



Solicitud de Inscripción al Fondo de Atención Médica

Los campos indicados con (*) son obligatorios. Por favor responda en inglés.

SU INFORMACIÓN

*Primer Nombre	Segundo Nombre	*Apellido	Sufijo (es decir, Jr, Sr, I, II, III)
*Correo electrónico	*Número de teléfono móvil/celular	*Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	*Seguro Social/ITIN <input type="checkbox"/> No Tengo Uno
*Dirección de Envío			
*Ciudad	*Estado	*Código Postal	
Domicilio (si es diferente a la dirección postal anterior)			
Ciudad	Estado	Código Postal	
*Idioma Escrito Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Chino (Simplificado) <input type="checkbox"/> Chino (Tradicional) <input type="checkbox"/> Otro _____	*¿Qué tipo de proveedor es? <input type="checkbox"/> Con licencia: Número de Licencia _____ <input type="checkbox"/> Familia, Amigos y Vecinos/Exención de Licencia <input type="checkbox"/> No Estoy Segura(o)		
Nombre del Negocio	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No quiero especificar		
Etnicidad <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No quiero especificar			
¿Es usted miembro de Child Care Providers United? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Estoy Segura(o)		¿Con cuántos niños subsidiados trabaja? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+	

SU PLAN DE SALUD

*(Marque Uno) Seleccione su Seguro Médico actual. Nota: Si selecciona Plan de Empleador, deberá identificar si es el empleado o dependiente.

Covered California – Nombre del plan: _____

Plan del Empleador
Si se selecciona: Plan de Empleador como Empleado Plan de Empleador como Dependiente

<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> Tanto Medi-Cal como Medicare (Plan Medi-Medi)
-----------------------------------	-----------------------------------	---	--

No tengo un plan de salud calificado y necesito ayuda con la inscripción
Si se selecciona: Tamaño del hogar _____ Ingresos del hogar _____

FIRMAR Y RECONOCER

Yo, el abajo firmante, entiendo y acepto que:

- El Fondo de Atención Médica de CCPU es no un seguro de salud.
- Debo seleccionar y mantener la cobertura en un plan de seguro de salud calificado que haya sido aprobado por la Junta de Síndicos para recibir cualquier beneficio del Fondo de Atención Médica de CCPU.
- Mi cónyuge, pareja de hecho y dependientes no son elegibles para ningún beneficio del Fondo de Atención Médica de CCPU.
- Tengo que pagar mis propias primas para la cobertura de seguro del plan de salud que califique.
- Debo responder oportunamente a todos los avisos y solicitudes de información del Fondo de Atención Médica de CCPU y sus afiliados, el no hacerlo puede retrasar o interrumpir mis beneficios a través de este programa.

Doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que si proporciono información incompleta, falsa o engañosa, mi solicitud puede ser denegada, mi participación en el Fondo de Atención Médica de CCPU puede ser cancelada y mis reclamos pueden ser denegados. Informaré al Fondo de Atención Médica de CCPU sobre cualquier cambio en la información de esta solicitud dentro de los 30 días posteriores al cambio. También entiendo que enviar esta solicitud no garantiza mis beneficios ni me inscribe en un plan de beneficios de salud o cobertura de seguro médico a través de Covered California o cualquier otra compañía de seguros. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Fondo de Atención Médica de CCPU y a la Junta de Síndicos de cualquier responsabilidad por el pago de beneficios basados en cualquier información que sea inexacta o falsa y reembolsar cualquier beneficio que haya recibido incorrectamente.

*Firma	*Fecha (mm/dd/aaaa)
--------	---------------------

PARA ENVIAR, ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO, FAX O CORREO POSTAL ESTA SOLICITUD COMPLETA CON PRUEBA DE COBERTURA (CONSULTE EL REVERSO) A:

apply@ccpuhealth.org | Fax: (949) 809-8920 | Child Care Providers United – California Workers Health Care Fund, P.O. Box 57027, Irvine, CA 92619
Ayuda Adicional: (833) 714-6028 | support@ccpuhealth.org

SOLICITE EN LÍNEA PARA UN PROCESAMIENTO MÁS RÁPIDO, VISITE
WWW.CCPUHEALTH.ORG

ENVÍO DE SU PRUEBA DE COBERTURA

Para completar su Solicitud del Fondo de Atención Médica de CCPU, requerimos prueba de cobertura de su plan de seguro médico actual. Esta documentación complementaria debe proporcionar detalles que verifiquen su nombre como titular de la póliza, el nombre de su plan de atención médica y el período de cobertura.

Algunos ejemplos de nombres de planes de salud calificados incluyen:

- Anthem Silver 70 HMO
- CCHP Silver 70 HMO
- Kaiser Permanente Silver 70 HMO
- Western Health Advantage Silver 70 HMO

Hemos incluido una lista de documentos que podemos aceptar como prueba de cobertura, según su plan de seguro médico actual.

Si seleccionó Covered California en la página 1, envíe uno de estos documentos.

- Estado de cuenta de prima
- Certificado de cobertura
- Explicación de beneficios

Si seleccionó Medi-Cal en la página 1, envíe uno de estos documentos.

- Copia de la tarjeta de Identificación del Seguro Médico
- Explicación de beneficios

Si seleccionó Medicare en la página 1, envíe uno de estos documentos.

- Estado de cuenta de prima
- Certificado de cobertura

Si seleccionó Medicare Advantage en la página 1, envíe uno de estos documentos.

- Estado de cuenta de prima
- Certificado de cobertura

Si seleccionó Medi-Cal y Medicare (Plan Medi-Medi) en la página 1, envíe uno de estos documentos.

- Copia de la tarjeta de Identificación del Seguro Médico
- Estado de cuenta de prima
- Certificado de cobertura
- Explicación de beneficios

Si seleccionó Plan de Empleador (como Empleado) en la página 1, envíe uno de estos documentos.

- Talón de cheque/nómina
- Certificado de cobertura

Si seleccionó el Plan del Empleador (como Dependiente) en la página 1, envíe uno de estos documentos.

- Certificado de cobertura
- Formulario de inscripción abierta
- Resumen de beneficios



SOLICITE EN LÍNEA PARA
UN PROCESAMIENTO MÁS
RÁPIDO, VISITE
WWW.CCPUHEALTH.ORG