



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



*Donde encontrará cuidados de
salud a bajo costo, incluyendo
Medi-Cal*

Número de Caso:

**Declaración de ingresos, sin documentación
disponible**

Por favor escriba solamente con LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo,
(primer nombre)

(segundo nombre)

(apellido)

certifico que el ingreso anual proyectado de mi hogar para el año de beneficios en que recibiré ayuda financiera para mi plan de salud es de \$, .
(ingreso anual)

- Yo reconozco que la información proporcionada en este formulario será utilizada solo para fines de determinación de elegibilidad para ayuda financiera. Covered California mantendrá esta información privada, como lo requieren las leyes federales y las leyes estatales de California.
- Yo entiendo que debo reportar cambios en mis ingresos a Covered California dentro de los 30 días del cambio porque podría afectar la cantidad de asistencia para primas (o créditos fiscales) o el nivel de reducción por costos compartidos para los que podría calificar.
- Yo entiendo que esta declaración de ingresos solo es válida para el año de beneficios para el cual se solicita la cobertura y debe renovarse cada año de beneficios.
- Yo entiendo que si recibo demasiada asistencia para primas (o créditos fiscales) durante el año de beneficios, tendré que devolver parte o toda la asistencia para primas recibida en exceso al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) cuando presente mi declaración de impuestos federales para el año de beneficios.
- Yo declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que lo que indiqué anteriormente es verdadero y correcto.

Firma del Solicitante: _____ Fecha / /
mm dd aaaa

Envíe su formulario de una de las siguientes maneras.

Electrónicamente

Para un procesamiento más rápido, cargue este documento directamente a su cuenta en línea en CoveredCA.com/espanol/

Por fax

(888) 329-3700

Por correo postal

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