






Formulario del comprobante del evento calificado de vida

| | |
|--|--|
|  <p>¿Quién debería usar este formulario?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) es un cambio en su vida que le permite solicitar cobertura de atención médica fuera del periodo de inscripción abierta anual. A esto se le llama período de inscripción especial. Algunos ejemplos incluyen casarse, mudarse a una nueva área de servicio de Kaiser Permanente con acceso a nuevos planes de salud o perder la cobertura por haber perdido su trabajo. • Use este Formulario de Comprobante del Evento Calificado de Vida para presentar su comprobante directamente a Kaiser Permanente si usted o un dependiente tuvo un evento calificado de vida. También puede usar este formulario como comprobante cuando haga su solicitud en el mercado de beneficios de salud de Colorado o Washington (excepto en Clark, Cowlitz y otros condados*). Para todas las demás solicitudes del mercado de seguros médicos, compruebe en el mercado de su estado la información sobre cómo presentar el comprobante para los planes del mercado de seguros médicos. Puede ayudarlo a averiguar qué tipo de comprobante deberá proporcionar sobre su evento calificado de vida. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los miembros del plan Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) deben presentar su comprobante junto con el Formulario de Cambios en la Cuenta. ◦ Las personas que no son miembros del plan Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) deben presentar sus comprobantes junto con su solicitud de cobertura médica. |
|  <p>¿Quién no debería usar este formulario?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, no podrán solicitar la cobertura de KPIF. Visite kp.org/medicare (haga clic en "Español") para conocer más acerca de sus opciones de planes de Medicare o para solicitar cobertura de Medicare. |
|  <p>Cómo usar este formulario California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Complete los pasos 1, 2 y 3. • Presente este formulario y el comprobante de su evento calificado de vida junto con su solicitud o Formulario de Cambios en la Cuenta (si corresponde). Consulte "Cómo enviar su comprobante" en la página 15 para conocer los detalles. |
|  <p>Cuándo presentar sus comprobantes California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> | <p>Tiene un período limitado para presentar su comprobante. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más detalles y plazos.</p> <p>Si no recibimos sus comprobantes a tiempo tendremos que cancelar su solicitud o pedido de cambio de cuenta. Puede volver a presentar la solicitud si su período de inscripción especial todavía está vigente.</p> <p>Para las solicitudes que se presenten en buykp.org, (haga clic en "Español"), presente su comprobante en línea.</p> |
|  <p>¿Necesita ayuda?</p> | <p>Visite kp.org/inscripcionespecial para consultar la lista completa de eventos calificados de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual). Además, puede llamarnos al 1-800-494-5314 (TTY 711) o comunicarse con su corredor, productor o representante de Kaiser Permanente.</p> |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

Nombre del solicitante principal

PASO 1: Información sobre el solicitante principal

¿Quién es el solicitante principal?

- En un plan individual, el solicitante principal es la persona que estará cubierta por el plan de salud.
- En un plan familiar, el solicitante principal es la persona de la familia en el plan de salud que está autorizada para hacer cambios a la cuenta.
- En un plan solo para hijos (cuando se ofrece) para un hijo menor de 18 años, el hijo es el solicitante principal.

Tenga en cuenta que: esta no es una solicitud de cobertura de atención de salud. Para obtener cobertura de atención médica, tiene que enviar una solicitud o un Formulario de Cambios en la Cuenta.

| | | |
|--|----------------------|--|
| Nombre | Inicial del segundo | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Apellido | | Teléfono (teléfono móvil si está disponible) |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| N.o de identificación de la solicitud (si presentó la solicitud en línea) | | Número de seguro social (si corresponde) |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| Número de historia clínica (en caso de existir) | | |
| <input type="text"/> | | |
| Domicilio (no se admiten apartados postales) | | |
| <input type="text"/> | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Padre/tutor legal (si el solicitante primario es menor de 18 años de edad) | | |
| Nombre | | |
| <input type="text"/> | | |
| Apellido | | |
| <input type="text"/> | | |
| Corredor, productor o representante de Kaiser Permanente (si lo hubiere) | | |
| Nombre | | |
| <input type="text"/> | | |
| Apellido | | |
| <input type="text"/> | | |

PASO 2: Información del evento calificado de vida

Número de evento calificado de vida del paso 3

Fecha del evento calificado de vida (mm/dd/aaaa)

 / /

Para la pérdida de cobertura de salud esencial mínima, la fecha del evento calificado de vida es el último día completo en que tuvo cobertura de su plan anterior.

PASO 3: Prueba de su evento calificado de vida

- Marque una casilla para su evento calificado de vida y una casilla para el comprobante que envía (a menos que se indique lo contrario). Asegúrese de que el evento calificado y el tipo de comprobante se apliquen a su estado.
- Envíe un tipo de comprobante, a menos que se indique lo contrario.
- Envíe copias de los documentos oficiales, no los originales.
- Escriba la siguiente información sobre el solicitante principal en la primera página de su comprobante o en una página adjunta:
 - Nombre y apellido
 - Domicilio (no se admiten apartados postales)
 - Número de historia clínica (si corresponde)
 - Fecha de nacimiento

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> 1. Pérdida de la cobertura médica mínima esencial California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> <p>Importante: NO es un evento calificado de vida si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pierde la cobertura porque no pagó sus primas. • Se canceló su plan. • Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura. • Usted terminó voluntariamente su cobertura. • Tuvo una cobertura temporal o a corto plazo como un seguro para viajeros. | <p>De su empleador</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador dejó o dejará de proporcionar cobertura o beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, y la fecha en la que finalizó o finalizará esta cobertura. <input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador dejó o dejará de contribuir al costo de la cobertura y la fecha en la que esta contribución finalizó o finalizará. <input type="checkbox"/> Carta que muestre la oferta de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de su empleador, incluida la fecha de vigencia, o que indique cuándo finalizó o finalizará su cobertura de COBRA. <input type="checkbox"/> Recibo de pago de las horas actuales y anteriores si perdió la cobertura por una reducción de las horas de trabajo. <input type="checkbox"/> Comprobante de edad y evidencia de la pérdida de cobertura cuando un hijo dependiente cumple 26 años y ya no puede tener cobertura por medio del plan de salud de uno de los padres. <hr/> <p>De su aseguradora o Medicaid, Medi-Cal, Medicare u otros programas gubernamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta de su aseguradora que muestre la fecha de finalización de la cobertura, incluida la fecha de finalización de la cobertura de COBRA. <input type="checkbox"/> Carta de su plan de salud de estudiante que indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de salud de estudiante. <input type="checkbox"/> Carta o aviso de Medicaid, Medi-Cal o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) que indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de Medicaid, Medi-Cal o CHIP. <input type="checkbox"/> Carta o aviso de un programa gubernamental, como TRICARE, Peace Corps, AmeriCorps o Medicare que diga cuándo finalizó o finalizará esa cobertura. <hr/> <p>Otro tipo de pérdida de cobertura (incluida la cobertura individual)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta u otro documento de la oficina del Seguro Social que declare que la persona que le cubre con su plan de salud tiene derecho a recibir Medicare. <input type="checkbox"/> Carta u otro documento del empleador que declare que la persona que le cubre con su plan de salud comienza a recibir una nueva cobertura del empleador. <input type="checkbox"/> Documentos de baja militar fechados o certificado de baja que incluyan la fecha en la que finalizó o finalizará la cobertura, si pierde la cobertura porque ya no se encuentra en servicio militar activo. <input type="checkbox"/> Verificación escrita con fecha y firma de un corredor/productor o representante de Kaiser Permanente, o una carta con fecha de la aseguradora, si está o estuvo inscrito en un plan que no sigue el año calendario que está por finalizar, incluida la fecha en la que finalizó el plan. |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

Nombre del solicitante principal

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|--|
| <p>Pérdida de la cobertura médica mínima esencial <i>(continuación)</i> Colorado,</p> <p>Importante: NO es un evento calificado de vida si:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pierde la cobertura porque no pagó sus primas.• Se canceló su plan.• Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.• Usted terminó voluntariamente su cobertura. | <p>No se requieren pruebas con su solicitud.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 2. Pérdida de cobertura relacionada con el embarazo Maryland</p> | <p><input type="checkbox"/> Carta o aviso de Medicaid o del Children’s Health Insurance Program (CHIP) que indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de Medicaid o del CHIP.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 3. Pérdida de cobertura de necesidades médicas Maryland</p> | <p><input type="checkbox"/> Carta o aviso de Medicaid o del Children’s Health Insurance Program (CHIP) que indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de Medicaid o del CHIP.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 4. Inscripción en cualquier plan de salud grupal que no sea de año calendario, cobertura de seguro médico individual o acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) Maryland</p> | <p><input type="checkbox"/> Verificación por escrito con fecha y firma de un agente, corredor o productor de seguros, o una carta con fecha del administrador, si usted está o estuvo inscrito en un plan que no sea de año calendario que está por finalizar, incluida la fecha en la que finalizó el plan.</p> |

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|---|--|
| <p>5. Adición de un nuevo dependiente, convertirse en uno o pérdida de dependencia, o muerte de un suscriptor o un dependiente</p> <p><input type="checkbox"/> 5a. Adición de un nuevo dependiente o convertirse en uno por matrimonio</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>Distrito de Columbia, Virginia</p> <p>Este evento requiere evidencia de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p> | <p>Proporcione uno de los siguientes:</p> <p>Evidencia de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días de su aseguradora anterior (únicamente para solicitantes dentro de los EE. UU.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factura de prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Y proporcione uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o licencia que muestre la fecha de matrimonio. <input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial de matrimonio, incluida un acta extranjera de matrimonio, que muestre la fecha de matrimonio. |
| <p><input type="checkbox"/> 5b. Agregar o convertirse en un dependiente por matrimonio o registro de una pareja de hecho</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>California, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Washington*</p> <p>Este evento requiere evidencia de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p> | <p>Proporcione uno de los siguientes:</p> <p>Evidencia de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días de su aseguradora anterior (únicamente para solicitantes dentro de los EE. UU.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factura de prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>y proporcione lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o licencia que muestre la fecha de matrimonio. <input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial de matrimonio, incluida un acta extranjera de matrimonio, que muestre la fecha de matrimonio. <input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial que incluya la fecha de registro de la pareja de hecho. |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida (continuación)

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 5c. Adición de un nuevo dependiente o convertirse en uno por matrimonio o unión civil</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>Colorado†</p> <p>Este evento requiere evidencia de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p> | <p>Proporcione uno de los siguientes:</p> <p>Evidencia de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días de su aseguradora anterior (únicamente para solicitantes dentro de los EE. UU.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factura de prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Si no puede presentar la evidencia de cobertura esencial mínima, puede enviar uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentación oficial que demuestre que usted es un indio americano o nativo de Alaska. <input type="checkbox"/> Comprobante de que vivió uno o más días durante los 60 días anteriores a su evento de vida o durante su período de inscripción abierta más reciente en un área de servicio donde no había un plan de salud autorizado disponible a través del mercado de beneficios de salud de su estado. Puede proporcionar una captura de pantalla del sitio web del intercambio u otra evidencia del intercambio. <input type="checkbox"/> Comprobante de que vivió fuera de los Estados Unidos o en un territorio de los Estados Unidos durante uno o más días durante los 60 días anteriores a la fecha del evento calificado de vida. <p>Y proporcione uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado o licencia de matrimonio u otra documentación que muestre la fecha de matrimonio. <input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial que incluya la fecha de la unión civil. |
| <p><input type="checkbox"/> 5d. Adición de un nuevo dependiente o convertirse en uno por el nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza</p> <p>California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> | <p>Nacimiento de un hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o solicitud de acta de nacimiento para el niño. <input type="checkbox"/> Registro de una clínica, hospital, médico, enfermera partera, institución u otro proveedor que indique la fecha de nacimiento del niño. <input type="checkbox"/> Registro militar que muestre la fecha de nacimiento del niño y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Registro gubernamental oficial de un acta de nacimiento en el extranjero que muestre la fecha de nacimiento del niño y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Registro religioso que muestre la fecha de nacimiento del niño y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Carta u otro documento de la aseguradora, como una Explicación de beneficios, que muestre que se proporcionaron servicios de atención relacionados con el nacimiento o atención después del nacimiento al niño, la madre, o ambos, que incluya las fechas en las cuales se proporcionaron dichos servicios. <p>Adopción o cuidados de crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta de adopción o registro que indique la fecha de adopción, fechado y firmado por un funcionario del tribunal. <input type="checkbox"/> Orden judicial que muestre cuándo comenzó la orden. Debe tener un sello con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Registro gubernamental oficial de una adopción doméstica o puesta en adopción o cuidados de crianza, que muestre la fecha y el lugar de nacimiento del niño. <input type="checkbox"/> Documento de inmigración del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos para las adopciones extranjeras, que incluya la fecha de las adopciones. <input type="checkbox"/> Orden judicial de provisión de prestaciones de salud. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Documentos de cuidados de crianza fechados y firmados por un funcionario del tribunal. |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

†En Colorado, Kaiser Permanente recopila comprobantes de eventos calificados de vida para los planes de salud adquiridos en el mercado de seguros médicos.

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|---|--|
| <p>5d. Adición de un nuevo dependiente o convertirse en uno por el nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza <i>(continuación)</i></p> <p>Colorado[†]</p> | <p>Nacimiento de un hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o solicitud de acta de nacimiento para el niño. <p>Adopción o cuidados de crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta de adopción o registro que indique la fecha de adopción, fechado y firmado por un funcionario del tribunal. <input type="checkbox"/> Orden judicial que muestre cuándo comenzó la orden. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Registro gubernamental oficial de una adopción doméstica o puesta en adopción o cuidados de crianza, que muestre la fecha y el lugar de nacimiento del niño. <input type="checkbox"/> Documento de inmigración del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos para las adopciones extranjeras, que incluya la fecha de las adopciones. <input type="checkbox"/> Orden judicial de provisión de prestaciones de salud. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Documentos de cuidados de crianza fechados y firmados por un funcionario del tribunal. |
| <p><input type="checkbox"/> 5e. Perder a un dependiente por medio del divorcio, disolución de una pareja de hecho o separación legal</p> <p>California, Maryland</p> | <p><input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio, acuerdo de disolución o separación con el sello del tribunal y la fecha de presentación.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 5f. Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal</p> <p>Colorado[†]</p> | <p><input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio, acuerdo de disolución o separación con el sello del tribunal y la fecha de presentación.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 5g. Muerte del suscriptor o un dependiente</p> <p>California, Maryland</p> | <p><input type="checkbox"/> Acta de defunción.</p> |
| <p>Colorado[†]</p> | <p><input type="checkbox"/> Acta de defunción u obituario.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 6. Orden de manutención u otra orden judicial para la cobertura de un dependiente</p> <p>California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> | <p><input type="checkbox"/> Orden judicial firmada con el sello del tribunal con la fecha de presentación.</p> |
| <p>Colorado[†]</p> | <p><input type="checkbox"/> Orden judicial firmada con el sello del tribunal con fecha de presentación o el Acuerdo de beneficiario designado con fecha.</p> |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

[†]En Colorado, Kaiser Permanente recopila comprobantes de eventos calificados de vida para los planes de salud adquiridos en el mercado de seguros médicos.

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida (continuación)

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 7. Traslado permanente con acceso a nuevos planes California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> <p>Elija traslado permanente con acceso a planes nuevos, si cumple alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mudó de un área que no tiene Kaiser Permanente a un área con Kaiser Permanente. • Se mudó a un nuevo estado. • Se mudó de otro país o de un territorio de los Estados Unidos. • Se mudó de un condado que no ofrecía un plan de salud autorizado. <p>Este evento requiere evidencia de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p> | <p>Proporcione uno de los siguientes:</p> <p>Comprobante de su aseguradora anterior de cobertura esencial mínima para todos los solicitantes durante por al menos un día entero en los últimos 60 días (para solicitantes que se muden únicamente dentro de los EE. UU.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factura de prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Y, en un plazo de 60 días después de que se haya mudado, proporcione una de estas opciones (una con su dirección residencial antigua y una con su nueva dirección residencial [no se admiten los apartados postales]):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acuerdo de arrendamiento o de alquiler. <input type="checkbox"/> Documentos de seguros, como aquellos relacionados con los propietarios de viviendas o los inquilinos, o la póliza o estado de cuenta del seguro de vida. <input type="checkbox"/> Escritura hipotecaria, si indica que el propietario usa el bien inmueble como su residencia principal. <input type="checkbox"/> Recibo de pago de hipoteca o alquiler. <input type="checkbox"/> Correspondencia del Departamento de Vehículos Motorizados, como una licencia de conducir válida, registro de vehículo o tarjeta de cambio de dirección. <input type="checkbox"/> Correspondencia de una agencia del gobierno a su dirección, como una declaración del Seguro Social o un aviso de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. <input type="checkbox"/> Su identificación estatal válida. <input type="checkbox"/> Factura de servicios de Internet, cable u otra (incluido cualquier servicio público, como el gas o el agua) u otra confirmación de servicio (incluida una conexión de servicio u orden de trabajo). <input type="checkbox"/> Factura de teléfono que muestre su dirección (se aceptan las cuentas de teléfonos celulares o de red inalámbrica). <input type="checkbox"/> Correspondencia de una institución financiera, como un estado de cuenta bancario. <input type="checkbox"/> Carta de confirmación de cambio de dirección del servicio postal de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Recibo de pago que muestre su dirección. <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante que muestre su nombre y dirección. <input type="checkbox"/> Documentos del Departamento Correccional, cárcel o prisión que muestre la liberación o libertad condicional reciente, incluida una orden de libertad condicional con fecha, orden de liberación con fecha o una certificación de dirección. <input type="checkbox"/> Documentos de naturalización firmados y fechados dentro de los últimos 60 días o la tarjeta de residencia, el certificado de educación o la visa (si se mudó a los EE. UU. desde otro país). |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

Nombre del solicitante principal

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|--|
| <p data-bbox="118 310 407 447">Traslado permanente con acceso a nuevos planes <i>(continuación)</i> Colorado</p> <div data-bbox="118 468 461 1665" style="background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"><p data-bbox="147 499 431 682">Elija traslado permanente con acceso a planes nuevos, si cumple alguno de los siguientes criterios:</p><ul data-bbox="147 699 431 1644" style="list-style-type: none"><li data-bbox="147 699 431 882">• Se mudó de un área que no tiene Kaiser Permanente a un área con Kaiser Permanente.<li data-bbox="147 903 431 1270">• Se mudó a una nueva residencia dentro de nuestra área de servicio de Kaiser Permanente donde su plan de salud actual no está disponible o tiene opciones de planes de salud adicionales.<li data-bbox="147 1291 431 1354">• Se mudó a un nuevo estado.<li data-bbox="147 1375 431 1480">• Se mudó de otro país o de un territorio de los Estados Unidos.<li data-bbox="147 1501 431 1644">• Se mudó de un condado que no ofrecía un plan de salud autorizado.</div> | <p data-bbox="508 310 950 342">No se requieren pruebas con su solicitud.</p> |

Nombre del solicitante principal

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> 8. Cambios en la cobertura de salud del empleador que lo hacen elegible para un crédito tributario para la prima California, Georgia, Hawái, Oregón, Colorado†, Distrito de Columbia, Maryland, Virginia, Washington*</p> <p>Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado</p> <p>Ahora es elegible para recibir un crédito tributario para prima porque cambió su cobertura por medio de su empleador.</p> | <p><input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el cambio en la cobertura médica esencial mínima y que muestre la fecha de la determinación.</p> <p><input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador cambió o cambiará la cobertura o beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, de manera que ya no se considere cobertura de salud calificada, y la fecha en la que cambiaron o cambiarán esta cobertura o beneficios.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 9. Determinación del mercado de beneficios de salud de su estado de circunstancias excepcionales California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> | <p><input type="checkbox"/> Carta o aviso del mercado de beneficios de salud de su estado que indique que puede obtener un período de inscripción especial y que muestre la fecha de determinación.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 10. Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> | <p><input type="checkbox"/> Carta u otra documentación que indique que ahora puede adquirir un plan de salud individual mediante un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (QSEHRA), que incluya la fecha que muestre cuándo es elegible por primera vez para el ICHRA o QSEHRA.</p> |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

†En Colorado, Kaiser Permanente recopila comprobantes de eventos calificados de vida para los planes de salud adquiridos en el mercado de seguros médicos.

Nombre del solicitante principal

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 11. Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington* | <input type="checkbox"/> Declaración que indique que es víctima de maltrato en el hogar o abandono conyugal. |
| <input type="checkbox"/> 12. Interrupción de la contribución del empleador a la prima de COBRA California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington* | <input type="checkbox"/> Comprobante de su empleador o administrador de COBRA que muestre que se han proporcionado los subsidios y la fecha en que finalizarán. |
| Colorado | No se requieren pruebas con su solicitud. |
| <input type="checkbox"/> 13. Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de COBRA Maryland | <input type="checkbox"/> Un comprobante del gobierno, de su empleador o del administrador de COBRA que muestre los subsidios proporcionados y la fecha en que finalizarán. |
| <input type="checkbox"/> 14. Salida de la cárcel California, Colorado† | <input type="checkbox"/> Documentos del Departamento Correccional, cárcel o prisión que muestren la liberación o libertad condicional reciente, incluida una orden de libertad condicional con fecha, orden de liberación con fecha o una certificación de dirección. |
| <input type="checkbox"/> 15. Información errónea sobre su inscripción en la cobertura esencial mínima California | <input type="checkbox"/> Aviso del mercado de beneficios de salud de su estado o del Departamento de Atención Médica Administrada que indique que usted puede obtener un período de inscripción especial y que muestre la fecha de determinación. |
| <input type="checkbox"/> 16. Cambios en la red de proveedores California | <input type="checkbox"/> Aviso de que el proveedor ya no participa en el plan de beneficios de salud y que muestre la fecha de determinación. |
| <input type="checkbox"/> 17. Violación del contrato California | <input type="checkbox"/> Confirmación con fecha y por escrito del Departamento de Atención Médica Administrada de que el plan de salud en el cual usted está inscrito violó de manera sustancial una disposición importante de su contrato. |
| Colorado | No se requieren pruebas con su solicitud. |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

†En Colorado, Kaiser Permanente recopila comprobantes de eventos calificados de vida para los planes de salud adquiridos en el mercado de seguros médicos.

Nombre del solicitante principal

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 18. Demostrar que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición material de su contrato respecto la persona inscrita Maryland | <input type="checkbox"/> Confirmación de la Administración de Seguros de Maryland, por escrito y con fecha, de que el plan de salud en el cual usted está inscrito infringió de manera sustancial una disposición material de su contrato. |
| <input type="checkbox"/> 19. Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica por el trabajo realizado en empresas de transporte o de envíos a través de aplicaciones California | <input type="checkbox"/> Una copia o una captura de pantalla de sus horas trimestrales. |
| <input type="checkbox"/> 20. Determinación del Comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales Colorado† | <input type="checkbox"/> Carta o aviso del Comisionado del Departamento de Seguros que indique que es elegible para obtener un período de inscripción especial y que muestra la fecha de determinación. |
| <input type="checkbox"/> 21. Pérdida de la Cobertura de Atención Médica a Corto Plazo Colorado | No se requieren pruebas con su solicitud. |
| <input type="checkbox"/> 22. Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional médico Distrito de Columbia, Maryland | <input type="checkbox"/> Un documento de su proveedor de atención médica que confirme su embarazo inicial. Tiene 90 días a partir de la fecha en que se confirma su embarazo para inscribirse. |
| Colorado†, Distrito de Columbia | Un documento de su proveedor de atención médica que confirme su embarazo inicial. |
| <input type="checkbox"/> 23. Cambios en la cobertura de salud del empleador que lo hacen inelegible para recibir un crédito tributario para la prima o cambio en la elegibilidad para reducciones del costo compartido Maryland | <input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el cambio en la cobertura médica esencial mínima y que muestre la fecha de la determinación. <input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador cambió o cambiará la cobertura o beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, de manera que ya no se considere cobertura médica calificada, y la fecha en la que cambiaron o cambiarán esta cobertura o beneficios. |

†En Colorado, Kaiser Permanente recopila comprobantes de eventos calificados de vida para los planes de salud adquiridos en el mercado de seguros médicos.

Nombre del solicitante principal

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 24. Inscripción fácil en temporada tributaria Maryland Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado | Su información financiera ha sido validada por el contralor y no necesita enviar comprobantes adicionales. |
| <input type="checkbox"/> 25. Inscripción fácil para demandantes con seguro de desempleo Maryland Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado | Si recibió una carta de Maryland Health Connection en la que se le informa que calificó de manera preliminar para la cobertura de atención médica. Su información financiera fue validada por Maryland Health Connection y no necesita enviar ninguna prueba adicional. |
| <input type="checkbox"/> 26. Cambio de estatus migratorio California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington* Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado | <input type="checkbox"/> Documentación oficial de un cambio de ciudadanía o estatus migratorio. |
| <input type="checkbox"/> 27. Cobertura para indios americanos o nativos de Alaska California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington* Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado | <input type="checkbox"/> Documentación oficial que muestre su estado. |
| Colorado | No se requieren pruebas con su solicitud. |

*En Washington, visite [kp.org/inscripcionespecial](https://www.kp.org/inscripcionespecial) para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

†En Colorado, Kaiser Permanente recopila comprobantes de eventos calificados de vida para los planes de salud adquiridos en el mercado de seguros médicos.

PASO 3: Comprobante de su evento calificado de vida *(continuación)*

| Evento calificado de vida | Tipo de comprobante |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 28. Cambios en el ingreso que cambian su elegibilidad para la asistencia financiera federal California, Colorado[†], Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington*</p> <p>Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado.</p> | <p>Proporcione uno de los siguientes: Comprobante, de su aseguradora anterior, de cobertura esencial mínima para todos los solicitantes durante por al menos un día entero en los últimos 60 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factura de prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>y proporcione lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La determinación de elegibilidad más reciente del mercado de beneficios de salud de su estado que muestre la fecha de determinación. |
| <p><input type="checkbox"/> 29. Inscripción en temporada de impuestos Colorado</p> | <p>Su información financiera ha sido validada a través de su declaración de impuestos y Connect for Health Colorado y usted no necesitan enviar comprobantes adicionales.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 30. Sanción pagada por no tener cobertura médica California Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado</p> | <p>Si pagó la sanción de responsabilidad compartida para individuos a la Junta de Impuestos de Franquicia de California en los últimos 60 días, no se requiere comprobante.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 31. Ser potencialmente elegible para Medicaid o para el Children’s Health Insurance Program (CHIP), y ser determinado como no elegible después de que la inscripción abierta haya terminado o después de más de 60 días del evento calificado Maryland</p> | <p><input type="checkbox"/> Carta o aviso por parte de Medicaid o del Children’s Health Insurance Program (CHIP), con fecha, en la que se indique que usted no es elegible para la cobertura.</p> |

*En Washington, visite kp.org/inscripcionespecial para ver si Kaiser Permanente recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

†En Colorado, Kaiser Permanente recopila comprobantes de eventos calificados de vida para los planes de salud adquiridos en el mercado de seguros médicos.

Cómo enviar su comprobante

¿Cómo presentará la solicitud?

- **Si presentará la solicitud en línea:** Inicie sesión en kp.org/apply (haga clic en "Español") y suba su comprobante. No necesita subir este formulario.
- **Si presentará la solicitud por correo o fax:** Use la información en esta página para enviar su comprobante y este formulario a la dirección o al número de fax a continuación.
- **Si presenta la solicitud a través del mercado de beneficios de salud:** El mercado de beneficios de salud puede requerir que presente comprobantes.

Envíe la solicitud o el Formulario de Cambios en la Cuenta y el comprobante junto con este formulario:

Por correo:

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

Por fax:

1-855-355-5334

Para descargar un Formulario de Cambios en la Cuenta, visite kp.org/inscripcionespecial.

Al enviar una solicitud firmada o un Formulario de Cambios en la Cuenta y un comprobante de su evento calificado de vida, está afirmando que el evento calificado de vida sucedió. Es importante que obtengamos evidencia de su evento calificado de vida. Nos basaremos en su firma y su evidencia para decidir si se puede inscribir durante un período de inscripción especial. Si determinamos que su evento calificado de vida no sucedió o nos enteramos de cualquier otra imprecisión en la información que se incluya en la solicitud, el Formulario de Cambios en la Cuenta o cualquier otra información que presentó, podemos tomar acciones legales. La acción judicial puede incluir, entre otras, cancelar su cobertura retroactivamente al día en que comenzó. También puede ser responsable de todos los cargos de cualquier servicio que haya recibido.

En California, los planes KFHP son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612 • En Colorado, todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247 • En Georgia, todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piamonte Rd. NE, Atlanta, GA 30305 • En Hawái, todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813 • En Oregón y el suroeste de Washington (condados de Clark y Cowlitz), todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • En Washington (excepto Clark, Cowlitz y algunos otros condados), todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 1300 SW 27th Street, Renton, WA 98057 • En Maryland, Virginia y el Distrito de Columbia, todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
 - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000** (TTY 711) y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY 711).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY 711 o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).