

Guía sobre el comprobante del evento calificado de vida

¿Qué es un evento calificado de vida?



- 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 anual de inscripción abierta. A esto se le llama periodo de inscripción especial. Algunos ejemplos incluyen casarse, mudarse a un área de servicio de Kaiser Permanente con acceso a nuevos planes de salud o perder la cobertura al quedarse sin empleo.
- Puede usar esta guía para enviar su comprobante cuando presente una solicitud directamente a Kaiser Permanente o al intercambio de beneficios de salud de su estado en Colorado o Washington. Para todas las demás solicitudes del intercambio, consulte el intercambio de su estado para obtener información sobre cómo enviar los comprobante para los planes del intercambio. Puede ayudarle a saber qué tipo de comprobante deberá proporcionar para su evento calificado de vida.
 - **Los miembros del plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF)** deben enviar su comprobante junto con el *Formulario de Cambios en la Cuenta (Account Change Form)*.
 - **Las personas que nos son miembros del plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF)** deben enviar su comprobante junto con su *Solicitud de cobertura de salud (Application for health coverage)*.
 - Para descargar una *Solicitud* o un *Formulario de Cambios en la Cuenta*, visite kp.org/inscripcionespecial.

Cómo usar esta guía



Consulte esta guía para determinar qué comprobante (si es necesario) debe enviar al presentar una solicitud durante un periodo de inscripción especial. Para evitar demoras, envíe su solicitud y cualquier comprobante necesario al mismo tiempo.

Si desea enviar su comprobante junto con esta guía, siga estas instrucciones:

- Llene la siguiente página.
- Corte la siguiente página y adjúntela con el comprobante de su evento calificado de vida y su *Solicitud* o *Formulario de Cambios en la Cuenta* (si corresponde).
- Envíe un tipo de comprobante, a menos que se indique lo contrario.
- Sus comprobantes deben ser copias de los documentos oficiales, no los originales.

Dónde enviar su comprobante



- **Si presenta la solicitud en línea:** inicie sesión en kp.org/apply (haga clic en "Español") y suba su comprobante. No es necesario que suba esta guía.
- **Si presenta la solicitud por correo o fax,** envíe sus documentos a esta dirección o a este número:

Por correo:	Por fax:
Kaiser Permanente for Individuals and Families	1-855-355-5334
P.O. Box 23127	
San Diego, CA 92193-9921	
- **Si presenta la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud:** el intercambio de beneficios de salud puede requerir el envío de comprobantes.

Cuándo enviar su comprobante



Tiene un periodo limitado para enviar su comprobante. Visite kp.org/inscripcionespecial para conocer la información y los plazos.

Si no recibimos su comprobante a tiempo, tendremos que cancelar su solicitud o solicitud de cambios en la cuenta. Puede presentar una nueva solicitud si su periodo de inscripción especial sigue vigente.

Para las solicitudes enviadas mediante buykp.org (haga clic en "Español"), envíe su comprobante en línea.

¿Necesita ayuda?



Visite kp.org/inscripcionespecial para consultar la lista completa de eventos calificados de vida. También puede llamarnos al **1-800-494-5314 (TTY 711)** o comunicarse con su corredor o productor, o un representante de Kaiser Permanente.

Información del evento calificado de vida y del solicitante principal

Puede usar esta página para adjuntarla al envío del comprobante.

¿Quién es el solicitante principal?

- En un plan individual, el solicitante principal es la persona que contará con la cobertura del plan de salud.
- En un plan familiar, el solicitante principal es el familiar que cuenta con la cobertura del plan de salud y está autorizado a hacer cambios en la cuenta.
- En un plan solo para niños (en caso de estar disponible) para un niño menor de 18 años, el niño es el solicitante principal.

Tenga en cuenta que esta no es una solicitud de cobertura de atención médica. Para recibir cobertura de atención médica, debe enviar una solicitud o un *Formulario de Cambios en la Cuenta*.

Número del evento calificado de vida de las siguientes páginas Fecha del evento calificado (mm/dd/aaaa)

 / /

Para la pérdida de la cobertura de salud esencial mínima, la fecha del evento calificado de vida es el último día entero que contó con la cobertura de su plan anterior.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Número de identificación de la solicitud (si presentó la solicitud en línea)		Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Número de historia clínica (si corresponde)	Estado (si corresponde)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Padre, madre o tutor legal (si el solicitante principal es menor de 18 años)

Nombre
<input type="text"/>
Apellido
<input type="text"/>

Corredor o productor, o representante de Kaiser Permanente (si corresponde)

Nombre
<input type="text"/>
Apellido
<input type="text"/>

Comprobante del evento calificado de vida

Evento calificado de vida

Tipo de comprobante



Cambio en la cobertura de salud

1. Pérdida de la cobertura de salud esencial mínima

California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†

Importante: NO es un evento calificado de vida en estos casos:

- Pierde la cobertura porque no pagó las primas.
- Se rescindió su plan.
- Tenía la cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.
- Canceló voluntariamente su cobertura.
- Tenía una cobertura temporal o a corto plazo, como un seguro de viaje.

De su empleador

- Carta u otro documento de su empleador donde se indique que el empleador canceló o cancelará la cobertura o los beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente y la fecha en que finalizó o finalizará esta cobertura.
- Carta o documento de su empleador donde se indique que el empleador dejó o dejará de contribuir a pagar el costo de la cobertura y la fecha en que finalizó o finalizará esta contribución.
- Talones de pago de las horas actuales y anteriores si perdió la cobertura por una reducción en las horas de trabajo.
- Carta o documento donde se indique que su cobertura finalizará debido a la edad.

De la COBRA

- Carta donde aparezca la oferta de la cobertura a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de su empleador o donde se indique cuándo finalizó o finalizará su cobertura a través de la COBRA. Debemos recibir su solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que finalizará su cobertura a través de la COBRA como se indica en su comprobante.
- Comprobante de su empleador o del administrador de la COBRA donde aparezca el otorgamiento de los subsidios y la fecha en que finalizarán.

De su administrador o Medicaid, Medi-Cal, Medicare, u otros programas gubernamentales

- Carta de su administrador donde aparezca la fecha de finalización de la cobertura.
- Carta o aviso de Medicaid, Medi-Cal o el programa Children's Health Insurance Program (CHIP) donde se indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de Medicaid, Medi-Cal o CHIP.
- Carta o aviso de un programa gubernamental, como TRICARE, Peace Corps, AmeriCorps o Medicare, donde se indique cuándo finalizó o finalizará esa cobertura.

Otra pérdida de cobertura (incluida la cobertura individual)

- Carta de su plan de salud para estudiantes donde se indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de salud para estudiantes.
- Carta u otro documento de la oficina del Seguro Social donde se indique que la persona que le cubre con su plan de salud tiene derecho a recibir Medicare.
- Carta u otro documento del empleador donde se indique que la persona que le cubre con su plan de salud comienza a recibir una nueva cobertura para empresas.
- Documentos de baja militar fechados o *Certificate of Release* (Certificado de liberación), que incluyan la fecha en que finalizó o finalizará la cobertura, si pierde la cobertura porque ya no está en servicio militar activo.
- Verificación escrita con fecha y firma de un corredor o productor, o un representante de Kaiser Permanente, o carta con fecha del administrador, si usted está o estuvo inscrito en un plan que no sigue el año calendario que está por finalizar, incluida la fecha en que finalizó el plan.

†En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida *(continuación)*

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>Pérdida de la cobertura de salud esencial mínima <i>(continuación)</i></p> <p>Colorado</p> <div> <p>Importante: NO es un evento calificado de vida en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pierde la cobertura porque no pagó las primas. • Se rescindió su plan. • Tenía la cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura. • Canceló voluntariamente su cobertura. </div>	<p>No necesita presentar ningún comprobante con su solicitud.</p>
<p>2. Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA)</p> <p>California, Colorado[†], Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington[†]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta u otra documentación donde se indique que ahora es elegible para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (<i>individual coverage health reimbursement arrangement</i>, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (<i>qualified small employer health reimbursement arrangement</i>, QSEHRA), incluida la fecha que indique cuándo es elegible por primera vez para el ICHRA o el QSEHRA.
<p>3. Interrupción de las contribuciones del empleador o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la COBRA</p> <p>California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington[†]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobante de su empleador o del administrador de la COBRA donde aparezca el otorgamiento de los subsidios y la fecha en que finalizarán.
<p>Colorado</p>	<p>No necesita presentar ningún comprobante con su solicitud.</p>

[†]En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida *(continuación)*

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
4. Información errónea sobre su inscripción en la cobertura esencial mínima California	<ul style="list-style-type: none"> Aviso del intercambio de beneficios de salud de su estado o del Departamento de Atención Médica Administrada donde se indique que usted es elegible para un periodo de inscripción especial y aparezca la fecha de determinación.
5. Cambios en la red de proveedores California	<ul style="list-style-type: none"> Aviso de que el proveedor ya no participa en el plan de beneficios de salud y donde aparezca la fecha de determinación.
6. Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica de empresas de transporte o de envíos a través de aplicaciones California	<ul style="list-style-type: none"> Una copia o una captura de pantalla de sus horas de conducción trimestrales.
7. Pérdida de la cobertura de salud a corto plazo Colorado	No necesita presentar ningún comprobante con su solicitud.
8. Pérdida de la cobertura relacionada con el embarazo o pérdida del acceso a servicios de atención médica por medio de la cobertura que se brinda al feto de una mujer embarazada Maryland	<ul style="list-style-type: none"> Carta o aviso de Medicaid o el programa Children's Health Insurance Program (CHIP) donde se indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de Medicaid o CHIP.
9. Pérdida de la cobertura de necesidades médicas Maryland	<ul style="list-style-type: none"> Carta o aviso de Medicaid o el programa Children's Health Insurance Program (CHIP) donde se indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de Medicaid o CHIP.
10. Inscripción en cualquier plan de salud grupal que no sigue el año calendario, cobertura de seguro médico individual o acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA) Maryland	<ul style="list-style-type: none"> Verificación escrita con fecha y firma de un agente, corredor o productor, o carta con fecha del administrador, si usted está o estuvo inscrito en un plan que no sigue el año calendario que está por finalizar, incluida la fecha en que finalizó el plan.

Comprobante del evento calificado de vida *(continuación)*

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>11. Ser potencialmente elegible para Medicaid o para el programa Children's Health Insurance Program (CHIP), y ser considerado no elegible después de que haya finalizado el periodo de inscripción abierta o más de 60 días después del evento calificado</p> <p>Maryland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta o aviso de Medicaid o el programa Children's Health Insurance Program (CHIP), con fecha, donde se indique que usted no es elegible para la cobertura.
<p>12. Ser recientemente inelegible para un crédito tributario anticipado para las primas o reducciones del costo compartido</p> <p>Maryland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador donde se indique un cambio en la cobertura de salud esencial mínima y aparezca la fecha de determinación. • Carta u otro documento de su empleador donde se indique que el empleador cambió o cambiará la cobertura o los beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, de modo que ya no se considere una cobertura de salud calificada, y la fecha en que cambiaron o cambiarán esta cobertura o los beneficios.
<p>13. Cambio en la cobertura de salud para empresas que hace que usted sea elegible para un crédito tributario para las primas</p> <p>California, Georgia, Hawái, Oregón, Colorado[†], Distrito de Columbia, Maryland, Virginia, Washington[†]</p> <p>Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p> <p>Ahora es elegible para un crédito tributario para las primas porque su cobertura a través de su empleador ha cambiado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador donde se indique un cambio en la cobertura de salud esencial mínima y aparezca la fecha de determinación. • Carta u otro documento de su empleador donde se indique que el empleador cambió o cambiará la cobertura o los beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, de modo que ya no se considere una cobertura de salud calificada, y la fecha en que cambiaron o cambiarán esta cobertura o los beneficios.

[†]En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

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

Evento calificado de vida

Tipo de comprobante



Cambio en la familia

Agregar o restar a un dependiente, o convertirse en uno; o muerte de un suscriptor o de un dependiente

14a. Agregar a un dependiente o convertirse en uno por matrimonio

Envíe dos tipos de comprobantes

Distrito de Columbia, Virginia

Este evento requiere un comprobante de cobertura anterior. Visite

kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.

Proporcione uno de estos:

Comprobante, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para un cónyuge durante, al menos, un día entero en los últimos 60 días (solo solicitantes dentro de los EE. UU.):

- Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días.
- Registro de beneficios para empleados que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días.

Además, proporcione uno de estos:

- Certificado o licencia de matrimonio donde aparezca la fecha de casamiento.
- Registro de matrimonio oficial del gobierno, como un registro extranjero de matrimonio donde aparezca la fecha de casamiento.

14b. Agregar a un dependiente o convertirse en uno por matrimonio o registro de la pareja de hecho

Envíe dos tipos de comprobantes

California, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Washington[†]

Este evento requiere un comprobante de cobertura anterior. Visite

kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.

Proporcione uno de estos:

Comprobante, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para un cónyuge durante, al menos, un día entero en los últimos 60 días (solo solicitantes dentro de los EE. UU.):

- Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días.
- Registro de beneficios para empleados que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días.

Además, proporcione:

- Certificado o licencia de matrimonio donde aparezca la fecha de casamiento.
- Registro de matrimonio oficial del gobierno, como un registro extranjero de matrimonio donde aparezca la fecha de casamiento.
- Registro oficial del gobierno que incluya la fecha de registro de la pareja de hecho.

[†]En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida (continuación)

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>14c. Agregar a un dependiente o convertirse en uno por matrimonio o unión civil</p> <p>Envíe dos tipos de comprobantes</p> <p>Colorado[†]</p> <p>Este evento requiere un comprobante de cobertura anterior. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p>	<p>Proporcione uno de estos:</p> <p>Comprobante, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para un cónyuge durante, al menos, un día entero en los últimos 60 días (solo solicitantes dentro de los EE. UU.):</p> <ul style="list-style-type: none">• Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días.• Registro de beneficios para empleados que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Si no puede proporcionar el comprobante de cobertura esencial mínima, puede enviar uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Documentación oficial donde figure que usted es nativo americano o nativo de Alaska.• Comprobante de que vivió uno o más días durante los 60 días anteriores a su evento de vida o durante su periodo de inscripción abierta más reciente en un área de servicio donde no había ningún plan de salud calificado disponible a través del intercambio de beneficios de salud de su estado. Puede proporcionar una captura de pantalla del sitio web del intercambio u otro comprobante del intercambio.• Comprobante de que vivió fuera de los Estados Unidos o en un territorio de los Estados Unidos uno o más días durante los 60 días anteriores a la fecha del evento calificado de vida. <p>Además, proporcione uno de estos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Certificado, licencia u otro documento de matrimonio donde aparezca la fecha de casamiento.• Registro oficial del gobierno que incluya la fecha de la unión civil.

[†]En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida (continuación)

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>14d. Agregar a un dependiente o convertirse en uno por el nacimiento de un hijo, adopción o la colocación en adopción o en 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"> • Acta de nacimiento o solicitud del acta de nacimiento del hijo. • Registro de una clínica, hospital, médico, partera, institución u otro proveedor, donde se indique la fecha de nacimiento del hijo. • Registro militar donde se indiquen la fecha y el lugar de nacimiento del hijo. • Registro oficial del gobierno de un acta de nacimiento en el extranjero donde se indiquen la fecha y el lugar de nacimiento del hijo. • Registro religioso donde se indiquen la fecha y el lugar de nacimiento del hijo. • Carta u otro documento del administrador, como una <i>Explicación de beneficios (Explanation of Benefits)</i>, donde figure que se proporcionaron servicios de atención relacionados con el nacimiento o atención después del nacimiento al hijo, a la madre o a ambos, y que incluya las fechas en las cuales se proporcionaron dichos servicios. <p>Adopción o cuidados de crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta de adopción o registro donde aparezca la fecha de adopción, con la fecha y la firma de un funcionario del tribunal. • Orden del tribunal donde figure cuándo empezó la orden. Debe tener un sello con la fecha de presentación. • Registro oficial del gobierno de una adopción doméstica o una colocación en adopción o en cuidados de crianza, donde aparezcan la fecha y el lugar de nacimiento del niño. • Documento de inmigración del Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU. para las adopciones extranjeras, que incluya la fecha de las adopciones. • Orden de manutención médica expedida por un tribunal. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. • Documentos de los cuidados de crianza con fecha y firma de un funcionario del tribunal.
<p>14d. Agregar a un dependiente o convertirse en uno por el nacimiento de un hijo, adopción o la colocación en adopción o en cuidados de crianza (continuación)</p> <p>Colorado[†]</p>	<p>Nacimiento de un hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento o solicitud del acta de nacimiento del hijo. <p>Adopción o cuidados de crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta de adopción o registro donde aparezca la fecha de adopción, con la fecha y la firma de un funcionario del tribunal. • Orden del tribunal donde figure cuándo empezó la orden. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. • Registro oficial del gobierno de una adopción doméstica o una colocación en adopción o en cuidados de crianza, donde aparezcan la fecha y el lugar de nacimiento del niño. • Documento de inmigración del Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU. para las adopciones extranjeras, que incluya la fecha de las adopciones. • Orden de manutención médica expedida por un tribunal. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. • Documentos de los cuidados de crianza con fecha y firma de un funcionario del tribunal.
<p>14e. Restar a un dependiente por divorcio, disolución de la pareja de hecho o separación legal</p> <p>California, Maryland</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de divorcio, acuerdo de disolución o acuerdo de separación, con un sello del tribunal con la fecha de presentación.

[†]En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida (continuación)

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
14f. Restar a un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal Colorado†	<ul style="list-style-type: none"> Decreto de divorcio, acuerdo de disolución o acuerdo de separación, con un sello del tribunal con la fecha de presentación.
14g. Muerte del suscriptor o de un dependiente California, Maryland Colorado†	<ul style="list-style-type: none"> Acta de defunción. Acta de defunción u obituario.
15. Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†	<ul style="list-style-type: none"> Orden del tribunal firmada con el sello del tribunal con la fecha de presentación.
Colorado†	<ul style="list-style-type: none"> Orden del tribunal firmada con el sello del tribunal con la fecha de presentación o <i>Acuerdo de beneficiario designado (Designated Beneficiary Agreement)</i> fechado.
16. Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†	<ul style="list-style-type: none"> Confirmación donde se indique que usted es víctima de maltrato en el hogar o abandono conyugal.

\$ Cambio en los ingresos

17. Cambio en los ingresos que modifica su elegibilidad para recibir asistencia financiera federal California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†	<p>Proporcione uno de estos:</p> <p>Comprobante, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para todos los solicitantes durante, al menos, un día entero en los últimos 60 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. Registro de beneficios para empleados que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Además, proporcione:</p> <ul style="list-style-type: none"> La determinación de elegibilidad más reciente del intercambio de beneficios de salud de su estado donde aparezca la fecha de determinación.
--	--

Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.

†En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida (continuación)

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<div data-bbox="87 212 162 294"></div> <div data-bbox="186 226 675 279"><h3>Cambio en la residencia</h3></div> <div data-bbox="87 331 433 405"><p>18. Traslado permanente con acceso a nuevos planes</p></div> <div data-bbox="129 415 487 525"><p>California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†</p></div> <div data-bbox="113 579 399 766"><p>Elija "Traslado permanente con acceso a nuevos planes" si cumple alguna de las siguientes condiciones:</p></div> <div data-bbox="113 783 399 1306"><ul style="list-style-type: none">• Se mudó de un área sin Kaiser Permanente a un área de 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 calificado.</div> <div data-bbox="133 1352 480 1539"><p>Este evento requiere un comprobante de cobertura anterior. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p></div>	<p>Si se trasladó de manera permanente (se mudó) a los Estados Unidos de otro país Envíe lo siguiente: Si es ciudadano no estadounidense que se muda a los Estados Unidos, proporcione la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Documentos de naturalización firmados, tarjeta de residencia permanente, certificado de educación o visa con fecha dentro de los últimos 60 días.• Si su documento tiene más de 60 días de vigencia, también incluya el comprobante de entrada con fecha dentro de los últimos 60 días. Puede ser un registro de entrada y salida (formularios I-94/I-94A) donde aparezca su fecha de entrada a los EE. UU.• Comprobante de una nueva dirección dentro de nuestra área de servicio con fecha dentro de los últimos 60 días (consulte los siguientes ejemplos). <p>Si es ciudadano estadounidense que se muda de nuevo a los Estados Unidos, proporcione la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comprobante de ciudadanía estadounidense. Puede ser acta de nacimiento o pasaporte estadounidenses.• Comprobante de entrada con fecha en los últimos 60 días. Puede ser un registro de entrada y salida donde aparezca su fecha de entrada a los EE. UU.• Comprobante de residencia anterior en el extranjero y dirección actual dentro de nuestra área de servicio con fecha dentro de los últimos 60 días. <p>Estos son algunos ejemplos del comprobante de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acuerdo de arrendamiento o alquiler.• Documentos de seguros, como la póliza o el estado de cuenta del seguro para propietarios de viviendas, seguro para inquilinos o seguro de vida.• Escritura hipotecaria, si indica que el propietario usa la propiedad como su residencia principal.• Recibo de pago de la hipoteca o del alquiler.• Factura de internet, cable u otro servicio (incluido cualquier servicio público, como una factura de gas o de agua) u otra confirmación de servicio (incluida una orden de conexión del servicio o una orden de trabajo).• Factura de teléfono donde aparezca su dirección (se aceptan facturas de teléfonos celulares o de servicios inalámbricos).• Correo de una institución financiera, como un estado de cuenta bancario.• Talón de pago donde aparezca su dirección. <p>Si se trasladó de manera permanente (se mudó) dentro de los Estados Unidos Envíe un total de tres documentos: 1) Uno de los siguientes comprobantes, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para todos los solicitantes durante, al menos, un día entero en los últimos 60 días:</p> <ul style="list-style-type: none">• Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días.• Registro de beneficios para empleados que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p style="text-align: right;">(Continúa)</p>

†En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida *(continuación)*


Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>18. 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 nuevos planes" si cumple alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mudó de un área sin Kaiser Permanente a un área de Kaiser Permanente. • Se mudó a una nueva residencia dentro del área de servicio de Kaiser Permanente donde su plan de salud actual no está disponible o tiene otras opciones de planes de salud. • 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 calificado. <p>Este evento requiere un comprobante de cobertura anterior. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p>	<p>2 y 3) Dentro de los 60 días de su mudanza: uno de los siguientes documentos donde figure su dirección anterior y uno donde figure su dirección actual (no se admiten apartados postales):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo de arrendamiento o alquiler. • Documentos de seguros, como la póliza o el estado de cuenta del seguro para propietarios de viviendas, seguro para inquilinos o seguro de vida. • Escritura hipotecaria, si indica que el propietario usa la propiedad como su residencia principal. • Recibo de pago de la hipoteca o del alquiler. • Correo del Department of Motor Vehicles (Departamento de Vehículos Motorizados), como una licencia de conducir válida, un registro del vehículo o una tarjeta de cambio de dirección. • Correo de una agencia gubernamental a su dirección, como una declaración del Seguro Social o un aviso del programa Temporary Assistance for Needy Families o del Supplemental Nutrition Assistance Program. • Su identificación estatal válida. • Factura de internet, cable u otro servicio (incluido cualquier servicio público, como una factura de gas o de agua) u otra confirmación de servicio (incluida una orden de conexión del servicio o una orden de trabajo). • Factura de teléfono donde aparezca su dirección (se aceptan facturas de teléfonos celulares o de servicios inalámbricos). • Correo de una institución financiera, como un estado de cuenta bancario. • Carta de confirmación de cambio de dirección del Servicio Postal de los EE. UU. • Talón de pago donde aparezca su dirección. • Tarjeta de registro de votante donde aparezca su nombre y dirección. • Documentos del Departamento Correccional, la cárcel o la prisión donde aparezcan la liberación o la libertad condicional recientes, incluida una orden de libertad condicional con fecha, una orden de liberación con fecha o una certificación de dirección.

†En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida (continuación)

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>18. Traslado permanente con acceso a nuevos planes (Continuación) Colorado</p> <p>Elija "Traslado permanente con acceso a nuevos planes" si cumple alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se mudó de un área sin Kaiser Permanente a un área de Kaiser Permanente.• Se mudó a una nueva residencia dentro del área de servicio de Kaiser Permanente donde su plan de salud actual no está disponible o tiene otras opciones de planes de salud.• 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 calificado.	<p>No necesita presentar ningún comprobante con su solicitud.</p>

Comprobante del evento calificado de vida (continuación)

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
 Otros eventos calificados de vida	
19. Determinación de circunstancias excepcionales por parte del intercambio de beneficios de salud de su estado California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†	<ul style="list-style-type: none"> Carta o aviso del intercambio de beneficios de salud de su estado donde se indique que usted es elegible para un periodo de inscripción especial y aparezca la fecha de determinación.
20. Determinación de circunstancias excepcionales por parte del comisionado del Departamento de Seguros Colorado†	<ul style="list-style-type: none"> Carta o aviso del comisionado del Departamento de Seguros donde se indique que usted es elegible para un periodo de inscripción especial y aparezca la fecha de determinación.
21. Demostración de que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición importante de su contrato respecto a la persona inscrita California	<ul style="list-style-type: none"> Confirmación escrita, con fecha, del Departamento de Atención Médica Administrada de que el plan de salud en el que está inscrito infringió de manera sustancial una disposición importante de su contrato.
Colorado	No necesita presentar ningún comprobante con su solicitud.
Maryland	<ul style="list-style-type: none"> Confirmación escrita, con fecha, de la Administración de Seguros de Maryland de que el plan de salud en el que está inscrito infringió de manera sustancial una disposición importante de su contrato.
22. Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional de la atención médica Maryland	<ul style="list-style-type: none"> Documento de su proveedor de atención médica que confirme su embarazo inicial. Tiene 90 días desde la confirmación de su embarazo para inscribirse.
Colorado†	<ul style="list-style-type: none"> Documento de su proveedor de atención médica que confirme su embarazo inicial.
23. Liberación de prisión California, Colorado	No necesita presentar ningún comprobante con su solicitud.
Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington	Si salió de la cárcel hace poco, tendrá que presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado. No necesita presentar ningún comprobante.

†En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida *(continuación)*

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
24. Cobertura como nativo americano o nativo de Alaska California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington [†] <div>Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.</div>	<ul style="list-style-type: none"> Documentación oficial donde figure su estado.
Colorado	No necesita presentar ningún comprobante con su solicitud.
25. Cambio en el estatus migratorio California, Colorado [†] , Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington [†] <div>Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.</div>	<ul style="list-style-type: none"> Documentación oficial del cambio en la ciudadanía o el estatus migratorio.
26. Pago de la multa por no tener cobertura de salud California <div>Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.</div>	Si pagó la multa de la responsabilidad compartida para individuos a la Franchise Tax Board (Junta de Impuestos de Franquicias) de California dentro de los últimos 60 días, no necesita presentar ningún comprobante.
27. Inscripción en temporada de impuestos Colorado	Su declaración de impuestos y Connect for Health Colorado han validado su información financiera, y no necesita enviar ningún otro comprobante.
Virginia	Su declaración de impuestos y el Mercado de Seguros de Virginia han validado su información financiera, y no necesita enviar ningún otro comprobante.

[†]En este estado, Kaiser Permanente recopila los comprobantes de los eventos calificados de vida para los planes de salud comprados en el intercambio.

Comprobante del evento calificado de vida (continuación)

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>28. Inscripción sencilla en temporada de impuestos Maryland</p> <p>Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p>El contralor ha validado su información financiera, y no necesita enviar ningún otro comprobante.</p>
<p>29. Periodo de inscripción especial (SEP) mensual para suscriptores de bajos ingresos Washington</p> <p>Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p>Si su ingreso es inferior al 250 % del nivel federal de pobreza, el intercambio de su estado determinará si califica para un periodo de inscripción especial (<i>Special Enrollment Period</i>, SEP) mensual y le informará, si corresponde, qué comprobante necesita.</p>
<p>30. Inscripción sencilla para demandantes con seguro de desempleo Maryland</p> <p>Debe presentar la solicitud a través del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p>Si recibió una carta de Maryland Health Connection donde le indican que calificó de manera preliminar para la cobertura de atención médica. Maryland Health Connection ha validado su información financiera, y no necesita enviar ningún otro comprobante.</p>

En California, los planes de Kaiser Foundation Health Plan (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 Piedmont 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 los condados de Clark, Cowlitz y otros específicos), todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 2715 Naches Ave. SW, 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., 4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785.