

Formulario del comprobante del evento de vida calificado

 <p>¿Quién debe utilizar este formulario?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un evento de vida calificado es un cambio en su vida que le permite solicitar cobertura de atención médica fuera del periodo anual de inscripción abierta. Este plazo se llama un periodo de inscripción especial. Algunos ejemplos son casarse, mudarse a una nueva área de servicio de Kaiser Permanente con acceso a nuevos planes de salud y perder la cobertura por haber perdido el trabajo. • Use este Formulario del Comprobante del Evento de Vida Calificado para presentar su comprobante directamente a Kaiser Permanente si usted o un dependiente tuvo un evento de vida calificado. 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 de vida calificado. <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 atención médica.
 <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 podrán solicitar la cobertura de KPIF. Visite kp.org/medicare para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar cobertura de Medicare.
 <p>Cómo usar este formulario California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete los Pasos 1, 2 y 3. • Envíe este formulario y el comprobante de su evento de vida calificado junto con su solicitud o Formulario de Cambios en la Cuenta (si corresponde). Consulte "Cómo enviar su comprobante" en la página 13 para conocer los detalles.
 <p>Cuándo presentar su comprobante California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p>Tiene un periodo limitado para enviar el comprobante. Visite kp.org/specialenrollment para obtener información sobre los detalles y 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 periodo de inscripción especial todavía está vigente.</p> <p>Para las solicitudes que se realicen en buykp.org, presente su comprobante en línea.</p>
 <p>¿Necesita ayuda?</p>	<p>Visite kp.org/specialenrollment para obtener más información. Además, puede llamarnos al 1-800-494-5314 (para TTY, llame al 711) o comunicarse con su corredor, productor o representante de Kaiser Permanente.</p>

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



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 el familiar inscrito en el plan de salud que está autorizado a realizar cambios a la cuenta.
- En un plan solo para niños (cuando se ofrece) 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 de salud. Para obtener cobertura de atención salud, tiene que enviar una solicitud o un Formulario de Cambios en la Cuenta.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		Teléfono
<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 (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"/>
Madre, padre o 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"/>		

Nombre del solicitante principal

PASO 2: Información de eventos de vida calificados

Número de evento de vida calificado del Paso 3

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

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

PASO 3: Prueba de su evento de vida calificado

- Marque una casilla para su evento de vida calificado 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
 - Domicilio (no se admiten los apartados postales)
 - Número de historia clínica (si lo hubiere)
 - Fecha de nacimiento

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 1. Pérdida de la cobertura de salud mínima esencial California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<input type="checkbox"/> De sus empleadores <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"/> Talones 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 dependiente cumple 26 años y ya no es elegible para tener cobertura por medio del plan de salud de uno de los padres.
	<input type="checkbox"/> Carta de su administrador o Medicaid, Medi-Cal, Medicare u otros programas gubernamentales. <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Carta de su administrador 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"/> Una carta o aviso de un programa del gobierno, como TRICARE, Peace Corps, AmeriCorps o Medicare, que diga cuándo terminó o terminará esa cobertura.
	<input type="checkbox"/> Otro <ul style="list-style-type: none"><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, fechada y firmada de un agente, productor o un representante de Kaiser Permanente, o una carta fechada del administrador si está o estaba inscrito en un plan anual no calendario que está por finalizar, incluida la fecha en que finalizó el plan.

Importante: NO es un evento de vida calificado si:

- 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.

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

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<p>Pérdida de la cobertura de salud mínima esencial <i>(continuación)</i> Colorado[†]</p> <p>Importante: NO es un evento de vida calificado 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>De sus empleadores</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 COBRA de su empleador, incluida la fecha de inicio o que indique cuándo finalizó o finalizará su cobertura de COBRA. <input type="checkbox"/> Comprobante de edad y evidencia de la pérdida de cobertura cuando un dependiente cumple 26 años y ya no es elegible para tener cobertura por medio del plan de salud de uno de los padres. <hr/> <p>Carta 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, incluida la fecha de finalización de la cobertura de COBRA. <input type="checkbox"/> Carta de la División de Seguros que confirme la pérdida de la cobertura de salud mínima esencial.
<p><input type="checkbox"/> 2. Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>Distrito de Columbia, Virginia</p> <p>Tiene que presentar un comprobante de la cobertura anterior de un cónyuge por al menos un día entero, a menos que estuviera viviendo en un área donde no se ofrecía un plan de salud autorizado por medio del mercado de beneficios de salud de su estado. El mercado de seguros médicos de su estado puede decirle si no había ningún plan de salud autorizado disponible. Puede enviar una captura de pantalla del sitio web del mercado de seguros médicos u otro comprobante que el mercado de seguros médicos proporcione.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes documentos:</p> <p>Comprobante, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días (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 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 documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o licencia que muestre la fecha del matrimonio. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno sobre el matrimonio, incluido un registro extranjero del matrimonio que muestre la fecha del matrimonio.

[†]En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<p>Agregar un dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o del registro de una pareja doméstica <i>(continuación)</i></p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Washington*</p> <p>Tiene que presentar un comprobante de la cobertura anterior de un cónyuge por al menos un día entero, a menos que estuviera viviendo en un área donde no se ofrecía un plan de salud autorizado por medio del mercado de beneficios de salud de su estado. El mercado de seguros médicos de su estado puede decirle si no había ningún plan de salud autorizado disponible. Puede enviar una captura de pantalla del sitio web del mercado de seguros médicos u otro comprobante que el mercado de seguros médicos proporcione.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes documentos:</p> <p>Comprobante, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días (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 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 los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o licencia que muestre la fecha del matrimonio. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno sobre el matrimonio, incluido un registro extranjero del matrimonio que muestre la fecha del matrimonio. <input type="checkbox"/> Registro oficial del gobierno, incluida la fecha de registro de la pareja doméstica.
<p>Agregar o convertirse en un dependiente por matrimonio o pareja de unión civil</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>Colorado[†]</p> <p>Tiene que presentar un comprobante de la cobertura anterior de un cónyuge por al menos un día entero, a menos que estuviera viviendo en un área donde no se ofrecía un plan de salud autorizado por medio del mercado de beneficios de salud de su estado. El mercado de seguros médicos de su estado puede decirle si no había ningún plan de salud autorizado disponible. Puede enviar una captura de pantalla del sitio web del mercado de seguros médicos u otro comprobante que el mercado de seguros médicos proporcione.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes documentos:</p> <p>Comprobante, de su administrador anterior, de cobertura esencial mínima para un cónyuge por al menos un día entero en los últimos 60 días (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 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 un comprobante 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 calificado o durante su periodo de inscripción abierta más reciente en un área de servicio donde no había un plan de salud calificado disponible a través del mercado de beneficios de salud de su estado. Puede proporcionar una captura de pantalla del sitio web del mercado de seguros médicos u otro comprobante del mercado de seguros médicos. <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 de vida calificado. <p>Y proporcione uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado, licencia u otra documentación de matrimonio que muestre la fecha de casamiento. <input type="checkbox"/> Registro gubernamental oficial que incluya la fecha de la unión civil.

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

[†]En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

Nombre del solicitante principal

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 3. 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 California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	Nacimiento de un hijo <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, partera, institución u otro proveedor que indique la fecha de nacimiento del niño.<input type="checkbox"/> Registro militar que indique la fecha de nacimiento del niño 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 niño y su lugar de nacimiento.<input type="checkbox"/> Registro religioso que indique la fecha de nacimiento del niño y su lugar de nacimiento.<input type="checkbox"/> Una carta u otro documento del administrador, como por ejemplo 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, incluidas las fechas en las cuales se proporcionaron dichos servicios. Adopción o cuidados de crianza <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 oficial del gobierno de una adopción doméstica o puesta en adopción o cuidados de crianza, que muestre la fecha y 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 seguro médico. 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.
Colorado [†]	Nacimiento de un hijo <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o solicitud de acta de nacimiento para el niño. Adopción o cuidados de crianza <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 oficial del gobierno de una adopción doméstica o puesta en adopción o cuidados de crianza, que muestre la fecha y 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 seguro médico. 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.
<input type="checkbox"/> 4. Orden de manutención u otra orden de la corte para cubrir a un dependiente. California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Orden judicial firmada con el sello del tribunal con la fecha de presentación.
Colorado [†]	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Orden judicial firmada con el sello de la fecha en la que se presentó o el Acuerdo de beneficiario designado fechado.

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

[†]En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 5. Traslado permanente con acceso a nuevos planes California, Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p> <div style="background-color: #e0f0ff; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <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.† </div> <p>†Tiene que presentar un comprobante de la cobertura anterior de todos los solicitantes con el administrador anterior por lo menos un día entero, a menos que viva en un área donde no se ofreció un plan de salud autorizado por medio del mercado de beneficios de salud de su estado. El mercado de seguros médicos de su estado puede decirle si no había ningún plan de salud autorizado disponible. Puede enviar una captura de pantalla del sitio web del mercado de seguros médicos u otro comprobante que el mercado de seguros médicos proporcione.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes documentos: Comprobante de su administrador 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 la prima pagada 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"/> Contrato 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 dice 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 (TANF) o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). <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"/> Talón 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/specialenrollment para ver si Kaiser Permanente está recopilando comprobantes para el mercado de eventos de vida calificados en su condado.

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<p>Traslado permanente con acceso a nuevos planes (continuación) Colorado[†]</p> <div style="background-color: #e1f5fe; padding: 10px; border: 1px solid #cfcfcf;"> <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.[‡] </div> <p>[‡]Tiene que presentar un comprobante de la cobertura anterior de todos los solicitantes con el administrador anterior por lo menos un día entero, a menos que viva en un área donde no se ofreció un plan de salud autorizado por medio del mercado de beneficios de salud de su estado. El mercado de seguros médicos de su estado puede decirle si no había ningún plan de salud autorizado disponible. Puede enviar una captura de pantalla del sitio web del mercado de seguros médicos u otro comprobante que el mercado de seguros médicos proporcione.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes documentos: Comprobante de su administrador 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 la prima pagada 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"/> Contrato de arrendamiento o de alquiler. <input type="checkbox"/> Escritura hipotecaria, si dice que el propietario usa el bien inmueble como su residencia principal. <input type="checkbox"/> Licencia de conducir vigente del Departamento de Vehículos de Motor. <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"/> Carta de confirmación de cambio de dirección del servicio postal de los EE. UU.

[†]En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

Nombre del solicitante principal

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 6. Cambio en el ingreso que cambia su elegibilidad para la asistencia financiera federal a través del mercado de beneficios de salud California, Colorado†, Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p> <p>Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado. Es posible que el mercado de seguros médicos requiera que presente un comprobante de cambio de ingresos directamente al mercado de seguros médicos.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes documentos: Comprobante, de su administrador 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 la prima pagada 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 los siguientes documentos:</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"/> 7. Cambios en la cobertura médica del empleador que lo convierten en elegible para recibir un crédito tributario para la prima En este caso, debe solicitar cobertura a través de su mercado de beneficios de salud para los siguientes estados: California, Georgia, Hawaii y Oregon. Puede solicitarla a través de su mercado de beneficios de salud o directamente con Kaiser Permanente para los siguientes estados o jurisdicciones: Colorado†, Distrito de Columbia, Maryland, Virginia, Washington*.</p> <p>Ahora es elegible para recibir un crédito tributario para prima porque cambió su cobertura por medio de su empleador.</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el cambio en la cobertura de salud esencial mínima y que muestre la fecha de la determinación.<input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador diciendo que el empleador cambió o cambiará la cobertura o beneficios para usted, su cónyuge o miembro de la familia 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.

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

†En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

Nombre del solicitante principal

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 8. Determinación del mercado de beneficios de salud de su estado de circunstancias excepcionales California, Colorado [†] , Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<input type="checkbox"/> Carta o aviso del mercado de beneficios de salud que indique que es elegible para obtener un periodo de inscripción especial, con la fecha de determinación.
<input type="checkbox"/> 9. Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la pareja doméstica o separación legal California, Maryland	<input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio, acuerdo de disolución o de separación con el sello del tribunal y la fecha de presentación.
Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal Colorado [†]	<input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio, acuerdo de disolución o de separación con el sello del tribunal y la fecha de presentación.
<input type="checkbox"/> 10. 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"/> 11. Salida de la cárcel California, Colorado [†]	<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"/> 12. Información errónea acerca de 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 es elegible para obtener un periodo de inscripción especial y que muestre la fecha de determinación.
<input type="checkbox"/> 13. 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 Washington, visite kp.org/specialenrollment para ver si Kaiser Permanente está recopilando comprobantes para el mercado de eventos de vida calificados en su condado.

[†]En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

Nombre del solicitante principal

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 14. Violación del contrato California	<input type="checkbox"/> Confirmación de la División de Seguros, 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 pertinente de su contrato.
Colorado [†]	<input type="checkbox"/> Confirmación de la División de Seguros, 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"/> 15. Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar California, Colorado [†] , Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<input type="checkbox"/> Declaración que indique que es víctima de maltrato en el hogar o abandono conyugal.
<input type="checkbox"/> 16. Cambio en la condición migratoria California, Colorado [†] , Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington* Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado	<input type="checkbox"/> Documentación oficial de un cambio de estado de ciudadanía o migratorio.
<input type="checkbox"/> 17. Cobertura para indios americanos o nativos de Alaska California, Colorado [†] , Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington* Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado	<input type="checkbox"/> Documentación oficial que muestre su estado.
<input type="checkbox"/> 18. Determinación del Comisionado del Departamento de Seguros de las 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.

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

[†]En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

Nombre del solicitante principal

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

Evento de vida calificado	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 19. Confirmación inicial del embarazo por un proveedor de atención médica Maryland	<input type="checkbox"/> Un documento de su profesional de la atención médica con fecha dentro de los últimos 90 días que confirme su embarazo inicial.
<input type="checkbox"/> 20. Pérdida de la cobertura de atención médica a corto plazo Colorado [†]	<input type="checkbox"/> Comprobante con fecha y firma que demuestre la cancelación de una póliza de corto plazo con fecha de vencimiento el o después del 1 de abril de 2019, que indique que el administrador ha cesado todas las ventas de pólizas de corto plazo en el estado, o que el administrador no forma parte del mercado de seguros médicos, lo que incluye, entre otras, una comunicación escrita del administrador o de un agente o representante de Kaiser Permanente.
<input type="checkbox"/> 21. Elegibilidad para comprar 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) California, Colorado [†] , Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<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 gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (QSEHRA), incluida la fecha que indique cuándo es elegible por primera vez para el ICHRA o QSEHRA.

Al enviar una solicitud firmada o un Formulario de Cambios en la Cuenta y un comprobante de su evento de vida calificado, está afirmando que el evento de vida calificado sucedió. Es importante que obtengamos un comprobante de su evento de vida calificado. Nos basaremos en su firma y sus comprobantes para decidir si se puede inscribir durante un periodo de inscripción especial. Si determinamos que su evento de vida calificado no sucedió o nos enteramos de cualquier otra imprecisión en la información que se incluya en la solicitud, el Formulario de Cambio de Cuenta o cualquier otra información que presentó, podemos tomar acciones judiciales. 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 Washington, visite kp.org/specialenrollment para ver si Kaiser Permanente está recopilando comprobantes para el mercado de eventos de vida calificados en su condado.

[†]En Colorado, Kaiser Permanente está recopilando comprobantes de eventos de vida calificados en el mercado.

Cómo enviar su comprobante

¿Cómo va a presentar la solicitud?

- **Si presentará la solicitud en línea:** Debe iniciar sesión en **buykp.org** y cargar su comprobante. No hace falta que cargue este formulario a la página.
- **Washington (con excepción de Clark, Cowlitz y algunos otros condados):**
 - Si presentará la solicitud en línea a través de Washington Healthplanfinder: Debe iniciar sesión en **kp.org/wa/if-exchange** y cargar el comprobante. No necesita cargar este formulario junto con su comprobante.
 - Si presentará la solicitud en línea a través de Kaiser Permanente: Debe iniciar sesión en **kp.org/wa/if-myaccount** y cargar este formulario junto con el comprobante.
- **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 de su área.

Envíe la solicitud y el comprobante junto con este formulario:

Por correo:

California, Colorado, Georgia, Hawaii, Oregon y el suroeste de Washington (condados de Clark y Cowlitz):

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 23219
San Diego, CA 92193-9921

Maryland y Virginia:

Employer Services Dept./KPIF 5W
Kaiser Permanente for Individuals and Families
2101 East Jefferson St.
Rockville, MD 20852-9995

Washington (excepto Clark, Cowlitz y determinados condados):

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Membership Administration
P.O. Box 34750
Seattle, WA 98124-1750

Por fax:

California	1-866-816-5139
Colorado.....	1-866-920-6471
Georgia.....	1-866-920-6476
Hawaii.....	1-866-920-6470
Maryland y Virginia.....	1-855-414-2796
Oregon	1-866-920-6473
Washington (Condados de Clark y Cowlitz).....	1-866-920-6475
Washington (excepto Clark, Cowlitz y determinados condados).....	206-630-7001

Para obtener un Formulario de Cambios en la Cuenta, llame al 1-800-494-5314 (TTY 711).

(continúa)

Cómo presentar comprobantes *(continuación)*

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

Por correo:

California:

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

Colorado:

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203004
Denver, CO 80220-9004

Georgia:

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203005
Denver, CO 80220-9005

Hawaii:

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203006
Denver, CO 80220-9006

Maryland y Virginia:

Employer Services Dept./KPIF 5W
Kaiser Permanente for Individuals and Families
2101 East Jefferson St.
Rockville, MD 20852-9995

Oregon y suroeste de Washington (condados de Clark y Cowlitz):

Kaiser Permanente for Individuals and Families
P.O. Box 203007
Denver, CO 80220-9007

Washington (excepto Clark, Cowlitz y determinados condados):

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Membership Administration
P.O. Box 34750
Seattle, WA 98124-1750

Por fax:

California 1-855-355-5334
Colorado, Georgia, Hawaii,
Oregon y sureste de Washington
(Condados de Clark y Cowlitz)..... 1-866-846-2650
Maryland y Virginia..... 1-855-414-2796
Washington (excepto Clark, Cowlitz y determinados
condados)..... 206-630-7001

En California, Kaiser Foundation Health Plan, Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612 ofrece y suscribe a los planes KFHP • En Colorado, Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247 ofrece y suscribe a todos los planes • En Georgia, Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Rd. NE, Atlanta, GA 30305 ofrece y suscribe todos los planes • En Hawaii, Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813 ofrece y suscribe a todos los planes • En Oregon y en el sureste de Washington (los condados de Clark y Cowlitz), Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 ofrece y suscribe a todos los planes • En Washington (excepto Clark, Cowlitz y determinados condados), Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 601 Union St., Suite 3100, Seattle, WA 98101 ofrece y suscribe a todos los planes • En Maryland, Virginia y el distrito de Columbia, Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 ofrece y suscribe a todos los planes.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

