

Covered California para pequeñas empresas (CCPE)



COVERED CALIFORNIA
PEQUEÑAS EMPRESAS

Solicitud de inscripción y cambio

LO QUE DEBES SABER



Hazlo en línea

Visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/. Podrás ver detalles acerca de las opciones de cobertura para empresas pequeñas en el mercado de Covered California.



Obtén ayuda

- **Pregúntale a tu empleador a quién debes llamar si tienes preguntas.**
- **En línea:** CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/.
- **Por teléfono:** Llama a nuestro servicio al cliente al (855)777-6782.
- **For English:** Please call our free Customer Service Center at 855-777-6782



¿Cuál es el siguiente paso?

Regresarás tu solicitud completa y firmada a tu empleador. Tu empleador nos enviará tu solicitud completa y firmada.



Alternativas

Si tu parte del costo de la cobertura solo para empleados es superior al 8.39% de el ingreso de su hogar, pudieras obtener ayuda financiera para pagar la cobertura a través del mercado individual de Covered California. Visita CoveredCA.com/espanol para más información.

Tu información es privada.

- Por ley, mantendremos tu información privada.
- Tus respuestas en esta aplicación serán usadas solamente para ver si calificas para inscribirte al plan de pequeñas empresas de Covered California.



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Para ser completado por el empleador:

Fecha de vigencia solicitada:

Nombre del empleador:

Número del empleador
(Medical):

Envíe la solicitud por: ccsbeligibility@covered.ca.gov

Fax (949)809-3264

Por correo a Covered California P.O. Box 7010, Newport Beach, CA 92658

Para asistencia llame al (855)777-6782

PASO 1 Razones para solicitud de inscripción o cambio:

| | | | Fecha de vigencia MM/DD/YYYY | Fecha del evento de vida significativo |
|---|--|--|---------------------------------|--|
| Nueva inscripción | | EFFECTIVO EN COBERTURA DE GRUPOS DE LA FECHA EFECTIVA | | |
| Inscripción abierta de grupo | | DEBE SER RECIBIDO ANTES DE LA FECHA DE RENOVACIÓN | | |
| Nuevo empleado/ cambio de empleo | | INDIQUE LA FECHA VIGENTE Y DEL EVENTO DE VIDA SIGNIFICATIVO | | |
| Perdida/obtención de otra cobertura | | | | |
| Agregue un dependiente y seleccione la razón correcta | Matrimonio o agregar pareja domestica | INDIQUE LA FECHA DE CASAMIENTO O DECLARACIÓN DE RELACIÓN DOMESTICA | | |
| | Nacimiento, adopción, tutela, acogida o manutención infantil médica calificada (QMCSO) de hijo dependiente | INDIQUE LA FECHA DE NACIMIENTO, ADOPCIÓN, TUTELA, ACOGIDA O MANUTENCIÓN INFANTIL MÉDICA CALIFICADA | | |
| Cambio de nombre y/o dirección | | INDIQUE LA FECHA VIGENTE DE CAMBIO | | |
| Remover empleado | | INDIQUE LA FECHA VIGENTE DEL ULTIMO DIA SE TRABAJO EN EL CUADRADO DEL EVENTO DE VIDA SIGNIFICATIVO | | |
| Remover dependiente | | INDIQUE LA FECHA VIGENTE DE CAMBIO | | |
| Inscripción en COBRA y/ o COBRA/CAL | Favor de indicar el evento de vida significativo y fecha del evento en la pregunta 20 del paso 2. | | | |
| Declinación de cobertura | Para declinar cobertura, llene el paso 2 y después siga al paso 7 en la página 6 | INDIQUE LA FECHA VIGENTE DEL GRUPO O DEL EVENTO DE VIDA SIGNIFICATIVO | | |

Otro evento de vida significativo Favor de completar el evento de vida significativo*

*Para obtener una lista completa de eventos de vida significativos, utilice el título 10 del Código de Regulaciones de California, Sección 6524.



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página →

PASO 2 Información tuya , el empleado.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo | | | | 2. Sexo M F | | | |
| 3. Número de seguro social o identificación de impuestos | | 4. Fecha de nacimiento (día/mes/año) | | | | | |
| 5. Dirección de domicilio | | | | 6. Número de apartamento o edificio | | | |
| 7. Ciudad | | 8. Estado | | 9. Código postal | | 10. Condado | |
| 11. Domicilio postal (si es diferente de la dirección del domicilio) | | | | 12. Número de apartamento o edificio | | | |
| 13. Ciudad | | 14. Estado | | 15. Código postal | | 16. Condado | |
| 17. Correo electrónico | | | | | | | |
| 18. Número de teléfono () - | | Celular Casa Trabajo | | 19. Número alternativo () - | | Celular Casa Trabajo | |
| 20. Para los solicitantes de Cal-COBRA/COBRA, elegir un evento elegible: | | | | | | | |
| Terminación de empleo Reducción de horas | | Divorcio/Separación leg Muerte de un empleado | | Dependiente ya no es elegible Elegible para Medicare | | Actualmente inscrito in Cal-COBRA / COBRA* <small>*Indique la fecha original del evento calificativo para coberatura COBRA</small> | |
| | | | | | | Día de evento elegible: _____ | |
| 21. Estado civil: Soltero Casado Asociación doméstica (Unión Libre) | | | | | | | |
| 22. Idioma preferido hablado o escrito (OPCIONAL, si no es inglés) | | | | | | | |
| 23. Método de comunicación preferido Correo Correo electrónico Teléfono | | | | | | | |
| Cuéntanos sobre tu raza. Cuéntanos sobre ti. Esta información es confidencial y sólo se utilizará para garantizar que todos tengan el mismo acceso a la atención médica. No se utilizará para decidir para que seguro de salud calificarás. | | | | | | | |
| 24. ¿Eres hispano/latino? (OPCIONAL) Si No Si escogiste si, escoge los que apliquen: <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, México-Americano, Chicano <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Guatemalteco | | | | | | | |
| 25. Raza (OPCIONAL – escoge todas las que apliquen) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Blanco | | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska | | <input type="checkbox"/> Chino | | <input type="checkbox"/> Coreano | |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano | | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | | <input type="checkbox"/> Filipino | | <input type="checkbox"/> Laosiano | |
| | | <input type="checkbox"/> Camboyano | | <input type="checkbox"/> Hmong | | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Japonés | | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Samoano | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| 26. Si eres Nativo Americano o Nativo de Alaska, especifica el estado y nombre de tu tribu federalmente reconocida (opcional): | | | | | | | |
| | | | | | | | |



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

PASO 3 Cuéntanos acerca de ti y tus dependientes elegibles

La ley de California define a un dependiente para la cobertura de salud de la siguiente manera:

“Dependiente” significa cónyuge o pareja doméstica registrada, o hijo de un empleado elegible, sujeto a términos aplicables del contrato del plan de servicios de atención médica que cubre al empleado e incluye dependientes de miembros garantizados de la asociación, si la asociación elige incluir dependientes bajo su cobertura de salud al mismo tiempo que determina su composición de membresía.

LLENE ESTA SECCIÓN SI DESEA AÑADIR, CANCELAR O CAMBIAR SU COBERTURA DE SALUD

¡IMPORTANTE! Los cambios en cobertura de salud son permitidos durante la época de renovación o si experimentaste un evento de vida significativo (es decir, recién nacido).

•**AÑADICIONES (nueva inscripción/evento de vida significativo):** Consulte a su empleador para conocer las fechas de vigencia según el evento de vida significativo.

•**AÑADICIONES (en época de renovación):** La cobertura será efectiva en la fecha de renovación del grupo.

•**CAMBIOS (en época de renovación):** Si realiza algún cambio de plan, enumere todos los dependientes cubiertos.

•**Las CANCELACIONES** de cobertura entraran en vigor el ÚLTIMO DÍA del mes POSTERIOR A LA RECEPCIÓN de su solicitud por parte de Covered California. Cancelaciones en la época de renovación entrará en vigor en la fecha de renovación del grupo.

Este formulario debe ser recibido por Covered California no más de 30 días después del evento de vida significativo.

| | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|--|---|-------------------------------|--|
| EMPLEADO | APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL 2DO NOMBRE | SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS | SEXO | |
| | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | | DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO) | | | |
| | FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) | <input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR | <input type="checkbox"/> PLAN DENTAL | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR | |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|---|-------------------------------|---|
| CÓNYUGE O CAMPAÑERO DOMÉSTICO | APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL 2DO NOMBRE | SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS | SEXO | |
| | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | | DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO) | | | |
| | FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) | ¿ERES UN COMPAÑERO DOMESTICO? Sí No | EN CASO AFIRMATIVO, ¿ESTÁ REGISTRADA SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO DE CALIFORNIA? Sí No | <input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR | <input type="checkbox"/> PLAN DENTAL AÑADIR CANCELAR CAMBIAR |

| | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---|--|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| DEPENDIENTE** | APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL 2DO NOMBRE | SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS | SEXO | |
| | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | | DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO) | | | |
| | FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) | ¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD O TIENE MÁS DE 26 AÑOS? Sí No | <input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR | <input type="checkbox"/> PLAN DENTAL | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR |

| | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---|--|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| DEPENDIENTE** | APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL 2DO NOMBRE | SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS | SEXO | |
| | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | | DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO) | | | |
| | FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) | ¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD O TIENE MÁS DE 26 AÑOS? Sí No | <input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR | <input type="checkbox"/> PLAN DENTAL | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR |

| | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---|--|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| DEPENDIENTE** | APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL 2DO NOMBRE | SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS | SEXO | |
| | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | | DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO) | | | |
| | FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) | ¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD O TIENE MÁS DE 26 AÑOS? Sí No | <input type="checkbox"/> PLAN DE SALUD | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR | <input type="checkbox"/> PLAN DENTAL | AÑADIR CANCELAR CAMBIAR |

**Si tienes más de tres dependientes, adjunta una hoja separada con la información requerida y envíela con esta solicitud.

*Se puede encontrar en el directorio de proveedores de planes seleccionados.

Si tu empleador no ofrece una cobertura para dependientes y estas interesado en obtener información en cómo puedo obtener otro tipo de cobertura para tus dependientes visita CoveredCA.com.



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

PASO 4 Opciones de cobertura de salud y dentales

Importante: Selecciona UN plan de beneficios de opciones médicas y/o dentales marcando el cuadrado al lado de los planes seleccionados.

NOTA: Los beneficios de infertilidad están disponibles para grupos de empleadores cuando un empleador elige brindar este beneficio durante la inscripción abierta o los períodos de renovación. Si un empleador con 20 o más empleados elegibles opta brindar beneficios por infertilidad, todos los planes ofrecidos incluirán esta cobertura. Si un empleador con menos de 20 empleados elegibles opta brindar beneficios por infertilidad, solo los planes PPO y EPO incluirán esta cobertura. Los beneficios de infertilidad no se incluirán en los planes HMO para grupos con menos de 20 empleados elegibles.

| Plan de salud | Nivel Metalico | | | |
|----------------------------------|---|---|--|--|
| | Bronce | Plata | Oro | Platino |
| Blue Shield of California | Bronce 60 PPO 5800/60 PCP + Cobertura dental para niños Bronce 60 HDHP PPO 7500/0% PCP + cobertura dental para niños alt Trio Bronce 60 HMO 7000/70 PCP + cobertura dental para niños alt | Plata 70 PPO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños Plata 70 HDHP PPO 2300/30% PCP + cobertura dental para niños alt Trio plata 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños Access+ Plata 70 HMO 2500/55 PCP + cobertura dental para niños | Oro 80 PPO 350/25 PCP+ Cobertura dental para niños Trio oro 80 HMO 250/35 PCP + Cobertura dental para niños Access+ oro 80 HMO 250/35 PCP + cobertura dental para niños | Platino 90 PPO 0/15 PCP + Cobertura dental para niños Trio platino 90 HMO 0/20 PCP + Cobertura dental para niños Access+ Platino 90 HMO 0/20 PCP + cobertura dental para niños |
| | Bronce 60 HMO 5800/60 PCP + Cobertura dental para niños Bronce 60 HDHP HMO 6650/0% PCP + Cobertura dental para niños | Plata 70 HMO 1900/65 PCP + Cobertura dental para niños alt Plata 70 HMO 2300/65 PCP + Cobertura dental para niños alt Plata 70 HMO 2900/65 PCP+ Cobertura dental para niños alt Plata 70 HDHP HMO 2850/25% PCP + Cobertura dental para niños Plata 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños | Oro 80 HDHP HMO 1750/15% PCP + Cobertura dental para niños alt Oro 80 HMO 0/35 PCP+ Cobertura dental para niños alt Oro 80 HMO 250/35 PCP + Cobertura dental para niños Oro 80 HMO 1000/40 PCP+ Cobertura dental para niños alt | Platino 90 HMO 0/10 PCP + Cobertura dental para niños Alt Platino 90 HMO 0/20 PCP + Cobertura dental para niños Platino 90 HMO 250/30 PCP + Cobertura dental para niños alt |
| Sharp | Bronce rendimiento 60 HMO 5800/60 PCP + Cobertura dental para niños Bronce premier 60 HDHP HMO 6650/0% PCP + Cobertura dental para niños | Plata premier 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños Plata premier 70 HDHP HMO 2850/25% PCP + Cobertura dental para niños Plata rendimiento 70 HMO 2500/55 PCP + Cobertura dental para niños | Oro rendimiento 80 HMO 350/25 PCP + Cobertura dental para niños Oro premier 80 HMO 250/35 PCP + Cobertura dental para niños | Platino rendimiento 90 HMO 0/15 PCP + Cobertura dental para niños Platino premier 90 HMO 0/20 PCP + Cobertura dental para niños |

*Para los planes de salud que no incluyen cobertura dental para niños, los empleados tienen la opción de elegir un plan dental pediátrico independiente. Los hijos dependientes son elegibles para cobertura hasta los 19 años.

| Plan Dental | Planes dentales pediátricos | Planes dentales familiares** |
|---------------------|--|--|
| Delta Dental | HMO dental para niños PPO dental para niños | HMO dental familiar PPO dental familiar |



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

PASO 5 Acuerdo de arbitraje vinculante de COVERED CALIFORNIA

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que utiliza un arbitraje obligatorio para resolver disputas, estoy de acuerdo en arbitrar reclamos que se relacionen con mi membresía o la de un dependiente en el Plan de salud (a excepción de los casos del Tribunal de reclamos menores y reclamos que no están sujetos a un arbitraje vinculante bajo la ley aplicable). Entiendo que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por un lado, y el plan de salud, cualquier proveedor de atención médica, administradores y otras partes asociadas, por otro lado, por presunta violación de cualquier deber que surja o este relacionado con la membresía en el plan de salud, incluyendo, por responsabilidad del establecimiento, relacionada con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, o si, selecciono un plan de salud de Kaiser Permanente, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios, no autorizados, inadecuados, negligentes o incompetentes), independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante un arbitraje vinculante según la ley de California y no por demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto que la ley aplicable prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que la provisión completa del arbitraje está en el documento de la cobertura de salud, la cual está disponible para mi revisión.

Firma del solicitante (o el guardián responsable si el solicitante es menor de edad)

Fecha (mes/día/año)

Nombre completo

PASO 6 Lea y firme la aplicación

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas fidedignas a todas las preguntas de la mejor manera posible con mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o sin veracidad.
- Sé que mi información en este formulario sólo se usará para determinar la elegibilidad de la cobertura de salud y se mantendrá en privado como es requerido por ley. Si soy elegible, se usará para ayudarme a inscribirme.
- Sé que debo informar a Covered California para Pequeñas Empresas si algo cambia de lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar a mi empleador, al agente certificado de Covered California de mi empleador o llamar al (877)453-9198 para informar cambios.
- Sé que, según la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.

Firma del solicitante

Fecha (mes/día/año)



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

PASO 7

Llena esta sección si deseas declinar la cobertura de tu empleador para ti o tus dependientes.

Quiero rechazar la cobertura médica para (elige todas las aplicables):

 Mi Cónyuge/Compañero doméstico Hijo(s) Nombre(s) _____

Quiero rechazar la cobertura dental para (elige todas las aplicables):

 Mi Cónyuge/Compañero doméstico Hijo(s) Nombre(s) _____

Razones por las cuales quiero rechazar la cobertura:

 Cubierto por el plan grupal del cónyuge/pareja doméstica Cubierto por una póliza individual Cubierto por Tricare Cobertura es muy costosa.

(contacte a Covered California a través de la página web www.covered-ca.com/espanol para explorar los planes y ayuda financiera disponibles en el mercado individual de Covered California)

 Cubierto por Medicare Cubierto por Medi-Cal Cubierto por otro: _____

Reconozco que mi empleador me explicó acerca de la cobertura disponible y tengo derecho a inscribirme en la cobertura ofrecida. Voluntariamente he decidido no inscribirme ni a mí, ni a mis dependientes elegibles. Al rechazar esta cobertura, reconozco que yo y/o mis dependientes elegibles tendremos que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta de mi empleador para inscribirme o cambiar mi cobertura, a menos que sea elegible para un período de inscripción especial a través de un evento significado.

Nombre completo _____

Firma del empleado _____

Fecha (mes/día/año) _____

Empleador _____

PASO 8

Si un agente certificado te ayudó a completar esta aplicación, por favor obtén su firma.

 No obtuve ayuda de un agente certificado.

El solicitante completó y ejecutó esta solicitud, y yo ayudé al solicitante ofreciéndole asesoramiento para proporcionar respuestas a las preguntas. Aconsejé al solicitante que él/ella debería responder todas esas preguntas por completo y sinceramente y que no se debe de retener ninguna información solicitada. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo del solicitante de proporcionar información inexacta y el solicitante entendió la explicación. A mi leal saber y entender, según lo que el solicitante me reveló, la información en esta solicitud es precisa y completa. **Entiendo que, si en alguna parte de esta declaración firmada por mi es falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles de hasta \$10,000 según lo autorizado por el Código de Seguros sección 10119.3 o hasta \$20,000 según lo autorizado por el Código de Salud y Seguridad de California sección 1389.8 así como cualquier sanción o recurso aplicable según la legislación vigente.**

Firma del agente certificado _____

Número de licencia de agente certificado _____

Nombre completo _____

Fecha (mes/día/año) _____



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Nombre del empleado

Nombre del empleador

PASO 9

Devuelve tu solicitud completa y firmada a su empleador.

Su empleador nos enviara tu solicitud, nos comunicaremos contigo si necesitamos más información o para hacerte saber si ha sido aprobada para la cobertura.

Si no estas registrado para votar en donde vives ahora y deseas registrarse para votar, visita la página www.registertovote.ca.gov o llama al 1-800-345-VOTE (8683).



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.