



Fondo de Atención Médica de CCPU

Formulario de inscripción de dependientes

Usa este formulario para agregar o actualizar la información de tu hogar y de tus dependientes en el registro que ya tienes con el Fondo de Atención Médica de CCPU. Esto le permite al Fondo verificar qué familiares son elegibles para recibir los Beneficios Básicos (servicios dentales, de la vista y el Programa de Asistencia al Proveedor -PAP, por sus siglas en inglés) dentro de tu inscripción.

Para que este formulario esté completo, debes incluir un comprobante de parentesco o de domicilio fiscal de los familiares que quieras agregar a los Beneficios Básicos. Para tener acceso al beneficio de Reembolso Familiar, también necesitas entregar un Comprobante de Cobertura de tus dependientes. (Consulta la Sección B para saber qué documentos puedes usar).

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PROGRAMA

- Los familiares elegibles pueden recibir los **Beneficios Básicos sin costo** (servicios dentales, de la vista y el Programa de Asistencia a Proveedores-PAP) una vez que se haya verificado su elegibilidad.
- El Seguro de Vida Básico y el Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) son beneficios exclusivos para proveedores.** Estos no se aplican a los familiares.
- El Seguro de Vida Opcional Voluntario puede estar disponible para los familiares si el empleado decide contratarlo.

A. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR Y SUS DEPENDIENTES

Llena toda la información y adjunta los documentos necesarios para comprobar la identidad o la relación con el dependiente. En la Sección B (más abajo) encontrarás una guía sobre los documentos que puedes entregar.

PROVEEDOR DE CCPU			
*Apellido	*Nombre(s)	Segundo nombre	*Edad
*Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Número de ID del Fondo de Atención Médica (U-Number)		*Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
*Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	*Correo electrónico	
*Domicilio		*Condado	
*Ciudad	*Estado	*Código postal	

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)		
Dirección postal		Condado
Ciudad	Estado	Código postal

ANOTA A TODOS LOS DEPENDIENTES QUE QUIERAS AGREGAR (AGREGA MÁS PÁGINAS SI ES NECESARIO)					
*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"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

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 – California Workers Health Care Fund, Family Benefits, P.O. Box 57027, Irvine, CA 92619. Si necesitas ayuda, llama al (833) 714-6028.

B. COMPROBANTE DE ELEGIBILIDAD

Para agregar a un dependiente a tus beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU, debes entregar documentación que confirme tu parentesco o que viven en el mismo domicilio fiscal.

El Fondo ya no exige el Comprobante de Cobertura (POC, por sus siglas en inglés) para inscribirse en los beneficios, pero aún puedes entregarlo como forma de comprobar la relación con tus dependientes y cumplir con los requisitos si también cuentas con beneficios del Programa de Reembolso.

DEFINICIONES

Dependiente: Niño, niña u otra persona por la que un padre, madre, familiar u otra persona puede declarar una deducción o exención personal en su declaración de impuestos.

Cónyuge: Persona que está legalmente casada con otra.

Pareja doméstica registrada (RDP, por sus siglas en inglés): Personas del mismo o diferente sexo que tienen una unión civil, sociedad de convivencia u otra relación similar formalmente registrada y reconocida por la ley estatal.

Hogar fiscal: Persona(s) que presentan una declaración de impuestos federal y las personas que se declaran como dependientes en esa misma declaración. Un hogar fiscal puede incluir al cónyuge y/o a los dependientes.

DOCUMENTOS ACEPTADOS

Para comprobar tu relación con el dependiente, entrega uno (1) de los siguientes documentos:

- Acta de matrimonio (donde se muestre que estás legalmente casado/a con el proveedor)
- Acta de nacimiento o documento de adopción (donde el proveedor aparezca como padre, madre o tutor legal)
- Certificado de pareja doméstica registrada
- Declaración de impuestos reciente (federal o estatal) que compruebe que el dependiente o cónyuge forma parte de tu hogar fiscal (solo se acepta la del año actual o la del año anterior)

COMPROBANTE DE COBERTURA (POC) – OPCIONAL

Aunque no es obligatorio para ser elegible a los beneficios del Fondo, puedes entregar uno de los siguientes documentos si lo tienes. Esto ayuda a comprobar la relación con tu dependiente y también cumple con los requisitos del Programa de Reembolso:

- Copia de un estado de cuenta de un plan de salud que califique donde aparezca el dependiente, cónyuge o pareja doméstica registrada como parte del mismo plan que el proveedor
- Copia de una confirmación de cobertura médica proporcionada por el empleador donde se indique que el dependiente o cónyuge está en el mismo plan que el proveedor

Regla especial para hogares con Medicare, Covered California o Medi-Cal

Si el proveedor de cuidado infantil está inscrito en un plan de Medicare o tiene un hogar dividido entre Covered California, Medicare y/o Medi-Cal, debe adjuntar:

Un documento de la Lista A y al menos un documento de la Lista B:

LISTA A:

- Copia de un estado de cuenta de la prima de Medicare, o
- Formulario de verificación de beneficios de Medi-Cal, o
- Copia de las páginas del resumen del plan de salud de Covered California

LISTA B:

- Acta de matrimonio
- Acta de nacimiento o documento de adopción
- Declaración de impuestos que compruebe el hogar fiscal (solo del año actual o del año anterior)

C. DECLARACIÓN, ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Entiendo que estoy solicitando extender los beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU a los miembros de mi familia.

Declaro que las respuestas proporcionadas en esta solicitud son completas y correctas. Entiendo que los beneficios no entrarán en vigor para mis familiares hasta que la solicitud y los documentos entregados sean verificados y aprobados.

- Si la solicitud es aprobada, los familiares solo conservarán los beneficios del Fondo de Atención Médica mientras el proveedor principal de cuidado infantil mantenga su elegibilidad.
- Si se agregan dependientes, solo podrán conservar estos beneficios hasta los 26 años de edad. Serán removidos del plan al finalizar el mes de su cumpleaños. (Aplica una excepción si el dependiente es mayor de edad y tiene una discapacidad).
- Si algún miembro del hogar se convierte en proveedor de cuidado infantil y empieza a recibir pagos subsidiados por el estado por el cuidado de un niño, puede ser removido del plan familiar y recibir sus propios beneficios del Fondo de Atención Médica de CCPU, siempre y cuando cumpla con todos los criterios de elegibilidad.

_____ **El proveedor de cuidado infantil de CCPU DEBE poner sus iniciales aquí como confirmación de que ha leído y entendido el párrafo anterior.**

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

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

- Este es un anexo a mi solicitud para agregar beneficios de salud para mi cónyuge, pareja doméstica y/o dependientes.

Declaro que la información incluida en este anexo es verdadera y exacta. Entiendo que si proporciono información incompleta, falsa o engañosa, mi solicitud y este anexo pueden ser rechazados, 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 beneficios para mi familia ni los inscribe automáticamente 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 realizado con base en información incorrecta o falsa, y me comprometo a reembolsar cualquier beneficio recibido por error.

*Firma

*Fecha (mm/dd/aaaa)



LLENA TU SOLICITUD EN
LÍNEA PARA QUE EL TRÁMITE
SEA MÁS RÁPIDO. VISITA
WWW.CCPUHEALTH.ORG/ES