

SU INFORMACIÓN

*Primer Nombre	Segundo Nombre	*Apellido	Sufijo (es decir, Jr, Sr, I, II, III)
*Correo electrónico	*Número de celular	*Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Seguro Social/ITIN <input type="checkbox"/> No Tengo Uno
*Dirección postal			
*Ciudad	*Estado	*Código Postal	
Dirección del hogar (si es diferente a la dirección postal anterior)			
Ciudad		Estado	Código Postal
*Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Chino (Simplificado) <input type="checkbox"/> Chino (Tradicional) <input type="checkbox"/> Otro _____		*¿Qué tipo de proveedor es? <input type="checkbox"/> Con licencia: Número de Licencia _____ <input type="checkbox"/> Familia, Amigos y Vecinos/Exención de Licencia <input type="checkbox"/> No Estoy Segura(o)	
Nombre de la empresa		*Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Origen étnico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No quiero especificar			
¿Es miembro de Child Care Providers United? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Segura(o)	¿Con cuántos niños subsidiados trabaja? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+	*Método de Comunicación Preferido (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico	

SU PLAN DE SALUD

*(Marque Uno) Seleccione su Seguro Médico actual. Nota: Si selecciona Plan de Empleador, deberá identificar si es el empleado o dependiente.

<input type="checkbox"/> Covered California – Nombre del plan: _____			
<input type="checkbox"/> Plan del Empleador Si se selecciona: <input type="checkbox"/> Plan de Empleador como Empleado <input type="checkbox"/> Plan de Empleador como Dependiente <input type="checkbox"/> Veteranos/Plan Tricare			
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> Tanto Medi-Cal como Medicare (Medi-Medi-Plan)
<input type="checkbox"/> No tengo un plan de salud calificado y necesito ayuda con la inscripción			
Si seleccionado: Tamaño de la familia _____ Ingresos familiares _____			

FIRMAR Y RECONOCER

Yo, el abajo firmante, entiendo y acepto que:

- El Fondo de Atención Médica de CCPU es no un seguro de salud.
- Debo seleccionar y mantener la cobertura en un plan de seguro médico calificado que haya sido aprobado por la Junta Directiva para recibir cualquier beneficio del Fondo de Atención Médica de CCPU.
- Mi cónyuge, mi pareja doméstica y mis dependientes no son elegibles para ningún beneficio del Fondo de Atención Médica de CCPU.
- Tengo que pagar mis propias primas para la cobertura de seguro del plan médico calificado.
- Debo responder oportunamente a todos los avisos y solicitudes de información del Fondo de Atención Médica de CCPU y sus afiliados, el no hacerlo puede retrasar o interrumpir mis beneficios a través de este programa.
- Lo mantendremos informado sobre su solicitud enviada a través de su método de comunicación preferido, ya sea por correo electrónico o postal. Tenga en cuenta que esto no se aplica a las comunicaciones para solicitudes de reembolso; es obligatorio enviar este tipo de comunicaciones electrónicamente.

Doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que si proporciono información incompleta, falsa o engañosa, mi solicitud puede ser denegada, mi participación en el Fondo de Atención Médica de CCPU puede ser cancelada y mis reclamaciones pueden ser denegadas. Informaré al Fondo de Atención Médica de CCPU sobre cualquier cambio en la información de esta solicitud dentro de los 30 días posteriores al cambio. También entiendo que enviar esta solicitud no garantiza mis beneficios ni me inscribe en un plan de beneficios de salud o cobertura de seguro médico a través de Covered California o cualquier otra compañía de seguros. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Fondo de Atención Médica de CCPU y a la Junta Directiva de cualquier responsabilidad por el pago de beneficios realizado en base a información inexacta o falsa y a reembolsar cualquier beneficio que haya recibido de forma incorrecta.

*Firma	*Fecha (mm/dd/aaaa)
--------	---------------------

PARA PRESENTAR SU SOLICITUD, ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO, FAX O CORREO POSTAL SU SOLICITUD COMPLETADA CON PRUEBA DE COBERTURA (VER REVERSO) A:

 apply@ccpuhealth.org | Fax: (949) 809-8920 | Child Care Providers United – California Workers Health Care Fund, P.O. Box 57027, Irvine, CA 92619
 Ayuda Adicional: (833) 714-6028 | support@ccpuhealth.org

CÓMO PRESENTAR SU PRUEBA DE COBERTURA

Para completar su Solicitud del Fondo de Atención Médica de CCPU, requerimos prueba de cobertura de su plan de seguro médico actual. Esta documentación complementaria debe proporcionar detalles que verifiquen su nombre como titular de la póliza, el nombre de su plan de atención médica y el período de cobertura.

Algunos ejemplos de nombres de planes de salud calificados incluyen:

- Anthem Silver 70 HMO
- CCHP Silver 70 HMO
- Kaiser Permanente Silver 70 HMO
- Western Health Advantage Silver 70 HMO

Hemos incluido una lista de documentos que podemos aceptar como prueba de cobertura, dependiendo de su plan de seguro de salud actual.

Si seleccionó Covered California en la página 1, por favor presente uno de estos documentos (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

- Estado de cuenta de la prima con fecha de vigencia y prima (si corresponde), y cualquier APTC es aplicable
- Certificado de cobertura con fecha de vigencia y prima (si corresponde)
- Explicación de los beneficios

Si seleccionó Medi-Cal en la página 1, por favor presente una de estas opciones de documento (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

- Copia de su tarjeta de identificación de atención médica y una copia de su 1095
- Carta de re-determinación de beneficios
- Verificación de beneficios (de la oficina local de su condado)

Si seleccionó Medicare en la página 1 por favor presente uno de estos documentos (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

- Estado de cuenta de las primas (Parte A&B y/o D) y tarjeta de Medicare
- Certificado de cobertura
- Carta de elegibilidad de Medicare

Si seleccionó Medicare Advantage en la página 1, por favor presente uno de estos documentos (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

- Estado de cuenta de primas (Parte C y/o D) y tarjeta de Medicare
- Certificado de cobertura

Si seleccionó Medi-Cal y Medicare (Medi-Medi) en la página 1, envíe un documento de cada una de las siguientes secciones (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

Para Medicare:

- Estado de cuenta de las primas (Parte A&B y/o D) y tarjeta de Medicare
- Certificado de cobertura
- Carta de elegibilidad de Medicare

Para Medi-Cal:

- Copia de la(s) tarjeta(s) de identificación de Medi-Cal y una copia de su 1095-A más reciente
- Verificación de beneficios (de la oficina local de su condado)
- Carta de re-determinación de beneficios

Si seleccionó Veteranos/Tricare en la página 1, por favor presente 1 de los siguientes:

- Estado de cuenta de las primas que proporcione lo siguiente: fecha de vigencia y monto de la prima.
- Carta de elegibilidad para veteranos/Tricare con fecha de vigencia de los beneficios y monto de la prima (si corresponde)

Si seleccionó el Plan del empleador (como empleado) en la página 1, por favor presente uno de estos documentos (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

- Cheque de pago/talón de nómina que muestre claramente el monto de la deducción médica y la cadencia (quincenal, mensual)
- Certificado de cobertura con fecha de vigencia y prima (si corresponde)

Si seleccionó el Plan del empleador (como dependiente) en la página 1, por favor presente uno de estos documentos (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

- Certificado de cobertura con fecha de vigencia y prima (si corresponde)
- Formulario de inscripción abierta con fecha de vigencia y prima (si corresponde)
- Resumen de beneficios con fecha de vigencia y prima (si corresponde)

Si seleccionó Proveedor sin un (SSN/TIN) en la página 1, por favor presente uno de estos documentos (con la fecha de vigencia y los montos de las primas enumerados):

- Estado de cuenta de las primas que proporcione lo siguiente: fecha de vigencia y monto de la prima, y cualquier Crédito Tributario Anticipado para las Primas (si corresponde).
- Certificado de cobertura con monto de prima mensual y fecha de vigencia



PRESENTE SU SOLICITUD EN
 LÍNEA PARA UN PROCESAMIENTO
 MÁS RÁPIDO, VISITE
WWW.CCPUHEALTH.ORG