

Formulario del comprobante del evento calificado de vida



¿Quién debería usar este formulario?

- 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 de inscripción abierta anual. Este plazo se llama un período de inscripción especial. Algunos ejemplos incluyen casarse, mudarse a una nueva área de servicio de Kaiser Permanente con acceso a nuevos planes de salud o perder la cobertura por haber perdido su trabajo.
- Use este Formulario de Comprobante del Evento Calificado de Vida para presentar su comprobante directamente a Kaiser Permanente si usted o un dependiente tuvo un evento calificado de vida. También puede usar este formulario como comprobante cuando haga su solicitud en el mercado de beneficios de salud de Colorado o Washington (excepto en Clark, Cowlitz y otros condados*). Para todas las demás solicitudes del mercado de seguros médicos, compruebe en el mercado de su estado la información sobre cómo presentar el comprobante para los planes del mercado de seguros médicos. Puede ayudarlo a averiguar qué tipo de comprobante deberá proporcionar sobre su evento calificado de vida.
 - **Los miembros del plan Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF)** deben presentar su comprobante junto con el Formulario de Cambios en la Cuenta.
 - **Las personas que no son miembros del plan Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF)** deben presentar su comprobante junto con su Solicitud de cobertura de atención médica.



¿Quién no debe utilizar este formulario?

- 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 conocer más acerca de sus opciones de planes de Medicare o para solicitar cobertura de Medicare.



¿Cómo usar este formulario?

California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*

- Complete los Pasos 1, 2 y 3.
- Presente este formulario y el comprobante de su evento calificado de vida junto con su solicitud o Formulario de Cambios en la Cuenta (si corresponde). Consulte "Cómo enviar su comprobante" en la página 15 para conocer los detalles.



Cuándo presentar su comprobante

California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*

- Tiene un período limitado para presentar su comprobante. Visite kp.org/specialenrollment para obtener más detalles y plazos.
- Si no recibimos sus comprobantes a tiempo tendremos que cancelar su solicitud o pedido de cambio de cuenta. Puede volver a presentar la solicitud si su período de inscripción especial todavía está vigente.
- Para las solicitudes que se presenten en buykp.org, presente su comprobante en línea.



¿Necesita ayuda?

Visite kp.org/specialenrollment para obtener más información. Además, puede llamarnos al **1-800-494-5314 (TTY 711)** o comuníquese con su agente, productor o representante de Kaiser Permanente.

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

Nombre del solicitante principal



PASO 1: Información sobre el solicitante principal

¿Quién es el solicitante principal?

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

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

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		Teléfono
<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"/>		
Domicilio (no se admiten apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Padre/tutor legal (si el solicitante principal es menor de 18 años de edad)		
Nombre		
<input type="text"/>		
Apellido		
<input type="text"/>		
Agente, productor o representante de Kaiser Permanente (si corresponde)		
Nombre		
<input type="text"/>		
Apellido		
<input type="text"/>		

Nombre del solicitante principal

PASO 2: Información de eventos calificados 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 médica esencial mínima, la fecha del evento calificado es el último día completo en que tuvo cobertura de su plan anterior.

PASO 3: Prueba de su evento calificado de vida

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 1. Pérdida de la cobertura de salud mínima esencial</p> <p>California, distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p> <p>Importante: NO es un evento calificado de vida si:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pierde la cobertura porque no pagó sus primas.• Se canceló su plan.• Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.• Usted terminó voluntariamente su cobertura.• Tuvo una cobertura temporal a corto plazo como un seguro para viajeros.	<p>De su empleador</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador dejó o dejará de proporcionar cobertura o beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, y la fecha en la que finalizó o finalizará esta cobertura.<input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador dejó o dejará de contribuir al costo de la cobertura y la fecha en la que esta contribución finalizó o finalizará.<input type="checkbox"/> Carta que muestre la oferta de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de su empleador, incluida la fecha de vigencia, o que indique cuándo finalizó o finalizará su cobertura de COBRA.<input type="checkbox"/> Recibo de pago de las horas actuales y anteriores si perdió la cobertura por una reducción de las horas de trabajo.<input type="checkbox"/> Comprobante de edad y evidencia de la pérdida de cobertura cuando un hijo dependiente cumple 26 años y ya no puede tener cobertura por medio del plan de salud de uno de los padres. <p>De su aseguradora o Medicaid, Medi-Cal, Medicare u otros programas gubernamentales</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Carta de su aseguradora que muestre la fecha de finalización de la cobertura, incluida la fecha de finalización de la cobertura de COBRA.<input type="checkbox"/> Carta de su plan de salud de estudiante que indique cuándo finalizó o finalizará la cobertura de salud de estudiante.<input type="checkbox"/> Carta o aviso de Medicaid, Medi-Cal o el programa de cobertura de salud para niños (Children's Health Insurance Program, 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 gubernamental, como TRICARE, Peace Corps, AmeriCorps o Medicare, que indique cuándo terminó o terminará esa cobertura. <p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Documentos de baja militar fechados o Certificado de baja que incluyan la fecha en la que finalizó o finalizará la cobertura, si pierde la cobertura porque ya no se encuentra en servicio militar activo.<input type="checkbox"/> Verificación escrita, fechada y firmada de un agente, productor o representante de Kaiser Permanente, o una carta fechada de la aseguradora si usted está o estaba inscrito en un plan anual no calendario que está por finalizar que incluya la fecha en que finalizó el plan.

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>Pérdida de la cobertura médica mínima esencial <i>(continuación)</i></p> <p>Colorado†</p> <p>Importante: NO es un evento calificado de vida si:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pierde la cobertura porque no pagó sus primas.• Se canceló su plan.• Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.• Usted terminó voluntariamente su cobertura.	<p>No es necesaria ninguna prueba con su solicitud.</p>
<p>2. Adición de un nuevo dependiente, convertirse en uno o pérdida de dependencia, o muerte de un suscriptor o un dependiente</p> <p><input type="checkbox"/> 2a. Adición de un nuevo dependiente o convertirse en uno por matrimonio</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>Distrito de Columbia, Virginia</p> <p>Este evento requiere comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/specialenrollment para obtener más información.</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 prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días.<input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Y proporcione uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o licencia que muestre la fecha de matrimonio.<input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial de matrimonio, incluida un acta extranjera de matrimonio, que muestre la fecha de matrimonio.

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 2b. Agregar o convertirse en un dependiente por matrimonio o registro de una sociedad doméstica</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Washington*</p> <p>Este evento requiere comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/specialenrollment para obtener más información.</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 prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Y proporcione los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o licencia que muestre la fecha de matrimonio. <input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial de matrimonio, incluida un acta extranjera de matrimonio, que muestre la fecha de matrimonio. <input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial que incluya la fecha de registro de la sociedad doméstica.
<p><input type="checkbox"/> 2c. Adición de un nuevo dependiente o convertirse en uno por matrimonio o unión civil</p> <p>Marque 2 casillas en total.</p> <p>Colorado†</p> <p>Este evento requiere comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/specialenrollment para obtener más información.</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 prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Si no puede presentar un comprobante de cobertura esencial mínima, puede enviar uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentación oficial que demuestre que usted es un indio americano o nativo de Alaska. <input type="checkbox"/> Comprobante de que vivió uno o más días durante los 60 días anteriores a su evento de vida o durante su período de inscripción abierta más reciente en un área de servicio donde no había un plan de salud autorizado disponible a través del mercado de beneficios de salud de su estado. Puede proporcionar una captura de pantalla del sitio web del 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 calificado de vida. <p>Y proporcione uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificado o licencia de matrimonio u otra documentación que muestre la fecha de matrimonio. <input type="checkbox"/> Acta gubernamental oficial que incluya la fecha de la unión civil.

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

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

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 2d. Adición de un nuevo dependiente o convertirse en uno por el nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o en cuidados de crianza</p> <p>California, distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p>Nacimiento de un hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o solicitud de acta de nacimiento para el niño. <input type="checkbox"/> Registro de una clínica, hospital, médico, enfermera partera, institución u otro proveedor que indique la fecha de nacimiento del niño. <input type="checkbox"/> Registro militar que muestre la fecha de nacimiento del niño y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Registro gubernamental oficial de un acta de nacimiento en el extranjero que muestre la fecha de nacimiento del niño y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Registro religioso que muestre la fecha de nacimiento del niño y su lugar de nacimiento. <input type="checkbox"/> Carta u otro documento de la aseguradora, como una Explicación de beneficios, que muestre que se proporcionaron servicios de atención relacionados con el nacimiento o atención después del nacimiento al niño, la madre, o ambos, que incluya las fechas en las cuales se proporcionaron dichos servicios. <p>Adopción o cuidados de crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta de adopción o registro que indique la fecha de adopción, fechado y firmado por un funcionario del tribunal. <input type="checkbox"/> Orden judicial que muestre cuándo comenzó la orden. Debe tener un sello con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Registro gubernamental oficial de una adopción doméstica o puesta en adopción o cuidados de crianza, que muestre la fecha y el lugar de nacimiento del niño. <input type="checkbox"/> Documento de inmigración del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos para las adopciones extranjeras, que incluya la fecha de las adopciones. <input type="checkbox"/> Orden judicial de provisión de prestaciones de salud. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Documentos de cuidados de crianza fechados y firmados por un funcionario del tribunal.
<p>Colorado[†]</p>	<p>Nacimiento de un hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o solicitud de acta de nacimiento para el niño. <p>Adopción o cuidados de crianza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carta de adopción o registro que indique la fecha de adopción, fechado y firmado por un funcionario del tribunal. <input type="checkbox"/> Orden judicial que muestre cuándo comenzó la orden. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Registro gubernamental oficial de una adopción doméstica o puesta en adopción o cuidados de crianza, que muestre la fecha y el lugar de nacimiento del niño. <input type="checkbox"/> Documento de inmigración del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos para las adopciones extranjeras, que incluya la fecha de las adopciones. <input type="checkbox"/> Orden judicial de provisión de prestaciones de salud. Debe tener un sello del tribunal con la fecha de presentación. <input type="checkbox"/> Documentos de cuidados de crianza fechados y firmados por un funcionario del tribunal.

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

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 2e. Perder a un dependiente por medio del divorcio, disolución de una sociedad doméstica o separación legal California, Maryland	<input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio, acuerdo de disolución o separación con el sello del tribunal y la fecha de presentación.
<input type="checkbox"/> 2f. Dejar de tener un dependiente por divorcio, disolución de unión civil o separación legal Colorado†	<input type="checkbox"/> Sentencia de divorcio, acuerdo de disolución o separación con el sello del tribunal y la fecha de presentación.
<input type="checkbox"/> 2g. Muerte del suscriptor o un dependiente California, Maryland	<input type="checkbox"/> Acta de defunción.
Colorado†	<input type="checkbox"/> Acta de defunción u obituario.
<input type="checkbox"/> 3. Orden de manutención infantil u otra orden judicial para la cobertura de un dependiente California, distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*	<input type="checkbox"/> Orden judicial firmada con el sello del tribunal con la fecha de presentación.
Colorado†	<input type="checkbox"/> Orden judicial firmada con el sello del tribunal con fecha de presentación o el Acuerdo de beneficiario designado con fecha.

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

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

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 4. Traslado permanente con acceso a nuevos planes California, distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p> <p>Elija traslado permanente con acceso a planes nuevos, si cumple alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se mudó de un área que no tiene Kaiser Permanente a un área con Kaiser Permanente. • Se mudó a un nuevo estado. • Se mudó de otro país o de un territorio de los Estados Unidos. • Se mudó de un condado que no ofrecía un plan de salud autorizado. <p>Este evento requiere comprobante de cobertura previa. Visite kp.org/specialenrollment para obtener más información.</p>	<p>Proporcione uno de los siguientes documentos:</p> <p>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 prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Y, en un plazo de 60 días después de que se haya mudado, proporcione una de estas opciones (una con su dirección residencial antigua y una con su nueva dirección residencial [no se admiten los apartados postales]):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acuerdo de arrendamiento o de alquiler. <input type="checkbox"/> Documentos de seguros, como aquellos relacionados con los propietarios de viviendas o los inquilinos, o la póliza o estado de cuenta del seguro de vida. <input type="checkbox"/> Escritura hipotecaria, si indica que el propietario usa el bien inmueble como su residencia principal. <input type="checkbox"/> Recibo de pago de hipoteca o alquiler. <input type="checkbox"/> Correspondencia del Departamento de Vehículos Motorizados, como una licencia de conducir válida, registro de vehículo o tarjeta de cambio de dirección. <input type="checkbox"/> Correspondencia de una agencia del gobierno a su dirección, como una declaración del Seguro Social o un aviso de la Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria). <input type="checkbox"/> Su identificación estatal válida. <input type="checkbox"/> Factura de servicios de Internet, cable u otra (incluido cualquier servicio público, como el gas o el agua) u otra confirmación de servicio (incluida una conexión de servicio u orden de trabajo). <input type="checkbox"/> Factura de teléfono que muestre su dirección (se aceptan las cuentas de teléfonos celulares o de red inalámbrica). <input type="checkbox"/> Correspondencia de una institución financiera, como un estado de cuenta bancario. <input type="checkbox"/> Carta de confirmación de cambio de dirección del servicio postal de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Recibo de pago que muestre su dirección. <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante que muestre su nombre y dirección. <input type="checkbox"/> Documentos del Departamento Correccional, cárcel o prisión que muestre la liberación o libertad condicional reciente, incluida una orden de libertad condicional con fecha, orden de liberación con fecha o una certificación de dirección. <input type="checkbox"/> Documentos de naturalización firmados y fechados dentro de los últimos 60 días o la tarjeta de residencia, el certificado de educación o la visa (si se mudó a los EE. UU. desde otro país).

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p>Traslado permanente con acceso a nuevos planes <i>(continuación)</i> Colorado</p> <p>Elija traslado permanente con acceso a planes nuevos, si cumple alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se mudó de un área que no tiene Kaiser Permanente a un área con Kaiser Permanente.• Se mudó a 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 es necesaria ninguna prueba con su solicitud.</p>

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 5. Cambios en la cobertura médica del empleador que lo convierten en elegible para recibir un crédito tributario para la prima</p> <p>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 puede recibir un crédito tributario para prima porque cambió su cobertura por medio de su empleador.</p>	<p><input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el cambio en la cobertura médica esencial mínima y que muestre la fecha de la determinación.</p> <p><input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador cambió o cambiará la cobertura o beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, de manera que ya no se considere cobertura médica calificada, y la fecha en la que cambiaron o cambiarán esta cobertura o beneficios.</p>
<p><input type="checkbox"/> 6. Determinación del mercado de beneficios de salud de su estado de circunstancias excepcionales</p> <p>California, Colorado[†], distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p><input type="checkbox"/> Carta o aviso del mercado de beneficios de salud que indique que puede obtener un período de inscripción especial y que muestre la fecha de determinación.</p>

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

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 7. 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)</p> <p>California, Colorado[†], distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p><input type="checkbox"/> Carta u otra documentación que indique que ahora puede adquirir un plan de salud individual mediante un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (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), que incluya la fecha que muestre cuándo es elegible por primera vez para el ICHRA o QSEHRA.</p>
<p><input type="checkbox"/> 8. Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar</p> <p>California, Colorado[†], distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p><input type="checkbox"/> Declaración que indique que es víctima de maltrato en el hogar o abandono conyugal.</p>
<p><input type="checkbox"/> 9. Pérdida de la cobertura médica de COBRA debido a la interrupción de la contribución del empleador</p> <p>California, distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p>	<p><input type="checkbox"/> Comprobante de su empleador o administrador de COBRA que muestre que se han proporcionado los subsidios y la fecha en que finalizarán.</p>
Colorado	No es necesaria ninguna prueba con su solicitud.

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

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<input type="checkbox"/> 10. 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"/> 11. Información errónea sobre su inscripción en la cobertura esencial mínima California	<input type="checkbox"/> Aviso del mercado de beneficios de salud de su estado o del Departamento de Atención Médica Administrada que indique que usted puede obtener un período de inscripción especial y que muestre la fecha de determinación.
<input type="checkbox"/> 12. Cambios en la red de proveedores California	<input type="checkbox"/> Aviso de que el proveedor ya no participa en el plan de beneficios de salud y que muestre la fecha de determinación.
<input type="checkbox"/> 13. Violación del contrato California	<input type="checkbox"/> Confirmación con fecha y por escrito del Departamento de Atención Médica Administrada de que el plan de salud en el cual usted está inscrito violó de manera sustancial una disposición importante de su contrato.
Colorado	No es necesaria ninguna prueba con su solicitud.
<input type="checkbox"/> 14. Elegibilidad para el estipendio de servicios de atención médica por el trabajo realizado en empresas de transporte o de envíos a través de aplicaciones California	<input type="checkbox"/> Una copia o una captura de pantalla de sus horas trimestrales.
<input type="checkbox"/> 15. Determinación del Comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales Colorado†	<input type="checkbox"/> Carta o aviso del Comisionado del Departamento de Seguros que indique que es elegible para obtener un período de inscripción especial y que muestra la fecha de determinación.
<input type="checkbox"/> 16. Pérdida de la cobertura médica a corto plazo Colorado	No es necesaria ninguna prueba con su solicitud.
<input type="checkbox"/> 17. Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional de la atención médica Distrito de Columbia, Maryland	<input type="checkbox"/> Un documento de su profesional médico con fecha dentro de los últimos 90 días que confirme su embarazo inicial.

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

Nombre del solicitante principal

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 18. 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><input type="checkbox"/> Carta del empleador que indique el cambio en la cobertura médica esencial mínima y que muestre la fecha de la determinación.</p> <p><input type="checkbox"/> Carta u otro documento de su empleador que indique que el empleador cambió o cambiará la cobertura o beneficios para usted, su cónyuge o familiar dependiente, de manera que ya no se considere cobertura médica calificada, y la fecha en la que cambiaron o cambiarán esta cobertura o beneficios.</p>
<p><input type="checkbox"/> 19. Inscripción fácil en temporada tributaria Maryland</p> <p>Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado</p>	<p>Su información financiera ha sido validada por el Contralor y no necesita enviar comprobantes adicionales.</p>
<p><input type="checkbox"/> 20. Cambio en el estado migratorio 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</p>	<p><input type="checkbox"/> Documentación oficial de un cambio de ciudadanía o estado migratorio.</p>
<p><input type="checkbox"/> 21. Cobertura para indios americanos o nativos de Alaska California, distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia, Washington*</p> <p>Debe solicitarla a través del mercado de beneficios de salud de su estado</p>	<p><input type="checkbox"/> Documentación oficial que muestre su estado.</p>
<p>Colorado</p>	<p>No es necesaria ninguna prueba con su solicitud.</p>

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

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

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

Evento calificado de vida	Tipo de comprobante
<p><input type="checkbox"/> 22. Cambios en el ingreso que cambian su elegibilidad para la asistencia financiera federal mediante el intercambio de beneficios de salud</p> <p>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:</p> <p>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 prima abonada que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <input type="checkbox"/> Registro de beneficios por parte del empleador que compruebe la cobertura dentro de los últimos 60 días. <p>Y proporcione 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>23. Inscripción durante el tiempo de declaración de impuestos</p> <p>Colorado</p>	<p>Su información financiera se validó mediante su archivo impositivo y Connect for Health Colorado. No es necesario que envíe ninguna prueba adicional.</p>

Al enviar una solicitud firmada o un Formulario de Cambios en la Cuenta y un comprobante de su evento calificado de vida, está afirmando que el evento calificado de vida sucedió. Es importante que obtengamos 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 su evento calificado de vida no sucedió o nos enteramos de cualquier otra imprecisión en la información que se incluya en la solicitud, el Formulario de Cambios en la Cuenta o cualquier otra información que presentó, podemos tomar acciones 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 recopila comprobantes para el mercado de eventos calificados de vida en su condado.

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

Cómo enviar su comprobante

¿Cómo presentará la solicitud?

- **Si presentará la solicitud en línea:** Debe iniciar sesión en **buykp.org** y cargar su comprobante. No hace falta que cargue este formulario a la página.
- **En 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 su 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 su 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 a continuación.

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

Por correo:

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

Por fax:

1-855-355-5334

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

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

