

Formulario del comprobante del evento calificado de vida

 <p>¿Quién debe utilizar 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 período anual de inscripción abierta. 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 del comprobante del evento calificado de vida como comprobante cuando presente su solicitud 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 intercambio de beneficios de salud de Colorado o Washington. Para todas las demás solicitudes del intercambio, consulte la información del intercambio de su estado sobre cómo enviar comprobantes para los planes del intercambio. Puede ayudarle a saber qué tipo de comprobante necesita presentar para su evento calificado de vida. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Los miembros del plan Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) deben enviar su comprobante junto con su Formulario de Cambios en la Cuenta. ◦ Las personas que no son miembros del plan Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) deben enviar su comprobante junto con su solicitud de cobertura de salud.
 <p>¿Quién no debe utilizar 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 son elegibles para solicitar la nueva cobertura de KPIF. Visite kp.org/medicare (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar una cobertura de Medicare.
 <p>Cómo utilizar este formulario California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Llene los pasos 1, 2 y 3. • Envíe 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 16 para más información.
 <p>Cuándo enviar su comprobante California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington</p>	<p>Tiene un período limitado para enviar el comprobante. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información y los plazos.</p> <p>Si no recibimos su comprobante a tiempo, tendremos que cancelar su solicitud o solicitud de cambios en la cuenta. Puede volver a presentar la solicitud si su período de inscripción especial todavía está vigente.</p> <p>Para las solicitudes que se realicen 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. También puede llamarnos al 1-800-494-5314 (TTY 711) o comunicarse con su corredor, productor o representante de Kaiser Permanente.</p>

Nombre del solicitante principal

PASO 1: Información del solicitante principal

¿Quién es el solicitante principal?

- En un plan individual, el solicitante principal es la persona que tendrá la cobertura del plan de salud.
- En un plan familiar, el solicitante principal es el familiar inscrito en el plan de salud que está autorizado a realizar cambios a 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.

Tome en cuenta que esta no es una solicitud de cobertura de atención médica. 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 celular si corresponde)
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Número de identificación de la solicitud (si hizo 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 (si corresponde)		
<input type="text"/>		
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Padre/madre/tutor legal (si el solicitante principal es menor de 18 años)		
Nombre		
<input type="text"/>		
Apellido		
<input type="text"/>		
Corredor, productor o representante de Kaiser Permanente (si corresponde)		
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 mínima esencial, la fecha del evento calificado de vida es el último día completo en que tuvo cobertura de su plan anterior.

Nombre del solicitante principal

PASO 3: Comprobante 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 esta información sobre el solicitante principal en la primera página de su comprobante o en una página adjunta:
 - Nombre y apellido
 - Dirección de su casa (no se admiten los 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 de salud 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 anuló su plan.• Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.• Canceló su cobertura voluntariamente.• 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"/> Talones de pago de las horas actuales y anteriores si perdió la cobertura por una reducción de las horas de trabajo.<input type="checkbox"/> Carta o documento que indique que su cobertura terminará debido a la edad. <hr/> <p>De la COBRA</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Una carta que muestra la oferta de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de su empleador o que indique cuándo finalizó o finalizará su cobertura de la COBRA. Debemos recibir su solicitud en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que su cobertura de la COBRA finalizará según se establece en su comprobante.<input type="checkbox"/> Un comprobante de su empleador o administrador de la COBRA que muestre los subsidios proporcionados y la fecha en que terminarán. <hr/> <p>De su administrador o Medicaid, Medi-Cal, Medicare u otros programas gubernamentales</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Carta de su administrador que muestre la fecha de finalización de la cobertura.<input type="checkbox"/> Carta o aviso de Medicaid, Medi-Cal o el Children's Health Insurance Program (CHIP) que indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de Medicaid, Medi-Cal o del CHIP.<input type="checkbox"/> Carta o aviso de un programa gubernamental, como TRICARE, Peace Corps, AmeriCorps o Medicare que indique cuándo finalizó o finalizará esa cobertura.

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

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 de salud mínima esencial <i>(continuación)</i></p> <p>California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington[†]</p>	<p>Otro tipo de pérdida de cobertura (incluida la cobertura individual)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Carta de su plan de salud de estudiante que indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de salud del estudiante.<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 Liberación, incluida la fecha en la que finalizó o finalizará la cobertura, si pierde la cobertura porque ya no está 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 del administrador, 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.
<p>Pérdida de la cobertura de salud mínima esencial <i>(continuación)</i></p> <p>Colorado</p> <div style="background-color: #e1f5fe; padding: 10px;"><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 anuló su plan.• Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.• Canceló su cobertura voluntariamente.</div>	<p>No se requieren comprobantes con su solicitud.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. Pérdida de la cobertura relacionada con el embarazo o pérdida del acceso a los servicios de atención para la salud por medio de la cobertura que se brinda al feto de una mujer embarazada</p> <p>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>

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 3. Pérdida de cobertura de necesidades médicas Maryland	<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.
<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 (QSEHRA) Maryland	<input type="checkbox"/> Verificación escrita 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 sigue el año calendario que está por finalizar, incluida la fecha en la que finalizó el plan.
5. Agregar, perder o convertirse en dependiente, o la muerte de un suscriptor o un dependiente <input type="checkbox"/> 5a. Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio Marque 2 casillas en total. Distrito de Columbia, Virginia Este evento requiere un comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.	Proporcione uno de los siguientes: Comprobante de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días de su administrador anterior (únicamente para solicitantes dentro de los EE. UU.): <input type="checkbox"/> Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. Y proporcione uno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Certificado o licencia de matrimonio que muestre la fecha del matrimonio. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno del matrimonio, que incluya un registro de matrimonio extranjero que muestre la fecha del matrimonio.
<input type="checkbox"/> 5b. Agregar un dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o del registro de una sociedad doméstica Marque 2 casillas en total. California, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Washington† Este evento requiere un comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.	Proporcione uno de los siguientes: Comprobante de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días de su administrador anterior (únicamente para solicitantes dentro de los EE. UU.): <input type="checkbox"/> Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. Y proporcione: <input type="checkbox"/> Certificado o licencia de matrimonio que muestre la fecha del matrimonio. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno del matrimonio, que incluya un registro de matrimonio extranjero que muestre la fecha del matrimonio. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno, incluida la fecha de registro de la sociedad doméstica.

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

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 5c. Agregar a un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o la unión civil</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>Colorado†</p> <p>Este evento requiere un comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes:</p> <p>Comprobante de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días de su administrador anterior (únicamente para solicitantes dentro de los EE. UU.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. <p>Si no puede presentar un comprobante de cobertura esencial mínima, puede enviar uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documento oficial que muestre que es nativo estadounidense 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 intercambio de beneficios de salud de su estado. Puede proporcionar una captura de pantalla del sitio web del intercambio u otro comprobante 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"/> Registro oficial del gobierno que incluya la fecha de la unión civil.
<p><input type="checkbox"/> 5d. Agregar o convertirse en un dependiente por el nacimiento de un hijo, adopción, cuidado de crianza, o colocación en adopción o en cuidado 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 un acta de nacimiento del hijo. <input type="checkbox"/> Registro de una clínica, un hospital, un médico, una partera, una institución u otro proveedor, en el que se indique la fecha de nacimiento del hijo. <input type="checkbox"/> Registro militar que indique la fecha de nacimiento del hijo y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno de un acta de nacimiento en el extranjero que indique la fecha de nacimiento del hijo y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Registro religioso que indique la fecha de nacimiento del hijo y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Una carta u otro documento del administrador, como una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits), que muestre que se proporcionaron servicios de atención relacionados con el nacimiento o atención después del nacimiento al hijo, la madre o ambos, y que incluya las fechas de servicio. <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, con fecha y firmado por un funcionario del tribunal. <input type="checkbox"/> Orden del tribunal que indique cuándo empezó la orden. Debe tener un sello con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno 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 del tribunal para recibir manutención médica. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Documentos de cuidados de crianza con fecha y firma de un funcionario del tribunal.

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
5d. Agregar o convertirse en un dependiente por el nacimiento de un hijo, adopción, cuidado de crianza, o colocación en adopción o en cuidado de crianza <i>(continuación)</i> Colorado†	Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o solicitud de un acta de nacimiento del hijo. Adopción o cuidados de crianza <input type="checkbox"/> Carta de adopción o registro que indique la fecha de adopción, con fecha y firmado por un funcionario del tribunal. <input type="checkbox"/> Orden del tribunal que indique cuándo empezó la orden. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno 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 del tribunal para recibir manutención médica. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Documentos de cuidados de crianza con fecha y firma de un funcionario del tribunal.
<input type="checkbox"/> 5e. Dejar de tener un dependiente por divorcio, disolución de la sociedad doméstica o separación legal California, Maryland	<input type="checkbox"/> Decreto de divorcio, acuerdo de disolución o acuerdo de separación, con el sello de fecha de presentación del tribunal.
<input type="checkbox"/> 5f. Dejar de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal Colorado†	<input type="checkbox"/> Decreto de divorcio, acuerdo de disolución o acuerdo de separación, con el sello de fecha de presentación del tribunal.
<input type="checkbox"/> 5g. Muerte del suscriptor o de un dependiente California, Maryland	<input type="checkbox"/> Acta de defunción.
Colorado†	<input type="checkbox"/> Acta de defunción u obituario.
<input type="checkbox"/> 6. 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†	<input type="checkbox"/> Orden del tribunal firmada y con el sello de fecha de presentación del tribunal.
Colorado†	<input type="checkbox"/> Orden del tribunal firmada con el sello de fecha de presentación del tribunal o el Acuerdo de Beneficiario Designado con fecha.

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

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</p> <p>California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington[†]</p> <p>Elija Traslado permanente con acceso a nuevos planes, 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 un comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p>	<p>Si se trasladó de manera permanente (se mudó) a Estados Unidos de otro país</p> <p>Envíe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Papeles de naturalización firmados, tarjeta verde, certificado de educación o visa con fecha de los últimos 60 días. <p>Si se trasladó de manera permanente (se mudó) dentro de Estados Unidos</p> <p>Envíe un total de tres documentos:</p> <p>1) Uno de los siguientes comprobantes de cobertura esencial mínima de su administrador anterior para todos los solicitantes durante por lo menos un día entero en los últimos 60 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. <p>2 y 3) En un plazo de 60 días de su mudanza: uno de los siguientes documentos que muestre su dirección previa y uno que muestre su dirección actual (no se admiten apartados postales):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento o alquiler. <input type="checkbox"/> Documentos de seguro, como la póliza o el estado de cuenta del seguro para propietarios de viviendas, seguro para inquilinos o seguro de vida. <input type="checkbox"/> Escritura hipotecaria, si dice que el propietario usa el bien inmueble como su residencia principal. <input type="checkbox"/> Recibo de pago de la hipoteca o el alquiler. <input type="checkbox"/> Correspondencia del Departamento de Vehículos Motorizados, como una licencia de conducir, 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 del programa Temporary Assistance for Needy Families o del Supplemental Nutrition Assistance Program. <input type="checkbox"/> Su identificación estatal válida. <input type="checkbox"/> Factura de Internet, cable u otro servicio (incluido cualquier servicio público como una factura de gas o agua) u otra confirmación de servicio (incluida una orden de instalación de servicio u orden de trabajo). <input type="checkbox"/> Factura de teléfono que muestre su dirección (las facturas de teléfonos celulares o servicio inalámbrico son aceptables). <input type="checkbox"/> Correspondencia de una institución financiera, como el estado de cuenta de un banco. <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 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.

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>Traslado permanente con acceso a nuevos planes <i>(continuación)</i> Colorado</p> <p>Elija Traslado permanente con acceso a nuevos planes, 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 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.• 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>No se requieren comprobantes con su solicitud.</p>

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 presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p> <p>Ahora es elegible para recibir un crédito tributario para la prima porque cambió su cobertura por medio de su empleador.</p>	<p><input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el cambio de cobertura de salud mínima esencial y muestre la fecha de 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 por el intercambio 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 intercambio de beneficios de salud de su estado que indique que es elegible para obtener un período de inscripción especial, con 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 (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (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 es elegible para comprar un plan de salud individual mediante 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), incluida la fecha que indique cuándo es elegible por primera vez para el ICHRA o QSEHRA.</p>

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

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 del cónyuge que ocurre 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 o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la COBRA California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington [†]	<input type="checkbox"/> Un comprobante de su empleador o administrador de la COBRA que muestre los subsidios proporcionados y la fecha en que terminarán.
Colorado	No se requieren comprobantes con su solicitud.
<input type="checkbox"/> 13. Liberación del encarcelamiento California, Colorado	No se requieren comprobantes con su solicitud.
Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington	Si lo liberaron recientemente de un encarcelamiento (cárcel), tendrá que presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud del estado. No se requiere comprobante.
<input type="checkbox"/> 14. Información errónea sobre su inscripción en la cobertura mínima esencial California	<input type="checkbox"/> Aviso del intercambio de beneficios de salud de su estado o del Departamento de Atención Médica Administrada que indique que es elegible para un período de inscripción especial y que muestre la fecha de determinación.
<input type="checkbox"/> 15. 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 muestra la fecha de determinación.

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 16. Demostración de que un plan calificado violó sustancialmente una disposición material de su contrato respecto a la persona inscrita California	<input type="checkbox"/> Confirmación del Departamento de Atención Médica Administrada, con fecha y por escrito, de que el plan de salud en el cual usted está inscrito violó de manera sustancial una disposición pertinente de su contrato.
Colorado	No se requieren comprobantes con su solicitud.
Maryland	<input type="checkbox"/> Confirmación de la Administración de Seguros de Maryland, con fecha y por escrito, de que el plan de salud en el cual usted está inscrito violó de manera sustancial una disposición pertinente de su contrato.
<input type="checkbox"/> 17. Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica por el trabajo realizado en empresas de reparto o de envíos a través de aplicaciones California	<input type="checkbox"/> Una copia o una captura de pantalla de sus horas de conducción del trimestre.
<input type="checkbox"/> 18. 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 periodo de inscripción especial, con la fecha de determinación.
<input type="checkbox"/> 19. Pérdida de la cobertura de atención médica a corto plazo Colorado	No se requieren comprobantes con su solicitud.
<input type="checkbox"/> 20. Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional de la atención médica 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 [†]	<input type="checkbox"/> Un documento de su proveedor de atención médica que confirme su embarazo inicial.

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

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"/> 21. 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</p> <p>Debe presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p><input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el cambio de cobertura de salud mínima esencial y muestre la fecha de 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"/> 22. Inscripción fácil en temporada de impuestos Maryland</p> <p>Debe presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p>Su información financiera fue validada por el contralor y no necesita enviar ninguna prueba adicional.</p>
<p><input type="checkbox"/> 23. Inscripción fácil para demandantes con seguro de desempleo Maryland</p> <p>Debe presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p>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 ningún comprobante adicional.</p>
<p><input type="checkbox"/> 24. Cambio en el estado migratorio California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†</p> <p>Debe presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p><input type="checkbox"/> Documentación oficial de un cambio de estado de ciudadanía o migratorio.</p>

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

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"/> 25. Cobertura para nativos estadounidenses o nativos de Alaska California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia, Washington†</p> <p>Debe presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p><input type="checkbox"/> Documentación oficial que muestre su estado.</p>
Colorado	No se requieren comprobantes con su solicitud.
<p><input type="checkbox"/> 26. 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 presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes: Comprobante de cobertura esencial mínima para todos los solicitantes de su administrador anterior durante por lo menos un día entero en los últimos 60 días.</p> <p><input type="checkbox"/> Factura de la prima pagada que compruebe la cobertura en los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura en los últimos 60 días.</p> <p>Y proporcione: <input type="checkbox"/> La determinación de elegibilidad más reciente del intercambio de beneficios de salud de su estado que muestre la fecha de determinación.</p>
<p><input type="checkbox"/> 27. Período de inscripción especial (SEP) mensual para suscriptores de bajos ingresos California, Colorado, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Virginia</p> <p>Debe presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.</p>	<p>Si su ingreso está por debajo del 150 % del nivel federal de pobreza, reúne los requisitos para un período de inscripción especial mensual y no se requiere comprobante.</p>
Washington	<p>Si su ingreso está por debajo del 250 % del nivel federal de pobreza, el intercambio de su estado determinará si reúne los requisitos para un período de inscripción especial mensual y le informará qué comprobantes se requieren, si corresponde.</p>

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 28. Inscripción en temporada de impuestos Colorado	Su información financiera ha sido validada a través de su declaración de impuestos y Connect for Health Colorado y no necesita enviar comprobantes adicionales.
<input type="checkbox"/> 29. Sanción pagada por no tener cobertura médica California Debe presentar la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud de su estado.	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.
<input type="checkbox"/> 30. 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	<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.

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 postal o fax:** use la información en esta página para enviar su comprobante y este formulario a la dirección o al número de fax que aparece a continuación.
- **Si presentará la solicitud por medio del intercambio de beneficios de salud:** el intercambio de beneficios de salud puede solicitar la presentación de un comprobante.

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

Por correo postal

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, afirma que el evento calificado de vida sucedió. Es importante que obtengamos un comprobante de su evento calificado de vida. Nos basaremos en su firma y sus comprobantes para decidir si se puede inscribir durante un período de inscripción especial. Si determinamos que el 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 judiciales. La acción judicial puede incluir, entre otras, la cancelación de manera retroactiva de su cobertura al día en que comenzó. También puede ser responsable de todos los cargos de cualquier servicio que haya recibido.

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 Clark, Cowlitz y algunos otros condados), 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., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852.