



Fondo de Reembolso de Atención Médica
de CCPU -
Formulario de Inscripción de
Cobertura Dependiente

2025

Este formulario debe completarse para agregar familiares a cargo a sus beneficios de reembolso de atención médica de CCPU.

Para estar **completo**, también debe adjuntar comprobante de cobertura y comprobante de impuestos del hogar para ser elegible.
(Consulte la Sección B para obtener orientación)

Por favor, devuelva esta solicitud completada a:

benefits@ccpuhealth.org

o

Fondo de Reembolso de Atención Médica de CCPU

Beneficios Familiares

PO Box 57027

Irvine, CA 92619

Servicio al Cliente: 1-833-714-6028

A Información del proveedor/dependiente



COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES

Proveedor de CCPU	Apellido	Primero	Segundo Nombre	Edad
Fecha de nacimiento (MM/DDYYYY/Y)	Número de identificación del Fondo de Atención Médica			Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo		Dirección de correo electrónico	

Dirección física (requerida si el proveedor de cuidado infantil necesita actualizar su dirección)		
Dirección de la casa		Condado
Ciudad	Estado	CREMALLERA

Dirección postal (si es diferente a la mencionada anteriormente)		
Dirección postal		Condado
Ciudad	Estado	CREMALLERA

Haga una lista de todos los dependientes que le gustaría agregar (adjunte páginas adicionales si es necesario)					
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	¿Estudiante a tiempo completo?	Género	Nacimiento	Relación	SSN
Cónyuge/Pareja de hecho:	<input type="checkbox"/>				
Niño:	<input type="checkbox"/>				
Niño:	<input type="checkbox"/>				

B Prueba de Elegibilidad

Dependientes: Un niño u otra persona para quien un padre, pariente u otra persona puede reclamar una exención personal del impuesto d-educación.

Cónyuge: una persona que está legalmente casada con otra persona.

Pareja Domestica (PD): Personas del mismo sexo y del sexo opuesto que están en parejas domesticas, uniones u otras relaciones civiles formales similares que no son matrimonios según la ley estatal.

Impuesto Hogar: El (los) contribuyente(s) y cualquier persona que sea reclamada como dependiente en una declaración de impuestos federales sobre la renta. Un hogar tributario puede incluir un cónyuge o dependientes.

El proveedor debe adjuntar una copia de **uno** de los siguientes documentos que demuestre la elegibilidad del dependiente/cónyuge/RDP:

- Copia del estado de cuenta del plan de salud calificado que muestre los dependientes/cónyuge/PD cubiertos en el mismo plan de salud que el proveedor; o
- Copia de la confirmación de los beneficios de inscripción abierta de la cobertura patrocinada por el empleador que muestre que los dependientes/cónyuge están cubiertos en el mismo plan que el proveedor de cuidado infantil; o

Si el proveedor de cuidado infantil está inscrito en un plan de Medicare o tiene un hogar dividido entre California y Medi-Cal, debe adjuntar un documento de la Lista A y al menos un documento de la Lista B:

Lista A

- Una copia de un estado de cuenta de facturación de la prima de Medi-Care, o
- Formulario de verificación de beneficios de Medi-Cal, o
- Una copia de las páginas de resumen de tu plan de salud de Covered California

Lista B

- Certificado de matrimonio
- Certificado de Nacimiento o Decreto de Adopción
- Documento fiscal que verifique el hogar fiscal (año anterior o año en curso solamente)



C Firmar y Reconocer

Entiendo que estoy solicitando que los beneficios de reembolso de atención médica de CCPU se extiendan a los miembros de mi familia. Afirmo que las respuestas anteriores en la solicitud son completas y correctas. Entiendo que no habrá cobertura para los miembros de mi familia hasta que la solicitud y los documentos adjuntos sean verificados y aceptados.

1. Si se aprueba, los miembros de la familia solo mantendrán los beneficios del Fondo de Cuidado de la Salud mientras el proveedor principal de cuidado infantil mantenga elegibilidad.
2. Dependientes agregados a estos beneficios solo serán elegibles hasta los 26 años, y la cobertura finalizará al final del mes en que cumplan esa edad. Se aplican excepciones para dependientes discapacitados mayores de 26 años.
3. Si algún miembro del hogar se convierte en proveedor de cuidado infantil y comienza a recibir pagos subsidiados por el estado para el cuidado de un niño, puede ser eliminado de su plan familiar y comenzar sus propios beneficios de Reembolso de Atención Médica de CCPU siempre que cumpla con los criterios de elegibilidad

_____ CCPU Proveedor de cuidado infantil MOSTO Inicial aquí que muestra que ha leído y entendido el párrafo anterior

Yo, el abajo firmante, entiendo y acepto que este es un anexo a mi solicitud para agregar beneficios de atención médica para mi cónyuge, pareja de hecho y/o dependientes.

Certifico que la información contenida en esta apéndice de la solicitud es veraz y exacta.

Entiendo que si proporciono información incompleta o engañosa, mi solicitud y este anexo pueden 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 beneficios para mi familia ni inscribir a mi familia en un plan de beneficios de salud o cobertura de seguro de salud 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 de Fideicomisarios de cualquier responsabilidad por el pago de beneficios realizado sobre la base de cualquier información que sea inexacta o falsa y de reembolsar cualquier beneficio que haya recibido incorrectamente.

Firma:

Fecha: