

Esta solicitud es para inscribirte y solicitar los beneficios del **Programa del Fondo de Atención Médica de CCPU**, dirigido a proveedores de cuidado infantil que cumplen con los requisitos. Una vez que se confirme tu elegibilidad, tú y los miembros de tu familia que sean elegibles recibirán automáticamente acceso a un valioso paquete de beneficios de salud sin costo, diseñado para apoyar tu bienestar y tu seguridad financiera. (Excepto el Seguro de Vida Básico y el Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento -AD&D, por sus siglas en inglés-, que son exclusivos para el proveedor).

**IMPORTANTE:**

El Fondo de Atención Médica de CCPU **no es un seguro médico**. Se recomienda que mantengas tu propia cobertura médica a través de Medi-Cal, Covered California u otro plan de salud de tu elección.

**TU INFORMACIÓN**

*Nombre	Segundo nombre	*Apellido	Sufijo (ej.: Jr., Sr., I, II, III)
*Correo electrónico	*Número de celular	*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Número de Seguro Social / ITIN <input type="checkbox"/> No tengo
*Dirección postal			
*Ciudad		*Estado	*Código postal
<i>Dirección de residencia (si es diferente a la dirección anterior)</i>			
Ciudad		Estado	Código postal
*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	*Idioma de preferencia <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	*Método de comunicación preferido (elige uno) <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
*¿Qué tipo de proveedor eres? <input type="checkbox"/> Con licencia: Número de licencia _____ <input type="checkbox"/> Familiar, amigo o vecino / Exento de licencia <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a			
Nombre del negocio	¿Con cuántos niños subsidiados trabajas? <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 a 5 <input type="checkbox"/> Más de 5	¿Eres miembro de Child Care Providers United? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a	
Origen étnico <input type="checkbox"/> Indígena 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 Hawaii u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar			

**ANOTA A TODOS LOS DEPENDIENTES QUE QUIERAS AGREGAR (AGREGA MÁS PÁGINAS SI ES NECESARIO)**

Llena esta parte de la solicitud si deseas extender tus beneficios a dependientes o familiares que vivan contigo y sean elegibles.

*Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	*¿Es estudiante de tiempo completo?	*Sexo (M/F)	*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Parentesco (Esposo/a, pareja doméstica, hijo/a)	*Número de Seguro Social o ITIN
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

**Documentación para comprobar elegibilidad familiar**

Para agregar a tus familiares elegibles al registro del Fondo de Atención Médica de CCPU, debes entregar documentación que confirme el parentesco con cada dependiente, cónyuge o pareja doméstica registrada que hayas indicado. Esta información es necesaria únicamente para confirmar la elegibilidad a los Beneficios Básicos.

Adjunta uno de los siguientes documentos por cada familiar que desees agregar:

- Acta de matrimonio (cónyuge)
- Acta de nacimiento (hijo/a)
- Certificado de pareja doméstica registrada (RDP, por sus siglas en inglés)
- Documento de adopción
- Si planeas solicitar los Beneficios de Reembolso y deseas extender esos beneficios a tus familiares elegibles:

Si planeas solicitar los Beneficios de Reembolso y deseas extender esos beneficios a tus familiares elegibles:

Revisa la sección "Beneficios de Reembolso: Cómo enviar tu Comprobante de Cobertura" en la siguiente página para asegurarte de entregar la documentación de seguro correcta tanto para ti como para tus familiares.

(Continúa en la siguiente página) Página 1 de 3

## OPCIONAL: BENEFICIOS DE REEMBOLSO Y CÓMO ENVIAR TU COMPROBANTE DE COBERTURA

Si deseas solicitar los **Beneficios de Reembolso de Atención Médica** para ti y tus familiares elegibles, debes entregar documentación que confirme que cada persona cuenta con un **plan de salud calificado vigente (QHP, por sus siglas en inglés)**. Tu Comprobante de Cobertura debe mostrar:

- Nombre del titular de la póliza y los miembros del hogar cubiertos
- Fechas de cobertura vigente durante el año de la solicitud
- Monto mensual de la prima (si aplica)
- Nombre del plan de salud o aseguradora

**Regla del programa:** Todos los familiares elegibles deben estar en un solo plan de salud vigente

Para poder recibir los Beneficios de Reembolso, todos los miembros elegibles de tu hogar deben estar inscritos juntos en un **mismo plan de salud calificado vigente. Esta regla aplica para todos los planes dentro de este programa.\***

### Excepciones\*

Solo hay **cuatro** casos en los que los miembros de la familia pueden tener planes distintos:

1. **Covered California (CCA)**
2. **Medi-Cal**
3. **Medicare or Medicare Advantage**
4. **Medi-Medi (personas con doble elegibilidad)**

Si tu familia entra en uno de estos casos con planes distintos, debes entregar un Comprobante de Cobertura por cada persona que solicite el reembolso, según el tipo de plan que tenga.

### Cuando tu hogar está en un solo plan (lo más común)

Entrega **un solo** documento del plan de salud donde aparezcan todos los miembros de la familia cubiertos:

- Estado de cuenta de la prima
- Confirmación de inscripción o renovación
- Verificación de beneficios
- Certificado de cobertura
- Páginas del resumen del plan

### Cuando los miembros del hogar tienen planes distintos

Debes entregar un Comprobante de Cobertura por cada persona que solicite el reembolso, según el tipo de plan que tenga:

#### Medi-Cal:

- ID de Medi-Cal + Formulario 1095-B reciente, o Verificación o Revisión de Beneficios

#### Medicare/Advantage:

- Estado de cuenta de la prima (Partes B/D) o Tarjeta de Medicare + carta de elegibilidad

#### Covered California:

- Estado de cuenta, certificado de cobertura o resumen del plan (debe mostrar APTC, que es el crédito fiscal anticipado que ayuda a pagar la prima del seguro, si aplica)

### TU PLAN DE SALUD

(Completa esta sección y entrega tu Comprobante de Cobertura para recibir los Beneficios de Reembolso. No es necesario llenarla si solo estás solicitando inscribirte en el Fondo de Atención Médica.)

\* (Marca una opción) Selecciona tu seguro de salud actual. Nota: Si eliges "Plan del empleador" deberás indicar si eres el empleado o el dependiente.

Covered California - Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Plan del empleador Si seleccionaste esta opción:  Plan del empleador como empleado  Plan del empleador como dependiente

Plan para veteranos / Tricare

Medi-Cal

Medicare

Medicare Advantage

Medi-Cal y Medicare (plan Medi-Medi)

Aseguradora directa (solo para personas indocumentadas)

No tengo un plan de salud vigente y necesito ayuda para inscribirme

Si seleccionaste: Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_ Ingreso del hogar \_\_\_\_\_

(Continúa en la siguiente página) Página 2 de 3

**PARA ENVIAR TU SOLICITUD, MANDA ESTA FORMA COMPLETA JUNTO CON EL COMPROBANTE DE COBERTURA (VER AL REVERSO) POR CORREO ELECTRÓNICO, FAX O CORREO POSTAL A:**

apply@ccpuhealth.org | Fax (949) 809-8920 | Child Care Providers United

Workers Health Care Fund, P.O. Box 57027 Irvine, CA 92619

Si necesitas ayuda, llama al (833) 714-6028.



LLENA TU SOLICITUD EN LÍNEA PARA QUE EL TRÁMITE SEA MÁS RÁPIDO. VISITA

[WWW.CCPUHEALTH.ORG/ES/](http://WWW.CCPUHEALTH.ORG/ES/)

**FIRMA Y RECONOCIMIENTO**
**CONFIRMACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y PRÓXIMOS PASOS**

Tu elegibilidad se verificará usando los registros de pagos subsidiados por el estado, proporcionados por tu Programa de Pago Alternativo o Agencia de Recursos y Referencias.

**No** necesitas enviar comprobante de seguro ni documentación sobre el pago de primas.

Una vez que se confirme tu elegibilidad:

Serás inscrito automáticamente en los Beneficios Básicos de CCPU. Si estás interesado/a en los **Beneficios del Programa de Reembolso**, revisa la sección anterior:

OPCIONAL: BENEFICIOS DE REEMBOLSO Y CÓMO ENVIAR TU COMPROBANTE DE COBERTURA para conocer los pasos adicionales.

Si tu solicitud es aprobada, recibirás un paquete de bienvenida con los detalles de tus beneficios y la información de contacto de los proveedores de servicios.

Tu cobertura se mantendrá activa mientras sigas cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del programa.

Yo, la persona que firma al final de este documento, entiendo y acepto que:

- El Fondo de Atención Médica de CCPU no es un seguro médico.
- Para recibir cualquier beneficio del Fondo de Atención Médica de CCPU, debo elegir y mantener un plan de seguro médico vigente que haya sido aprobado por la Junta Directiva.
- Mi cónyuge, pareja doméstica y dependientes no son elegibles para recibir beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU.
- Debo pagar por mi cuenta las primas del plan de salud que califique.
- Debo responder a tiempo todos los avisos y solicitudes de información del Fondo de Atención Médica de CCPU y sus afiliados. No hacerlo puede causar retrasos o interrupciones en mis beneficios dentro de este programa.
- Te mantendremos informado/a sobre el estado de tu solicitud por el medio de comunicación que hayas indicado (correo electrónico o correo postal). Nota: esto no aplica para solicitudes de reembolso. Estas deben enviarse obligatoriamente por medios electrónicos.

Declaro que la información incluida en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que si proporciono información incompleta, falsa o engañosa, mi solicitud puede ser rechazada, mi participación en el Fondo de Atención Médica de CCPU puede ser cancelada y mis reclamaciones pueden ser negadas. Me comprometo a informar al Fondo de Atención Médica de CCPU sobre cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud dentro de los 30 días posteriores al cambio. También entiendo que enviar esta solicitud no garantiza que recibiré beneficios ni que quedaré inscrito/a en un plan de beneficios médicos o seguro de salud a través de Covered California u otra aseguradora. Acepto eximir de toda responsabilidad al Fondo de Atención Médica de CCPU y a su Junta Directiva por cualquier pago de beneficios hecho con base en información incorrecta o falsa, y me comprometo a reembolsar cualquier beneficio que haya recibido por error.

\*Firma

\*Fecha (mm/dd/aaaa)

