionadas. Covered California y el programa de Medi-Cal (DHCS) no excluyen a las personas de manera ilegal. No tratamos a las personas de manera diferente por motivo de su raza, el color de piel, la religión, la ascendencia, el origen nacional, incluyendo el idioma principal y conocimiento limitado del inglés, identificación con un grupo étnico, la edad, la discapacidad mental, la discapacidad física, la condición médica, la información genética, el estado civil, el sexo, el género, la identidad de género, la expresión de género o la orientación sexual.

Covered California y el programa de Medi-Cal (DHCS) proporcionan modificaciones razonables y ayudas gratuitas de accesibilidad a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera eficaz con nosotros. Éstos incluyen intérpretes calificados del lenguaje de señas, ayudas y servicios auxiliares e información por escrito en otros formatos, como letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos. Covered California y el programa de Medi-Cal (DHCS) también proporcionan servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma materno no es el inglés. Estos incluyen intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Covered California Section 1557 Civil Rights Coordinator al **1-916-228-8764** o vaya a CoveredCA.com/accessibility. O, llame a DHCS Office of Civil Rights al **1-916-440-7370** (711, CA State Relay) o escriba a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Presentación de una queja por discriminación

Si usted cree que Covered California o el programa de Medi-Cal (DHCS) no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de otra manera por motivo de raza, color de piel, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, género, identidad de género, expresión de género u orientación sexuales, usted puede presentar una queja ante Covered California Section 1557 Civil Rights:

Covered California, o

Por correo postal:
Section 1557 Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Por teléfono: **1-916-228-8764**

Fax: 1-916-228-8909

Correo electrónico: CivilRights@covered.ca.gov

el Medi-Cal program's (DHCS's) Office of Civil Rights

Por correo postal:
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Por teléfono: 1-916-440-7370 (711, CA State Relay)

Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

Los formularios de quejas de Medi-Cal están disponibles en dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures.

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Si usted cree que lo han discriminado por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services.

Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Por teléfono: **1-800-368-1019** (TTY: 1-800-537-7697)

En línea: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.
Los formularios de quejas están disponibles en el sitio web de U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Declaración de privacidad

Esta solicitud es para averiguar si usted califica para un seguro de salud a través de Covered California o para los beneficios a través de Department of Health Care Services (DHCS) (Medi-Cal). La información personal y médica que usted proporcione es privada y confidencial. Covered California o DHCS necesitan esta información para identificarle a usted y las demás personas en esta solicitud y para administrar nuestros programas.

Compartiremos su información con otras agencias locales, federales y del estado, contratistas, planes de salud y programas, **sólo** para inscribirle en un plan o programa o para administrar programas. También compartiremos su información con otras agencias federales y del estado como lo requiere la ley. Si descubrimos que usted intencionalmente cometió un fraude en esta solicitud, compartiremos esa información con otras agencias locales, federales y del estado.

Usted debe responder a todas las preguntas de esta solicitud, a menos que estén marcadas como "opcional" o si a usted le indican lo contrario. Si a su solicitud le falta alguna información solicitada, nos comunicaremos con usted para obtenerla. Si usted no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre su solicitud. Es posible que tenga que presentar una solicitud nueva, o podría ser que usted no podría obtener un seguro de salud a través de Covered California, o su solicitud de beneficios podría ser rechazada.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver la información personal sobre usted que se encuentra en los registros federales y estatales. Usted puede verla en un formato alternativo en letra grande si usted lo necesita.

Descripción completa de las prácticas de privacidad

Lea el Aviso de las prácticas de privacidad de Covered California en CoveredCA.com/privacy.

Lea el Aviso de las prácticas de privacidad de DHCS en dhcs.ca.gov/NoticeofPrivacy.

Información de un contacto en caso de que tenga preguntas sobre privacidad o necesite sus registros

Covered California

Attn: Privacy Officer, Office of Legal Affairs
1601 Exposition Blvd.
Sacramento, CA 95815
Por teléfono: **1-800-889-3871**
(TTY: 1-888-889-4500)

Department of Health Care Services (DHCS)

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
Por teléfono: **1-866-866-0602**
(TTY: 1-877-735-2929)

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Leyes que nos otorgan el derecho a recopilar y conservar la información de la solicitud

Covered California: 42 U.S.C. §18031; Código gubernamental de CA §§100502(k) y 100503(a).

DHCS: Código de bienestar e instituciones de CA §§ 10850, 14005.36, 14011, y 14100.2.

Debemos proporcionarle esta Declaración de privacidad, conforme al Código Civil de CA §1798.17.

Sus derechos y responsabilidades

- Estoy de acuerdo en reportar cualquier cambio en la información de esta solicitud a Covered California o a la oficina local del condado.
- Si me encuentran elegible para **Medi-Cal**, yo debo informar al trabajador de elegibilidad de mi condado acerca de cualquier cambio que podría afectar mi elegibilidad para el seguro de salud dentro de los primeros **10** días del cambio. Estos cambios incluyen, sin limitación:
 - » Me mudé
 - » Mis ingresos cambiaron
 - » Mi hogar cambió (Por ejemplo: hubo un matrimonio, divorcio, embarazo o tuvo un hijo o hijos)
 - » Califiqué para otros seguros de salud
- Si yo estoy inscrito en **Covered California**, entiendo que debo reportar cambios dentro de los primeros **30** días del cambio. Puedo llamar a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o visitar CoveredCA.com para iniciar una sesión en mi cuenta y reportar en línea cualquier cambio.
- Yo entiendo que debo reportar cambios de ingresos a Covered California o la oficina local de mi condado (si estoy cubierto por Medi-Cal), porque los cambios podrían afectar mi elegibilidad para la cantidad de ayuda con las primas (créditos fiscales) para un plan de salud de Covered California o mi elegibilidad para los beneficios de Medi-Cal por los que yo podría calificar. También entiendo que, si recibo demasiada ayuda con las primas durante el año de beneficios, tendré que devolver al IRS todo o parte de la ayuda con las primas adicionales cuando declare mis impuestos federales de ingresos para el año de beneficios.
- Yo doy mi permiso para que Covered California y el programa Medi-Cal consulten los registros informáticos de otras agencias para verificar la información sobre ciudadanía o si resido legítimamente en EE.UU., información de impuestos y otra información relacionada sólo con la elegibilidad para ver si yo y las otras personas en esta solicitud calificamos para un seguro de salud.
- Excepto para los fines de solicitud de Medi-Cal, yo confirmo que ninguna persona que está solicitando seguro de salud en esta solicitud está confinada, después de alguna disposición de cargos (sentencia), en una cárcel, prisión o institución penal o institución correccional similar.
- Yo entiendo que debo cooperar con el estado o el condado para obtener cualquier cobertura de salud a la que yo o mi familia podamos tener derecho a través de un padre ausente. No necesito hacer esto si actualmente estoy embarazada o tengo algún motivo justificado para no cooperar. Entiendo que puedo obtener más información sobre motivos justificados en la oficina local de mi condado.

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



- Yo entiendo que según lo requiera la ley, la información que yo proporcione sobre mí mismo y otras personas en esta solicitud para Medi-Cal, se revisará de manera electrónica con datos proporcionados por empleadores, bancos, SSA, IRS, Franchise Tax Board, servicios sociales y otras agencias, para saber si yo u otras personas en esta solicitud califican para un seguro de salud.
- Yo entiendo que Covered California y Medi-Cal podrían solicitar que proporcione documentos para demostrar que califico para la cobertura.
- Yo entiendo que puedo solicitar cuidados de salud gratuitos o de bajo costo a través de Covered California o Medi-Cal en cualquier momento del año. Para inscribirme en un plan de salud a través de Covered California, yo debo solicitar durante el período de inscripción abierta. O, debo tener un evento calificado de vida para inscribirme durante un período de inscripción especial. Si soy elegible para Medi-Cal, puedo inscribirme durante todo el año.
- Yo doy mi consentimiento para que el programa de Medi-Cal/DHCS transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico, dirección postal y teléfono móvil a Department of Veterans Affairs sólo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios de veterano para los que yo podría ser elegible. Yo entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.
- Yo entiendo que el programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los bienes patrimoniales de ciertos miembros fallecidos, por beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de su cumpleaños número 55 o después. La devolución incluye los pagos por servicios prestados y las primas de pago de cuidados administrados / pagos de capitación para servicios de hogar de cuidados para personas mayores, servicios con base en el hogar y la comunidad y servicios relacionados de hospital y medicamentos con receta recibidos cuando el miembro era paciente interno en un hogar de cuidados para adultos mayores o recibía servicios con base en el hogar y la comunidad. La devolución no puede exceder el valor de los bienes patrimoniales del miembro. Para obtener más información, usted puede visitar el sitio web de Estate Recovery en dhcs.ca.gov/er o llamar al **1-916-650-0590**.
- Si yo soy elegible para County Children's Health Initiative Program (CCHIP, por sus siglas en inglés), acepto comunicarme con la línea de servicios de atención al cliente de CCHIP al **1-833-912-CHIP** (1-833-912-2447) sobre cualquier cambio que haya proporcionado en esta solicitud.
- Si me encuentran elegible para Medi-Cal Access Program (MCAP, por sus siglas en inglés) con una prima, yo estoy de acuerdo en pagar el costo requerido incluso si no puedo aprovechar completamente la cobertura o servicios ofrecidos por el programa MCAP.
- La lista completa de los derechos y responsabilidades de Medi-Cal se encuentra en el formulario MC-219, Derechos y responsabilidades.

Su derecho a una apelación:

- Si yo creo que Covered California o el programa Medi-Cal cometió un error, yo puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien de Covered California o del programa Medi-Cal que creo que la decisión está equivocada y quiero solicitar una revisión justa de la medida.
- Yo sé que puedo averiguar cómo solicitar una apelación, incluyendo una apelación acelerada, llamando al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) para los miembros en Covered California o **1-800-743-8525** (TTY: 1-800-952-8349) para el programa de Medi-Cal.
- Yo sé que debo presentar una apelación dentro de los **90 días** de la fecha del aviso de decisión.
- Yo sé que puedo representarme yo mismo o solicitar que alguien más me represente en mi apelación, como un representante autorizado, un amigo, un pariente o un abogado.

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



- Yo sé que todas las audiencias se harán por teléfono o video conferencia, a menos que yo solicite una audiencia en persona.
- Yo sé que, si necesito ayuda, alguien de Covered California, del programa Medi-Cal o de la oficina local del condado podrá explicarme mi caso.
- Yo sé que alguna persona de Covered California o de la oficina local del condado puede explicarme las circunstancias en que mi elegibilidad puede mantenerse o restablecerse mientras espero una decisión de apelación.
- Yo sé que una decisión de apelación para mí u otros miembros de mi hogar podría cambiar mi elegibilidad o la elegibilidad de otros miembros de mi hogar. El cambio en la elegibilidad podría causar una redeterminación de elegibilidad para todos los miembros del hogar.
- Yo sé que puedo obtener ayuda legal gratuita en mi oficina local de ayuda legal o de derechos de bienestar social. Para las apelaciones de Covered California, sé que puedo obtener ayuda local gratuita con mi apelación, llamando a la Alianza de consumidores de salud (HCA, por sus siglas en inglés) al **1-888-804-3536**.

Renovación del seguro:

Para facilitar mantener mi elegibilidad para el crédito tributario de prima adelantado durante el período de renovación:

- Yo acepto permitir que Covered California use fuentes informáticas, como el IRS, para confirmar los ingresos del hogar que proporcioné.
- Si las fuentes coinciden con la información que yo proporcioné, Covered California automáticamente renovará mi elegibilidad para el siguiente año de beneficios y continuará mi inscripción.
- Yo no necesito completar el proceso de renovación a menos que tenga que hacer cambios.

Si yo **no** le permito a Covered California que use fuentes informáticas para renovar automáticamente mi elegibilidad, yo entiendo que:

- Yo debo completar el proceso de renovación cada año para poder seguir recibiendo ayuda para pagar mi seguro de salud.
- Si yo no completo el proceso de renovación, Covered California continuarán mi inscripción sin ayuda financiera.

Yo acepto permitir a Covered California que revise mi información por:

☐ 5 años ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐

☐ Yo no quiero que Covered California revise mis declaraciones de impuestos para la renovación.

► **Puedo cambiar mi decisión** en cualquier momento comunicándome con Covered California.

Continúe en la "Parte 11: Declaración y firma" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



11. Declaración y firma. Esta sección es obligatoria.

Lea y firme a continuación.



**¡Recuerde
firmar su
solicitud abajo!**

- Yo certifico (o declaro) bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.
- Yo entendí todas las preguntas de esta solicitud y di respuestas verdaderas y correctas a dichas preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Donde yo no tuve conocimiento personal de alguna respuesta, hice todos los intentos razonables para verificar (o confirmar) la información con alguien con conocimiento personal de la respuesta.
- Yo sé que, si no digo la verdad en esta solicitud, puede haber una sanción civil y/o penal por perjurio. Conforme al Código penal de California, Sección 126, el perjurio tiene una pena de hasta 4 años de prisión.
 - » Yo podría recibir una multa de hasta \$25,000 si proporciono información falsa en mi solicitud, por negligencia o por intencionalmente no hacer caso de las reglas.
 - » Yo podría recibir una multa de hasta \$250,000 si miento intencionalmente en mi solicitud.
- Yo sé que toda la información de esta solicitud se usará para determinar la elegibilidad de todas las personas que soliciten un seguro de salud en esta solicitud, para administrar mi seguro de salud en curso y permitir a mi plan de salud comunicarse conmigo. Esta información se mantendrá privada, según lo requiere la ley federal y de California.
- Yo entiendo que, para ser elegible para el crédito tributario de primas por adelantado, yo (el declarante de impuestos primario o el cónyuge) debo aceptar que:
 - » Yo presentaré una declaración de impuestos de ingresos para el año de beneficios;
 - » Si yo estoy casado, presentaré una declaración de impuestos en conjunto para el año de beneficios;
 - » Yo reclamaré una deducción personal en mi declaración de impuestos para todos los miembros de mi familia incluidos en esta solicitud, incluyéndome a mí y mi cónyuge; y
 - » Ningún otro declarante de impuestos podrá reclamarme como dependiente fiscal para el año de beneficios.
- Yo entiendo que, si recibí créditos tributarios de primas adelantados para cobertura de salud a través de Covered California durante el año de beneficios anterior, debo presentar una declaración de impuestos federales de ese año de beneficios.
- Yo acepto notificar a Covered California llamando al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500) o visitando CoveredCA.com si hay un cambio en esta solicitud para cualquier persona que solicita seguro de salud.

Firma del solicitante o su representante autorizado:



Fecha



**Asegúrese de que usted completó todas las partes de su solicitud.
Vaya a la lista de cosas útiles en la página 43.**

Continúe en la “Parte 12: Persona certificada, consejero de inscripciones o agente” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



12. Persona certificada, consejero de inscripciones o agente

Sólo llene la Parte 12 si usted es la persona certificada que ayudó a llenar esta solicitud.

Complete esta sección si usted es una persona certificada por Covered California y está ayudando a una persona a llenar esta solicitud.

El estado no compensará a la entidad certificada por Covered California, a menos que el consejero certificado de inscripción complete esta sección en su totalidad y de manera correcta cuando presente esta solicitud.

¿Qué tipo de certificación tiene? Marque una casilla.

- | | |
|---|--|
| ☐ Consejero de inscripción certificado | ☐ Consejero de solicitudes certificado |
| ☐ Agente de inscripción de seguros certificado | ☐ Inscriptor certificado basado en planes |
| ☐ Consejero certificado de inscripciones del plan de cuidados administrados por Medi-Cal | Plan: _____ |

Nombre

Número

Yo certifico que ayudé al solicitante a completar esta solicitud y que este servicio fue sin costo alguno. A mi entender brindé respuestas verdaderas y correctas a todas las preguntas de esta solicitud. Expliqué al solicitante, en palabras fáciles de entender el riesgo si da información inexacta y el solicitante comprendió la explicación.

Firme y ponga la fecha abajo si usted es la persona certificada que ayudó a llenar esta solicitud:



Fecha

Continúe en “Otros programas de California que podría ayudarle a usted y su familia” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Otros programas de California que podría ayudarle a usted y su familia

Usted puede llenar esta página si desea decirnos sobre otros programas que podrían interesarle.

Para solicitar beneficios nutricionales, asistencia con dinero en efectivo u otros programas de Medi-Cal, marque las casillas de los programas que le interesen a continuación. Daremos la información que usted proporcionó en esta solicitud como una referencia para la oficina local de su condado. O para solicitar estos beneficios en línea, visite BenefitsCal.org. Para solicitar en persona, llame al **1-877-847-3663** para obtener una lista de los lugares que están cerca de donde vive o trabaja.

☐ **CalFresh**

CalFresh brinda beneficios de alimentos para ayudar a los hogares de bajos ingresos para comprar los alimentos que necesiten. Para obtener más información, visite: cdss.ca.gov/inforesources/calfresh

☐ **CalWORKs**

CalWORKs es un programa que brinda asistencia con dinero en efectivo y servicios a las familias elegibles de California. Para obtener más información, visite: cdss.ca.gov/CalWORKS

☐ **Otros programas de Medi-Cal**

Hay otros programas de Medi-Cal para personas de 65 años o mayores, personas con una discapacidad o personas con necesidades de atención médica especializada. Para obtener más información, visite: dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

Usted también puede obtener más información sobre estos programas en línea:

Programa de In-Home Supportive Services (IHSS)

Un programa que lo ayuda a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su hogar.

cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services

Women, Infants, and Children (WIC)

Un programa de nutrición para embarazadas, nuevas mamás y niños menores de 5 años.

myfamily.wic.ca.gov

Family Planning, Access, Care, Treatment (Family PACT)

Un programa que ofrece servicios gratuitos de planificación familiar a hombres y mujeres de bajos ingresos, incluyendo los adolescentes.

familypact.org

Medi-Cal for Kids & Teens

Un programa que ofrece servicios de salud preventivos y de tratamiento desde el nacimiento hasta los 21 años. Esto incluye servicios como los físicos, mentales y dentales necesarios para crecer lo más saludable posible.

www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal-For-Kids-and-Teens/Pages/Resources.aspx

Continúe en “Usted puede registrarse para votar” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Usted puede registrarse para votar

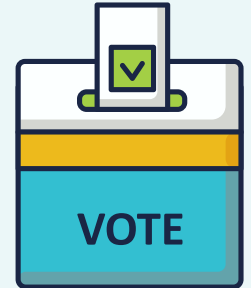
Covered California es una agencia de registro de votantes. Los ciudadanos de EE.UU. que tengan al menos 18 años en la fecha de la próxima elección pueden registrarse para votar. Los ciudadanos de EE.UU. que tengan 16 o 17 años se pueden pre-registrar. Si necesita ayuda, podemos ayudarle a completar el formulario de registro de votantes. Usted puede completarlo en privado.

Usted puede utilizar este formulario para registrarse para votar.

Si usted no está registrado para votar donde usted vive ahora, ¿a usted o a alguien que viva en su hogar les gustaría solicitar el registro para votar en este momento?

Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia.

- ☐ **Sí**, envíeme un formulario de registro de votantes
- ☐ **Sí**, me registre en línea para votar en registertovote.ca.gov
- ☐ **No**



Si desea obtener ayuda para completar el formulario de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de registro de votantes en privado.

Si usted **no** marca una casilla, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento. Usted puede tomar el formulario de registro de votantes anexo para registrarse a su conveniencia.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o al solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propia preferencia de partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante California's Secretary of State.

Para presentar una queja:

Llame al **1-800-345-VOTE (8683)**

O escriba a: Secretary of State, 1500 11th Street, Sacramento, CA 95814

Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, vaya al sitio web del Secretary of State's en sos.ca.gov.

Continúe en el "Anexo A: Inscripción especial" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Anexos

Por favor revise las instrucciones de los anexos siguientes para saber si son aplicables para usted o su familia. Si así es, complételos.



Anexo A

Inscripción especial

Si califica para Covered California, usted puede inscribirse durante la inscripción abierta o un período de inscripción especial. Si está solicitando Medi-Cal, usted no tiene que completar la sección de Inscripción especial. Usted califica para la inscripción especial a través de Covered California si uno de los siguientes eventos le ha sucedido a alguien en su hogar en los últimos 60 días. Los miembros de las tribus de americanas reconocidas a nivel federal o los accionistas de Nativos de Alaska pueden solicitar en cualquier momento del año.

Para obtener más información sobre otras “circunstancias excepcionales” que podrían ser evento calificado de vida, vaya a CoveredCA.com.

Llene el Anexo A si alguna persona de su hogar tuvo algún evento calificado de vida. Usted no necesita un evento calificado de vida para Medi-Cal.

Eventos calificados de vida recientes

- | | |
|---|---|
| 1. Perdí o perderé pronto mi seguro de salud | 10. Cambios en la elegibilidad para los programas de ayuda financiera |
| 2. Me mudé permanentemente a California o dentro del estado | 11. Soy víctima de abuso doméstico o abandono conyugal o dependiente de una víctima |
| 3. Tuve un bebé o adopté un niño | 12. Obtuve o me convertí en dependiente a través de una orden de manutención infantil u otra orden judicial |
| 4. Me casé o tengo una pareja de hecho registrada (entré en una asociación doméstica) | 13. Otro evento calificado de vida |
| 5. Volví del servicio militar activo | 14. Circunstancias excepcionales (Por ejemplo: desastres naturales) |
| 6. Fui liberado de la cárcel o prisión | 15. Ninguna de las anteriores (Continúe la revisión de mi solicitud para Medi-Cal o MCAP.) |
| 7. Obtuve ciudadanía o residencia legal | |
| 8. Indígena americano o Nativo de Alaska con reconocimiento federal | |
| 9. Perdí un dependiente (Por ejemplo: divorcio o fallecimiento) | |

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
▼ _____	▼ _____	▼ _____	▼ _____
Díganos cuál persona de su hogar ha tenido un evento calificado de vida.			
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo
¿Cuál fue el evento de vida de esta persona? Escriba el número de la lista de arriba. (Por ejemplo: escriba “4” si es que se casó)			
► ¿Cuál es la fecha de este evento?			
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año
► Si usted escribió #13 “Otro evento calificado de vida” para cualquier miembro del hogar, describa brevemente el cambio aquí:			

Continúe en el “Anexo B: Díganos sobre el seguro de salud de su familia” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Anexo B

Díganos sobre el seguro de salud de su familia

Llene el Anexo B si alguna persona en esta solicitud tiene otro seguro de salud o le han ofrecido otro seguro de salud.

Responda a cada pregunta para cada persona. Lea hacia abajo la columna ▼ para decirnos sobre las Personas 1, 2, 3 y 4. Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas.

Usamos esta información para saber si usted califica para la ayuda financiera, como el crédito tributario de prima adelantado. La información errónea o faltante podría cambiar los impuestos que usted debe al final del año.

Necesitamos saber si alguna de las personas que solicita el seguro de salud ahora tiene cobertura esencial mínima. Usted no tiene que decirnos sobre las coberturas que no sean consideradas como cobertura esencial mínima.

Para darnos información sobre más de 4 personas, haga una copia de las páginas 30-31 antes de llenarlas. Envíe todas las páginas que agregó con su solicitud.

La cobertura esencial mínima incluye la mayoría de los seguros del gobierno y los seguros con base en el trabajo y privados. Esto incluye:

1. Cobertura de salud a través de su trabajo o del trabajo de algún miembro de su familia

2. COBRA

3. Cobertura de jubilado

4. Medicare Parte A o C (Medicare Advantage Plan)

5. Cobertura de Medi-Cal completo

6. Cobertura proporcionada a los voluntarios del Peace Corps

7. La mayoría de los programas TRICARE

8. Cobertura completa para Veteranos

9. Planes de salud para estudiantes

10. Department of Defense Non-appropriated Fund Health Benefits Program

Esto **no** incluye Indian Health Service, un programa de salud tribal, un programa de salud urbano indígena, planes de ahorros flexibles, cuentas de ahorros para la salud, algunos planes de seguro complementario, planes de descuento o seguros disponibles en otro país.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
▼	▼	▼	▼
¿Esta persona tiene (o le han ofrecido) un seguro de salud?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, escriba el nombre o el número correspondiente de la lista de arriba. (Por ejemplo: si usted tiene seguro COBRA, usted podría escribir “2” o “COBRA”)			

Continúe en la siguiente página ►►►



**Continúe respondiendo a las preguntas del Anexo B sobre el seguro de salud de su familia.
Mantenga a cada persona en la misma columna.**

¿Algún empleador le ha ofrecido un seguro de salud a alguna de las personas en esta solicitud?

☐ Sí ☐ No **Si es así**, responda al resto de las preguntas de esta página.
Si es que no, vaya al Anexo C de la página 32.

Díganos sobre el seguro de salud que le ofrecen a través de un trabajo.

Éste podría ser del trabajo de otra persona, como el de un padre o del cónyuge. Este puede incluir planes de COBRA, TRICARE, de empleador federal o estatal, empleador privado o planes de Peace Corps. Responda a estas preguntas para las personas que necesiten ayuda para pagar el seguro de salud.

Persona 1 ▼	Persona 2 ▼	Persona 3 ▼	Persona 4 ▼
¿Un empleador le ha ofrecido un seguro de salud a esta persona?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así , ¿cuál es el nombre del empleador? Esto es opcional.			
Nombre del empleador	Nombre del empleador	Nombre del empleador	Nombre del empleador
¿Cuál es el estatus de inscripción de esta persona? Por favor marque una.			
☐ Está inscrito ahora ☐ Tiene planeado inscribirse ☐ No está inscrito	☐ Está inscrito ahora ☐ Tiene planeado inscribirse ☐ No está inscrito	☐ Está inscrito ahora ☐ Tiene planeado inscribirse ☐ No está inscrito	☐ Está inscrito ahora ☐ Tiene planeado inscribirse ☐ No está inscrito
► Si esta persona tiene planeado inscribirse , ¿cuál es la fecha de inicio?			
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año
¿Cuánto es el costo de la prima mensual del plan de menor costo ofrecido?			
Sólo incluya el costo mensual de la persona empleada.			
\$	\$	\$	\$
¿Este seguro de salud califica como asequible (a su alcance)?			
Para obtener más información sobre qué califica como "asequible," vaya a FAQ #3 de la página 39.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Este plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo?			
El estándar de valor mínimo significa que un plan paga al menos 60% del costo total de los beneficios del plan proporcionados al empleado (por lo menos nivel de beneficios Bronze). Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de rentas internas de 1986.			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Continúe en el "Anexo C: Elija un plan de salud y un plan dental" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com). **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Anexo C

Elija un plan de salud y un plan dental

Llene el Anexo C si alguna persona de esta solicitud quiere elegir un plan de salud o un plan dental.

Si usted es elegible a través de Covered California, usted puede usar este formulario para elegir planes de seguro de salud.

Si usted no sabe si los miembros de su hogar califican para un plan de Covered California o Medi-Cal, usted puede esperar para decirnos cuál plan quiere. Después de recibir su solicitud, le enviaremos un aviso sobre su elegibilidad. En ese momento usted tendrá la oportunidad de elegir un plan de salud.

Para obtener más información sobre los planes de seguro de salud disponibles, visite CoveredCA.com para buscar y comparar. O llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Para darnos información sobre más de 4 personas o si quiere inscribir miembros de su familia en diferentes planes, haga una copia de las páginas 32-33 antes de llenarlas. Envíe todas las páginas que agregó a su solicitud.

Paso 1: Elija su plan de salud de Covered California

Nombre del plan de salud

Elija el nivel de metal (nivel de cobertura)

- ☐ **Platinum:** Los planes Platinum tienen los costos de primas mensuales más altos, pero pagan aproximadamente el 90% de sus gastos de cuidados de salud.
- ☐ **Gold:** Los planes Gold pagan aproximadamente el 80% de sus gastos de cuidados de salud.
- ☐ **Silver:** Los planes Silver pagan aproximadamente el 70% de sus gastos de cuidados de salud.
- ☐ **Bronze:** Los planes Bronze tienen los costos de primas más bajos, pero pagan aproximadamente el 60% de los gastos de los cuidados de salud cubiertos.

Elija el tipo de plan

- ☐ **EPO:** Una Organización de proveedores exclusivos cubre solamente ciertos cuidados dentro de la red (a excepción de emergencias), pero usted no necesita una referencia para ver un especialista.
- ☐ **HMO:** Una Organización de mantenimiento de la salud solamente cubre ciertos cuidados dentro de la red (a excepción de emergencias) y usted necesita una referencia para ver un especialista.
- ☐ **HDHP:** Un Plan de salud de deducible alto permite que los miembros abran y contribuyan a una cuenta de ahorros de salud.
- ☐ **PPO:** Una Organización de proveedores preferidos cubre cuidados de proveedores dentro o fuera de la red sin referencia (el costo varía entre dentro de la red y fuera de la red).

¿Quién debe inscribirse en este plan?

▼ Persona 1 Contacto primario	▼ Persona 2	▼ Persona 3	▼ Persona 4
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo	Apellido, Sufijo

Continúe en la siguiente página ►►►



Continúe respondiendo a las preguntas del Anexo C si usted selecciona un plan de salud o dental.
Paso 2: Lea y firme el Acuerdo de arbitraje obligatorio

- Yo entiendo que cada plan de salud participante tiene sus propias reglas para resolver disputas o reclamos. Esto incluye, pero sin limitación, cualquier reclamo presentado por mí, mis dependientes inscritos, herederos o representantes autorizados, contra un plan de salud, cualquier proveedor de cuidados de salud contratado, administradores u otras partes asociadas, sobre la participación en el plan de salud, la cobertura o prestación de bienes o servicios; negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos no eran necesarios o no estaban autorizados o que fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente) o por responsabilidad de la institución.
- Yo entiendo que, si elijo 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 del tribunal de pequeños reclamos y reclamos que no podrían sujetarse al arbitraje obligatorio bajo la ley aplicable). Renuncio a mi derecho a un juicio por jurado. No puedo hacer que la disputa sea decidida por un tribunal excepto como lo prescriban las leyes para el examen judicial de los procedimientos de arbitraje. Entiendo que la estipulación completa de arbitraje para cada plan de salud participante, si la tienen, es el documento de la cobertura del plan de salud, disponible en línea en CoveredCA.com para mi revisión. O, puedo llamar a Covered California para obtener más información al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Firma de todas las personas de 18 años o más que se inscriban en un plan de salud

Persona 1: Escriba su nombre en letras de molde	Persona 1: Firma ▶	Fecha
Persona 2: Escriba su nombre en letras de molde	Persona 2: Firma ▶	Fecha
Persona 3: Escriba su nombre en letras de molde	Persona 3: Firma ▶	Fecha
Persona 4: Escriba su nombre en letras de molde	Persona 4: Firma ▶	Fecha

Paso 3: Elija su plan dental familiar opcional

Complete esta parte si quiere un plan dental familiar independiente para algunos o todos los adultos de su hogar. Los menores de 19 años ya reciben cobertura dental a través de su plan de salud. No necesitan un plan dental por separado.

Para calificar para inscribirse en un plan dental, usted debe también inscribirse en un plan de salud a través de Covered California. La ayuda financiera no está disponible para los planes dentales independientes. Para obtener más información sobre los planes dentales familiares opcionales, visite CoveredCA.com. O llame al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

Elija el plan dental	Elija el tipo de plan
Nombre del plan dental	☐ DHMO: Organización de mantenimiento de la salud dental ☐ DPPO: Organización de proveedores dentales preferidos
¿Quién debe estar inscrito en este plan?	
Nombre y apellido:	Nombre y apellido:
Nombre y apellido:	Nombre y apellido:

Continúe en el "Anexo D: Para los indígenas americanos y Nativos de Alaska" ▶▶▶



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Anexo D

Para indígenas americanos y Nativos de Alaska

Llene el Anexo D si alguna persona en esta solicitud es indígena americano o Nativo de Alaska.

Responda a todas las preguntas de cada persona. Lea hacia abajo la columna ▼ para decirnos sobre las Personas 1, 2, 3 y 4. Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas.

Es posible que los indígenas americanos y Nativos de Alaska con reconocimiento a nivel federal no tengan que pagar costos de bolsillo, como copagos. Ellos podrían tener períodos de inscripción especiales. Indígenas americanos y Nativos de Alaska también pueden obtener servicios de Indian Health Service, programas de salud tribal, o programas urbanos de salud indígena.

Usted puede enviar un documento de una tribu indígena con reconocimiento federal, que demuestre que usted es miembro de la tribu o está afiliado con la tribu. Los documentos pueden incluir una tarjeta de inscripción a la tribu o un Certificado de grado de sangre indígena (Certificate of Degree of Indian Blood) de la Oficina de asuntos indígenas (Bureau of Indian Affairs). **Si usted cree que califica para Medi-Cal, no tiene que enviar pruebas.**

Para decirnos sobre más de 4 personas, copie las páginas 34-35 antes de llenarlas. Envíe todas las páginas que agregó a su solicitud.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
▼	▼	▼	▼
¿Esta persona es miembro de una tribu indígena americana o Nativa de Alaska (nativa americana) con reconocimiento a nivel federal?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, ¿cuál es el nombre de la tribu?			
Nombre de la tribu	Nombre de la tribu	Nombre de la tribu	Nombre de la tribu
► ¿En cuál estado está reconocida la tribu?			
Estado	Estado	Estado	Estado
¿Alguna vez esta persona obtuvo un servicio de Indian Health Services, un programa de salud tribal, un programa urbano de salud indígena o a través de una referencia de uno de estos programas?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es que no, ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service, un programa de salud tribal, un programa urbano de salud indígena, o a través de una referencia de alguno de estos programas?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Continúe en la siguiente página ►►►



Continúe respondiendo a las preguntas sobre indígenas americanos y Nativos de Alaska.

Mantenga a cada persona en la misma columna en todas las páginas. Escriba sus nombres en la casilla amarilla para no perderse.

Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
▼	▼	▼	▼
Fuentes de ingresos: • Pagos a la tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos de arrendamientos o regalías, por el uso de tierras indígenas en fideicomiso para recursos naturales, agricultura, ganadería o pesca • Dinero de la venta de objetos que tienen valor cultural			
Si esta persona es indígena americano o Nativo de Alaska ¿recibe un ingreso de la fuente anotada arriba?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, responda las demás preguntas de esta página.			
¿Cuál es el monto de los ingresos?			
\$	\$	\$	\$
► ¿Con qué frecuencia esta persona recibe estos ingresos?			
☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ Dos veces al mes ☐ Anualmente ☐ Un solo pago	☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ Dos veces al mes ☐ Anualmente ☐ Un solo pago	☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ Dos veces al mes ☐ Anualmente ☐ Un solo pago	☐ Por día: ¿Cuántos días por semana? _____ ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ Dos veces al mes ☐ Anualmente ☐ Un solo pago
¿Usted recibió este ingreso antes del 1 de enero de este año?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es que no, ¿cuándo recibió usted estos ingresos por primera vez?			
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año
¿Sigue recibiendo este ingreso?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es que no, ¿cuándo fue la última vez que usted recibió este ingreso?			
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año
► Si sigue recibiendo este ingreso, ¿usted espera que termine en los próximos 4 meses?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
► Si es así, ¿cuándo piensa usted que terminarán estos ingresos?			
Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año	Mes / día / año

Continúe en el "Anexo E: Información de contacto del empleador" ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Anexo E

Información de contacto del empleador

Responda a todas las preguntas de cada empleador. Lea hacia abajo la columna ▼ para decirnos sobre los Empleadores 1 y 2. Mantenga a cada empleador en la misma columna.

Para decirnos sobre más de 2 empleadores, haga una copia de esta página antes de llenarla. Envíe todas las páginas con su solicitud. Si no está seguro de llenar esta página o no, llame a Covered California al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500).

Llene el Anexo E si alguna persona de su hogar tiene un trabajo. Si le parece que califica para Medi-Cal, usted no tiene que llenar esta página.

▼ Empleador 1			▼ Empleador 2		
Información del empleado					
Nombre		Segundo nombre	Apellido, Sufijo		
Número de Seguro Social (SSN) (opcional)			Número de Seguro Social (SSN) (opcional)		
Información del empleador					
Nombre del empleador			Nombre del empleador		
Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) (opcional)			Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) (opcional)		
Dirección del empleador			Dirección del empleador		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
► ¿Este empleador tiene una dirección postal en el extranjero?					
☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No		
► Si es así, llene la información de abajo.					
Nombre del país			Nombre del país		
Nombre de la provincia extranjera			Nombre de la provincia extranjera		
Código postal extranjero			Código postal extranjero		

Continúe a “Referencias” ►►►



Referencias

Use estas listas para responder a las preguntas de la solicitud.



Trabajo por cuenta propia

Usted puede restar lo siguiente de sus ingresos brutos para encontrar sus ingresos netos del trabajo por cuenta propia:

- Gastos de auto y camión (para viajar durante el día de trabajo, no para ir del hogar al trabajo)
- Depreciación
- Salarios y beneficios adicionales de los empleados
- Seguro de bienes, responsabilidad civil o contra interrupción comercial
- Intereses (Por ejemplo: intereses de hipotecas pagados a los bancos)
- Servicios legales y profesionales
- Ingresos de la venta de bienes o una inversión (vea el formulario 4797 del IRS)
- Renta o arrendamiento de bienes comerciales y servicios públicos
- Comisiones, impuestos, licencias y cuotas
- Publicidad
- Mano de obra por contrato
- Reparaciones y mantenimiento
- Ciertos gastos de viajes de negocios y alimentos

Para obtener más información, vea las instrucciones para el Anexo C en [irs.gov](https://www.irs.gov).

Deducciones

Usted sólo puede incluir las deducciones que se mencionan arriba de la línea de Ingreso bruto ajustado (AGI, por sus siglas en inglés) en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos. Los ejemplos incluyen:

- Ciertos gastos del trabajo por cuenta propia, como primas de seguro de salud de trabajo por cuenta propia
- Intereses por préstamos estudiantiles
- Gastos educativos
- Contribución a una IRA
- Multa por retirar ahorros antes de tiempo
- Deducción de la cuenta de ahorro para la salud
- Ciertos gastos comerciales de reservistas, artistas escénicos y honorarios a funcionarios del gobierno
- Gastos de ingresos de un pasatiempo

Para obtener información sobre deducciones, visite [irs.gov](https://www.irs.gov).

Un solo pago

Los ingresos de un solo pago sólo se permiten para:

- Ganancias en apuestas, ganancias en las loterías o premios
- Cancelación de deuda
- Becas educativas
- Premios, becas o subvenciones
- Salario o sueldos del empleador de una persona fallecida cuando lo recibe el cónyuge sobreviviente
- Beneficios retroactivos del Seguro Social y de jubilación ferroviaria
- Regalos
- Beneficios retroactivos del seguro de desempleo

Ejemplos de otros ingresos

Los ejemplos incluyen:

- Ingresos por desempleo del gobierno federal o del estado
- Jubilación del Seguro Social y beneficios para sobrevivientes y discapacidad
- Beneficios de jubilación ferroviaria
- Seguro del estado por discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) que usted obtiene en lugar de beneficios por desempleo
- Ingresos que usted obtiene de planes de jubilación, incluyendo 401k, 457, 509, cuentas de ahorros gravables para la jubilación IRA y Keogh (Nota: No ingrese dinero en cuentas de ahorros para la jubilación que no esté usando en este momento.)
- Ingresos de pensión
- Rentas o ingresos por regalías
- Pagos por orden judicial después de una separación o divorcio
- Ingresos por inversiones (como ciertos tipos de dividendos)
- Ingresos regulares por ser propietario de acciones, (lea el formulario 1099-DIV del IRS)
- Ingresos gravables, créditos o compensaciones de impuestos locales y del estado (lea el formulario 1099-G del IRS)
- Ganancias o pérdidas de capital
- Ingresos ganados en el extranjero
- Ingresos de agricultura o pesca
- Deudas canceladas, compensación ordenada por la corte o pago por servicio de jurado

Para obtener más información, vea las instrucciones del Anexo D, Anexo E y el Anexo F en [irs.gov](https://www.irs.gov).

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Estatus migratorio

Aunque su situación migratoria no esté anotada abajo, usted aún podría calificar para un seguro de salud y aun así debería solicitar. Usamos esta información sólo para ver si usted califica para un seguro de salud.

- Residente permanente legal (LPR, por sus siglas en inglés / Titular de tarjeta verde)
- Un no ciudadano con una petición de visa aprobada, que tiene una solicitud pendiente de ajuste de estatus de LPR
- Un no ciudadano, sin petición de visa, que tiene una solicitud pendiente de ajuste de estatus de LPR, con autorización de empleo
- Un no ciudadano que tiene una solicitud pendiente de ajuste en el estatus de LPR, sin autorización de empleo
- Refugiado
- Asilado
- Entrante cubano / haitiano
- Inmigrante amerasiático
- Se le otorgó la retención de la deportación o del retiro
- Se le otorgó una detención de la deportación
- Se le otorgó la suspensión de deportación concedida que USCIS no contempla ejecutar
- Ingreso condicional otorgado antes de 1980
- Entrante bajo palabra en los Estados Unidos por 1 año o más
- Entrante bajo palabra en los Estados Unidos por menos de 1 año
- Un no ciudadano que fue maltratado, o padre o hijo de un no ciudadano que fue maltratado
- Se le otorgó una acción diferida, pero no conforme a Acción diferida para los llegados en la infancia (DACA, por sus siglas en inglés)
- Se le otorgó una acción diferida para los llegados en la infancia (DACA, por sus siglas en inglés)
- Se le otorgó una orden de supervisión, con autorización de empleo
- Se le otorgó una orden de supervisión, sin autorización de empleo
- Un inmigrante que ingresó y ha residido continuamente en los Estados Unidos desde antes del 1 de enero de 1972, que sería elegible para un ajuste de estado a residente permanente legal (elegible como inmigrante de registro)
- Solicitante de registro con autorización de empleo
- Solicitud pendiente para creación de registro de admisión legal para residencia permanente, con autorización de empleo
- Se le otorgó salida voluntaria y a la espera de la emisión de una visa
- Un no ciudadano en cuyo nombre se ha aprobado una petición de familiar inmediato (I-130) y que tiene derecho a una salida voluntaria
- Se le otorgó la retención de deportación conforme a la Convención contra la tortura (CAT, por sus siglas en inglés)
- Se le otorgó visa para víctimas de trata de personas (visa T) o cónyuge, hijo, hermano, o padre
- Solicitud pendiente de una visa T, o cónyuge, hijo, hermano o padre
- Siguiendo los pasos para solicitar una visa T o para la certificación de la Oficina de reasentamiento de refugiados
- Se le otorgó una visa U
- Solicitó una visa U
- Se le otorgó una visa de estudiante (como las visa F o M)
- Se le otorgó una visa de trabajo (como las H-1, J-1, O, R o P)
- Se le otorgó una visa de visitante (como la visa B)
- Residente temporal legal (trabajadores agrícolas especiales o ciertos inmigrantes admitidos en los EE.UU. antes de 1982)
- Se le otorgó el estatus de protegido temporal (TPS, por sus siglas en inglés) o solicitantes de TPS pendientes (los solicitantes pendientes deben tener Autorización de empleo)
- Beneficiario de unidad familiar
- Se le otorgó la salida obligatoria diferida
- Residente de Samoa Americana
- Ciudadano de Micronesia, las Islas Marshall o Palau
- Orden administrativa que suspende la expulsión emitida por el Departamento de seguridad nacional
- Solicitud pendiente para la legalización conforme la Ley de reforma y control de Inmigración (IRCA, por sus siglas en inglés), con autorización de empleo
- Solicitud pendiente de asilo, con autorización de empleo, o es alguien menor de 14 años y tiene una solicitud pendiente de asilo durante al menos para 180 días
- Solicitud pendiente de retención de deportación, con autorización de empleo, o es alguien menor de 14 años y que ha tenido una solicitud pendiente de retención de deportación durante al menos para 180 días
- Solicitud pendiente de legalización bajo LIFE Act, con autorización de empleo
- Solicitud pendiente de suspensión de deportación, cancelación de la deportación o regla especial de cancelación de la deportación, con autorización de empleo
- Solicitud pendiente para el estatus especial de inmigrante juvenil

Continúe a “Preguntas frecuentes (FAQ)” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite [CoveredCA.com](https://www.CoveredCA.com). **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Preguntas frecuentes (FAQ)



1. ¿Qué tipo de planes de seguro de salud puede usted comprar a través de Covered California?

Covered California ofrece 4 niveles de planes (niveles de la cobertura) de seguro de salud privados:

Los planes **Platinum** tienen los costos de primas mensuales más altos, pero pagan aproximadamente el 90% de sus gastos de cuidados de salud.

Los planes **Gold** pagan aproximadamente el 80% de sus gastos de cuidados de salud.

Los planes **Silver** pagan aproximadamente el 70% de sus gastos de cuidados de salud.

Los planes **Bronze** tienen los costos de primas mensuales más bajos, pero pagan aproximadamente el 60% de los gastos de los cuidados de salud cubiertos.

Visite CoveredCA.com para obtener más información y comparar planes y tarifas. O llame al **1-800-300-0213**, (TTY: 1-888-889-4500).

Si usted califica para Medi-Cal, la cobertura y los costos son diferentes. Podrían ser gratuitos para usted. Para obtener más información sobre los planes de Medi-Cal, llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077). O, visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov.

2. ¿Cuánto cuesta un plan de Covered California?

El costo depende de los programas de seguro de salud y de la ayuda financiera para la que usted sea elegible, así como del plan que elija. El monto de la ayuda financiera se calcula de acuerdo con el tamaño del hogar, ingresos y código postal. Usted puede usar la herramienta para **comprar y buscar** en CoveredCA.com para estimar el costo y ver si

puede calificar para la ayuda para pagar un seguro. Después de presentar su solicitud, usted recibirá una carta que le indicará si usted califica para la ayuda financiera y que monto. O, usted recibirá una carta que le indicará si usted califica para un seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medi-Cal.

3. ¿Qué es una oferta de seguro de salud “asequible (a su alcance)”?

Un plan de salud con base en el trabajo es considerado “asequible” si la parte que paga el empleado por su propia cobertura es menos del 9.02%* de los ingresos de toda la familia. Si los empleados pagan más del 9.02%*, podrían calificar para la ayuda financiera a través de Covered California. Si el costo de la cobertura solo para el empleado de 9.02%* o menos, pero el costo para cubrir a otros miembros de la familia es de más de 9.02%*, esos miembros de la familia podrían calificar para la ayuda financiera. Usted no puede obtener ayuda financiera con un plan de salud de Covered California si usted tiene, o espera tener cobertura del empleador que se considere “asequible.”

*El porcentaje exacto que se considera como “asequible” cambia un poco todos los años. Para obtener el porcentaje más reciente, vaya a CoveredCA.com/employer-coverage-financial-help. O, llame a Covered California con sus preguntas al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

4. ¿Qué ocurrirá después de que yo solicite?

Dependiendo del tamaño de su hogar e ingresos, se puede procesar su solicitud para Covered California o para Medi-Cal. De cualquier manera, nos comunicaremos con usted para indicarle para cuál programa usted y los miembros de su familia

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



califican y cuándo comenzará su seguro.

Para Covered California, usted recibirá información dentro de 10 días. Para Medi-Cal debemos tomar una decisión dentro de los 45 días, pero usted podría recibir información más pronto. Si quiere revisar el estado de una solicitud, por favor llámenos al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500).

5. ¿Cómo puedo comunicarme con la oficina local de mi condado?

Para obtener el número de teléfono de la oficina local de su condado, vaya a dhcs.ca.gov/mymedi-cal.

6. ¿Y si ya tengo un seguro de salud?

Si usted ya tiene un seguro de salud, usted todavía puede solicitar para averiguar si usted o los miembros de su familia califican para un seguro de salud gratuito o de bajo costo.

7. ¿Debo reportar mi ingreso mensual o anual?

Comience por reportar su ingreso mensual actual. Si su ingreso mensual actual se mantiene más o menos estable cada mes, usted no tiene que proporcionar su ingreso anual que está estimando. Su ingreso mensual actual se usa para determinar el ingreso anual estimado del hogar y para decidir para qué programas usted podría calificar. Es importante que usted reporte su ingreso mensual actual correctamente. Si su ingreso mensual actual sube y baja, también es importante que usted nos dé su mejor estimado de su ingreso anual. Usted deberá calcular su estimado anual de acuerdo con experiencias anteriores, tendencias recientes, lo que usted sabe sobre cambios posibles en su sitio de trabajo e información similar.

Si el ingreso que reportó no coincide con nuestros registros, usted puede explicarnos por qué existe esa diferencia. Esto se llama **explicación razonable**. Después de que usted nos dé una explicación, usted podría calificar para programas sin tener que enviar pruebas de ingresos.

8. Si yo califico para un plan de salud de Covered California ¿cómo puedo asegurarme de recibir la cantidad correcta de ayuda financiera?

Si usted califica para un plan de salud de Covered California, la ayuda financiera será calculada de acuerdo con su ingreso anual del hogar estimado para el año en el que usted quiera cobertura. El ingreso que se cuenta es el de usted, su cónyuge y todas las personas que usted declaró como dependientes fiscales en su declaración de impuestos federales (si se espera que los dependientes tengan que declarar impuestos). Incluya sus ingresos, incluso si no necesitan cobertura de salud.

Es muy importante reportar cualquier cambio en los ingresos tan pronto como sea posible, porque usted podría perderse de ahorros o podría terminar pagando dinero cuando presente su declaración de impuestos federales para el año.

9. ¿Todas las personas en la solicitud tienen que ser ciudadanos de EE.UU. o tener nacionalidad de EE.UU.?

No. Usted podría calificar para un seguro de salud incluso si no es ciudadano de EE.UU. o si no tiene nacionalidad de EE.UU.

10. ¿Qué significa ser ciudadano naturalizado o derivado?

La **naturalización** es el proceso por el que se otorga la ciudadanía de EE.UU. a un ciudadano o nacional extranjero, después de cumplir con los requisitos establecidos por el congreso en la Ley de inmigración y nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés).

Un **ciudadano derivado** es una persona nacida en el extranjero hijo de padres ciudadanos de EE.UU. o quien obtiene su ciudadanía con la naturalización de sus padres, o quien es reconocido automáticamente a través de otros medios, los cuales pueden ser documentados con un Certificado de ciudadanía.

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



11. ¿Debo proporcionar mi número de Seguro Social?

Si tiene un número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) usted debe proporcionarlo cuando solicite cobertura de salud para sí mismo. Usamos los SSN para verificar ingresos y otra información, para ver si usted es elegible para obtener ayuda para pagar la cobertura de salud de su familia. Si proporciona su SSN nos ayudará a procesar su solicitud más rápido.

Si **no** está solicitando cobertura para usted mismo, usted no tiene que dar su SSN. Los miembros de su familia aún pueden solicitar, incluso si usted no nos da su SSN. Usted podría ser elegible para alguna cobertura incluso si no tiene un SSN. Si usted es el declarante de impuestos primario solicitando ayuda financiera para los miembros de su hogar fiscal, no podremos determinar su elegibilidad para ayuda financiera a través de Covered California sin su SSN. Si usted o alguna persona de su hogar quiere ayuda para obtener un SSN, usted puede preguntar en la oficina local de su condado o visitar el sitio web de la Administración del Seguro Social en ssa.gov.

12. ¿Y si no declaré impuestos el año anterior?

Si usted no declaró impuestos el año anterior, aun así, puede solicitar seguro de salud y ayuda financiera. Usaremos su ingreso para encontrar el seguro de salud que sea más asequible (a su alcance) para usted y su familia.

Si usted califica para un Plan de Medi-Cal:

Usted no tiene que declarar impuestos para calificar para Medi-Cal.

Para calificar para ayuda financiera para reducir el costo de su plan de Covered California:

- Usted debe declarar impuestos para el año en el que usted reciba un seguro de salud con ayuda financiera (crédito tributario de prima adelantado); y
- Para el año en que usted reciba el seguro de salud, los solicitantes casados y sus cónyuges deben declarar los impuestos como casados

declarando en conjunto. Hable con su preparador de impuestos sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, hable con su preparador de impuestos. O, vaya a el sitio web del IRS en la Ley de cuidados de asequible en irs.gov/aca.

13. ¿Cómo puedo agregar a un hijo a mi seguro de salud?

Usted debe reportar un cambio iniciando una sesión en su cuenta de CoveredCA.com o llamando a Covered California si usted tuvo un bebé, adoptó un niño o agregó un niño a su hogar.

14. Tengo Medi-Cal y acabo de tener un bebé. ¿Qué debo hacer?

Si usted tiene Medi-Cal durante su embarazo y sólo solicita para su bebé, usted no tiene que completar toda esta solicitud. En cambio, usted puede:

- Comuníquese con la oficina local de su condado para asegurarse de que su bebé esté cubierto desde su nacimiento, o
- Imprima y complete un formulario de referencia del recién nacido visitando dhcs.ca.gov y escribiendo "MC 330" en la barra de búsqueda.

Si usted no tiene Medi-Cal al momento del parto, complete esta solicitud para su bebé.

15. Yo estaba en cuidado de crianza temporal el día que cumplí 18 años o después. ¿Califico para Medi-Cal?

Si usted estuvo en cuidado de crianza temporal el día que cumplió 18 años o después, usted podría calificar para Medi-Cal gratuito hasta los 26 años. Sus ingresos no cuentan. Usted no necesita completar esta solicitud si solamente está solicitando para usted mismo. Usted puede seguir con esta solicitud o solicitar en CoveredCA.com. O usted puede solicitar a través del condado por teléfono o usando un formulario sencillo de una página para jóvenes que estuvieron en cuidado de crianza temporal, llamado MC 250A. Si estuvo en cuidado de crianza temporal, comuníquese con la oficina local de su condado para obtener un seguro de inmediato.

Continúe en la siguiente página ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



16. ¿Qué quiere decir con discapacidad?

Usted podría calificar para Medi-Cal si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- Usted es sordo o tiene dificultades graves para oír.
- Usted tiene dificultades graves para ver, incluso usando anteojos.
- Debido a una condición física, mental o emocional, usted tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Usted tiene dificultades graves para caminar o subir escaleras.
- Usted tiene dificultades para vestirse, bañarse o hacer actividades diarias similares.
- Debido a una condición física, mental o emocional, usted tiene dificultades para hacer cosas solo, como visitar el consultorio de médico o ir de compras.

No es necesario que usted tenga que recibir servicios de asistencia especial en su hogar o vivir en algún tipo de hogar de cuidados para adultos mayores o institución de vida con asistencia. Para calificar para Medi-Cal con base en discapacidad, es posible que usted tenga que proporcionar información adicional sobre sus ingresos.

17. ¿Yo podría obtener seguro de salud si tengo alguna condición o discapacidad preexistente, o si estoy embarazada?

Sí, usted puede obtener seguro de salud, independientemente de cualquier condición actual o anterior, incluyendo discapacidad o embarazo. La mayoría de los planes de seguro de salud no se pueden negar a brindarle cobertura o cobrarle más solo porque usted tenga alguna condición o discapacidad preexistente.

18. ¿Qué es Medicare?

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más. Las personas más jóvenes con discapacidades también podrían ser elegibles. Las personas de cualquier edad con enfermedad del riñón en etapa terminal (insuficiencia renal que requiera de diálisis o un trasplante) o Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) también pueden calificar.

19. Yo soy elegible para Medicare Parte A gratuito, pero no quiero inscribirme en Medicare Parte B o C. ¿Me puedo inscribir en un plan a través de Covered California y aun así calificar para la ayuda financiera?

Si usted es elegible para Medicare Parte A gratuito usted no podrá obtener ayuda financiera para pagar un plan de salud privado a través de Covered California, incluso si no se inscribe en Medicare Parte B o C. Si no está seguro de ser elegible para Medicare Parte A gratuito, por favor llame a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY: 1-800-325-0778). Recuerde preguntar si Parte A será gratuita.

Nota: Si usted tiene que pagar una prima por la cobertura de Medicare Parte A y no se ha inscrito en Parte A, usted podría conservar la cobertura y la ayuda financiera de Covered California. Esto no es común. Una persona podría ser elegible tanto para Medicare como para Medi-Cal.



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



No se olvide de:

- ☐ **¿Decirnos** sobre todas las personas de su familia y su hogar, incluso si no necesitan seguro? Vea la página 4 para ver la lista de a quién incluir. Incluya copias de las páginas 5-14 si necesita más espacio.
- ☐ **¿Preguntar** a su empleador sobre cualquier seguro relacionado con el trabajo para el que usted califique?
- ☐ **¿Firmar** esta solicitud en la **página 25**? Si usted eligió un representante autorizado, firme también en la página 18.
- ☐ **Incluir** los anexos requeridos? Por favor revise los Anexos A- E, y las páginas 29-36, para ver si hay información adicional que usted quiera compartir con nosotros.
- ☐ **Envíe por correo su solicitud firmada a:**
 Covered California
 P.O. Box 989725
 West Sacramento, CA 95798-9725

O, envíe por fax su solicitud firmada a:
 1-888-329-3700



Continúe en “Obtenga ayuda en otros idiomas” ►►►



¿Preguntas? Llame a Covered California al **1-800-300-0213** (TTY: 1-888-889-4500). La llamada es gratuita. O visite CoveredCA.com. **¡Haga la solicitud más rápido en el sitio web!**



Obtenga ayuda en otros idiomas

Llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500) o a los números de abajo para obtener ayuda con esta solicitud en otros idiomas u otros formatos, como letras grandes o para obtener la información sobre las ayudas y servicios auxiliares gratuitos.



SPANISH Puede obtener ayuda con esta solicitud en español. O puede obtener otros formatos, tales como letra grande, ayudas auxiliares gratuitas y servicios. Llame **1-800-300-0213**.

CHINESE 您可獲得本申請表的中文協助；亦可索取大字版等其他格式及免費的輔助溝通方式與服務。請致電 **1-800-300-1533**。

VIETNAMESE Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hoặc quý vị có thể nhận được các định dạng khác, như bản in khổ lớn, sự hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí. Vui lòng gọi **1-800-652-9528**.

KOREAN 신청서와 관련한 도움을 한국어로 받아보실 수 있습니다. 또는 큰 글씨로 인쇄된 문서, 무료 보조 지원 및 서비스 등 기타 형식의 지원을 받아볼 수도 있습니다. **1-800-738-9116** 번으로 전화하세요.

TAGALOG Makakakuha ka ng tulong sa aplikasyon na ito sa Tagalog. O maaari kang makakuha ng iba pang format, tulad na malalaking print, libreng mga pandagdag na tulong, at serbisyo. Tumawag sa **1-800-983-8816**.

HMONG Koj tuaj yeem thov kev pab txog daim ntawv thov no ua Lus Hmoob tau. Los sis koj tuaj yeem thov lwm hom qauv ntaub ntawv, xws li luam ua tus ntawv loj, kev pab ntaub ntawv, thiab kev pab cuam pub dawb. Hu rau **1-800-771-2156**.

HINDI आप हिंदी में इस आवेदन-पत्र में मदद प्राप्त कर सकते हैं। अथवा आप अन्य फॉर्मेट प्राप्त कर सकते हैं, जैसे बड़ा प्रिंट, मुफ्त सहायक साधन, और सेवाएं। **1-800-300-1506** पर फोन करें।

JAPANESE 申請に関するサポートは日本語でも受けられます。また、大活字版などの代替形式やサービスも無料でご利用いただけます。 **1-800-300-1506** までお電話ください。

LAO ທ່ານສາມາດຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອກັບຄໍາຮ້ອງນີ້ເປັນພາສາລາວ ຫຼື ທ່ານສາມາດຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຮູບແບບອື່ນເຊັ່ນ: ໜັງສືຕົວພິມໃຫຍ່, ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອເສັ້ມຟຣີ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງ. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-357-7976**.

RUSSIAN При заполнении этой заявки вы можете получить помощь на русском языке. Также доступны другие форматы (например, бланки, напечатанные крупным шрифтом), бесплатные вспомогательные средства и услуги. Звоните по телефону **1-800-778-7695**.

ARMENIAN Դուք կարող եք այս դիմումն ինքնաշարժառայարկային կամ մեծ տպագրությամբ ստանալ: Հասանելի են այլընտրանքային տարբերակներ, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով և անվճար աշարժառայարկային գործիքներ և ծառայություններ: Զանգահարեք **1-800-996-1009**:

FARSI شما می‌توانید برای این درخواست به زبان فارسی کمک دریافت کنید. همچنین می‌توانید به فرمت‌های دیگر مانند چاپ بزرگ، کمک‌های رایگان و خدمات دیگر دسترسی داشته باشید. با شماره **1-800-921-8879** تماس بگیرید.

KHMER អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះជាភាសាខ្មែរបាន។ អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតបានផងដែរ មានដូចជា ឯកសារដែលមានអក្សរធំៗ ជំនួយ និងសេវាកម្មពិសេសផ្សេងៗដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-906-8528**។

ARABIC يمكنك الحصول على مساعدة بشأن هذا الطلب باللغة العربية. أو يمكنك الحصول على الطلب بأشكال أخرى، مثل حروف الطباعة الكبيرة، والخدمات والوسائل المساعدة المجانية. اتصل بالهاتف رقم **1-800-826-6317**.

IO MIEN Meih haih zipv mienh tengx liuc leiz zoux naaiv zeiv sou-gorn benx Mienh waac. A'fai meih corc haih zipv longc benx da'nyeic nyungc daan, beiv taux aamx benx domh zeiv, wangv henh maaiah jaa-dorngx tengx, aengx caux gong-bou jauv-louc. Mborqv finx lorz taux **1-800-300-1506**.

PUNJABI ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੂਜੇ ਫਾਰਮੈਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਵੱਡਾ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ, ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ। **1-800-300-1506** ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

THAI คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือในการสมัครนี้เป็นภาษาไทย หรือสามารถขอรับความช่วยเหลือรูปแบบอื่น ๆ เช่น ตัวอักษรขนาดใหญ่ ข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบอื่นและบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทรมาที่ **1-800-300-1506**.

UKRAINIAN Звертайтеся по допомогу щодо цієї заяви українською мовою. Крім того, можна скористатися іншими форматами, наприклад, збільшеним шрифтом, безкоштовними допоміжними матеріалами та послугами. Телефонуйте за номером **1-800-300-1506**.

