

Covered California para pequeñas empresas (CCPE)



COVERED CALIFORNIA
PEQUEÑAS EMPRESAS

Aplicación para empleados

¡ATENCIÓN! Si ya estas inscrito en un plan con CCPE, utiliza el formulario de solicitud de cambio de empleo para actualizar, cambiar o cancelar tu cobertura CCPE existente.

LO QUE DEBES SABER



Hazlo en línea

Visita CoveredCA.com/espanol/for-small-business/. Podrás ver detalles acerca de las opciones de cobertura para empresas pequeñas en el mercado de Covered California.



Obtén ayuda

- **Pregúntale a tu empleador a quién debes llamar si tienes preguntas.**
- **En línea:** CoveredCA.com/espanol/for-small-business/.
- **Por teléfono:** llama a nuestro servicio al cliente al (855)777-6782.
- **For English:** Please call our free Customer Service Center at 855-777-6782



¿Cuál es el siguiente paso?

Regresarás tu solicitud completa y firmada a tu empleador. Tu empleador nos enviará tu solicitud completa y firmada.



Alternativas

Si tu parte del costo de la cobertura solo para empleados es superior al 9.12% de el ingreso de su hogar, pudieras obtener ayuda financiera para pagar la cobertura a través del mercado individual de Covered California. Visita CoveredCA.com/espanol para más información.

Tu información es privada.

- Por ley, mantendremos tu información privada.
- Tus respuestas en esta aplicación serán usadas solamente para ver si calificas para inscribirte al plan de pequeñas empresas de Covered California.



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/for-small-business/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

¿Quién es tu empleador?

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

() -

¿No estas interesado en obtener una cobertura de CCEP?

Si no deseas una cobertura de salud CCPE de tu empleador, ve al Paso 6 en la página 4.



PASO 1) Información tuya , el empleado.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo		2. Fecha de comienzo de la cobertura solicitada		3. ¿Eres empleado nuevo? Si/ No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4. Número de seguro social o identificación de impuestos		5. Fecha de nacimiento (día/mes/año)			
6. Dirección de domicilio				7. Número de apartamento o edificio	
8. Ciudad		9. Estado	10. Código postal	11. Condado	
12. Domicilio postal (si es diferente de la dirección del domicilio)				13. Número de apartamento o edificio	
14. Ciudad		15. Estado	16. Código postal	17. Condado	
18. Correo electrónico					
19. Número de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo () -			20. Número alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo () -		
21. Solicitantes Cal-COBRA/COBRA: <input type="checkbox"/> Cal-COBRA <input type="checkbox"/> COBRA Cal-COBRA/COBRA fecha de inicio: _____ (Los solicitantes de Cal-COBRA deben pagar la mensualidad del primer mes)			22. Para los solicitantes de Cal-COBRA/COBRA, elegir un evento elegible: <input type="checkbox"/> Terminación de empleo <input type="checkbox"/> Muerte de un empleado <input type="checkbox"/> Reducción de horas <input type="checkbox"/> Dependiente ya no es elegible <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación legal <input type="checkbox"/> Elegible para Medicare Día de evento elegible: _____		
23. Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Asociación doméstica (Unión Libre)					
24. Idioma preferido hablado o escrito (OPCIONAL, si no es inglés)					
25. Método de comunicación preferido <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono					

Cuéntanos sobre tu raza. Cuéntanos sobre ti. Esta información es confidencial y sólo se utilizará para garantizar que todos tengan el mismo acceso a la atención médica. No se utilizará para decidir para que seguro de salud calificarás.

26. ¿Eres hispano/latino? (OPCIONAL) Si No Si escogiste si, escoge los que apliquen: Otro _____

Mexicano, México-Americano, Chicano Salvadoreño Puertorriqueño Cubano Guatemalteco

27. Raza (OPCIONAL – escoge todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro _____
		<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	

28. Si eres Nativo Americano o Nativo de Alaska, especifica el estado y nombre de tu tribu federalmente reconocida (opcional):

? **¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN?** Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

PASO 2

Cuéntanos acerca de ti y tus dependientes elegibles que deseas inscribir y selecciona el plan de salud de CCPE.

La ley de California define a un dependiente para la cobertura de salud de la siguiente manera:

“Dependiente” significa cónyuge o pareja doméstica registrada, o hijo de un empleado elegible, sujeto a términos aplicables del contrato del plan de servicios de atención médica que cubre al empleado e incluye dependientes de miembros garantizados de la asociación, si la asociación elige incluir dependientes bajo su cobertura de salud al mismo tiempo que determina su composición de membresía.

EMPLEADO	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2DO NOMBRE	SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS	SEXO (M/F)
	DIRECCIÓN DE DOMICILIO		DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	<input type="checkbox"/>	PLAN DE SALUD (VER APÉNDICE A)		<input type="checkbox"/>
CÓNYUGE O CAMPAÑERO DOMÉSTICO	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2DO NOMBRE	SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS	SEXO (M/F)
	DIRECCIÓN DE DOMICILIO		DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿ERES UN COMPAÑERO DOMESTICO? S/N	EN CASO AFIRMATIVO, ¿ESTÁ REGISTRADA SU ASOCIACIÓN CON EL ESTADO DE CALIFORNIA? S/N		<input type="checkbox"/>
DEPENDIENTE**	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2DO NOMBRE	SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS	SEXO (M/F)
	DIRECCIÓN DE DOMICILIO		DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD O TIENE MÁS DE 26 AÑOS? S / N	<input type="checkbox"/>		PLAN DENTAL (VER APÉNDICE A)
DEPENDIENTE**	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2DO NOMBRE	SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS	SEXO (M/F)
	DIRECCIÓN DE DOMICILIO		DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD O TIENE MÁS DE 26 AÑOS? S / N	<input type="checkbox"/>		PLAN DENTAL (VER APÉNDICE A)
DEPENDIENTE**	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2DO NOMBRE	SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE IMPUESTOS	SEXO (M/F)
	DIRECCIÓN DE DOMICILIO		DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A TU DIRECCIÓN DE DOMICILIO)		
	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	¿EL DEPENDIENTE TIENE UNA DISCAPACIDAD O TIENE MÁS DE 26 AÑOS? S / N	<input type="checkbox"/>		PLAN DENTAL (VER APÉNDICE A)

**Si tienes más de tres dependientes, adjunta una hoja separada con la información requerida y envíela con esta solicitud.

*Se puede encontrar en el directorio de proveedores de planes seleccionados.

- Mi empleador no ofrece una cobertura para dependientes y estoy interesado en obtener información en cómo puedo obtener otro tipo de cobertura para mis dependientes. Quiero que un agente certificado se comuniqué conmigo para que me explique las diferentes opciones de cobertura disponible.**

Empleador _____



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

PASO 3

Acuerdo de arbitraje vinculante de COVERED CALIFORNIA

Entiendo que, si selecciono un plan de salud que utiliza un arbitraje obligatorio para resolver disputas, estoy de acuerdo en arbitrar reclamos que se relacionen con mi membresía o la de un dependiente en el Plan de salud (a excepción de los casos del Tribunal de Reclamos menores y reclamos que no están sujetos a un arbitraje vinculante bajo la ley aplicable). Entiendo que cualquier disputa entre mí, mis herederos, parientes u otras partes asociadas, por un lado, y el plan de salud, cualquier proveedor de atención médica, administradores y otras partes asociadas, por otro lado, por presunta violación de cualquier deber que surja o este relacionado con la membresía en el plan de salud, incluyendo, por responsabilidad del establecimiento, relacionada con la cobertura o la entrega de servicios o artículos, o si, selecciono un plan de salud de Kaiser Permanente, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios, no autorizados, inadecuados, negligentes o incompetentes), independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante un arbitraje vinculante según la ley de California y no por demanda o recurrir a un proceso judicial, excepto que la ley aplicable prevea la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio con jurado y aceptar el uso de arbitraje vinculante. Entiendo que la provisión completa del arbitraje está en el documento de la cobertura de salud, la cual está disponible para mi revisión.

Firma del solicitante (o el guardián responsable si el solicitante es menor de edad)

Fecha (mes/día/año)

Nombre completo

PASO 4

Si un agente certificado te ayudó a completar esta aplicación, por favor obtén su firma.

No obtuve ayuda de un agente certificado.

El solicitante completó y ejecutó esta solicitud, y yo ayudé al solicitante ofreciéndole asesoramiento para proporcionar respuestas a las preguntas. Aconsejé al solicitante que él/ella debería responder todas esas preguntas por completo y sinceramente y que no se debe de retener ninguna información solicitada. Le expliqué al solicitante, en un lenguaje fácil de entender, el riesgo del solicitante de proporcionar información inexacta y el solicitante entendió la explicación. A mi leal saber y entender, según lo que el solicitante me reveló, la información en esta solicitud es precisa y completa. **Entiendo que, si en alguna parte de esta declaración firmada por mí es falsa, puedo estar sujeto a sanciones civiles de hasta \$10,000 según lo autorizado por el Código de Salud y Seguridad de California sección 1389.8 y el Código de Seguros sección 10119.3.**

Firma del agente certificado

Nombre completo

Fecha (mes/día/año)

PASO 5

Lea y firme la aplicación

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas fidedignas a todas las preguntas de la mejor manera posible con mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o sin veracidad.
- Sé que mi información en este formulario sólo se usará para determinar la elegibilidad de la cobertura de salud y se mantendrá en privado como es requerido por ley. Si soy elegible, se usará para ayudarme a inscribirme.
- Sé que debo informar a Covered California para Pequeñas Empresas si algo cambia de lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar a mi empleador, al agente certificado de Covered California de mi empleador o llamar al (877)453-9198 para informar cambios.
- Sé que, según la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.

Firma del solicitante

Fecha (mes/día/año)

Empleador _____



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

Continuar en la próxima página ➔

PASO 6

Llena esta sección si deseas declinar la cobertura de tu empleador para ti o tus dependientes.

Quiero rechazar la cobertura médica para (elige todas las aplicables):

- Mi
- Cónyuge/Compañero doméstico
- Hijo(s) Nombre(s) _____

Quiero rechazar la cobertura dental para (elige todas las aplicables):

- Mi
- Cónyuge/Compañero doméstico
- Hijo(s) Nombre(s) _____

Razones por las cuales quiero rechazar la cobertura:

- Cubierto por el plan grupal del cónyuge/pareja doméstica
 - Cubierto por una póliza individual
 - Cubierto por Tricare
 - Cobertura is muy costosa.
(contacte a Covered California a través de la página web www.covered-ca.com/espanol para explorar los planes y ayuda financiera disponibles en el mercado individual de Covered California)
- Cubierto por Medicare
Cubierto por Medi-Cal
Cubierto por otro: _____

Reconozco que mi empleador me explicó acerca de la cobertura disponible y tengo derecho a inscribirme en la cobertura ofrecida. Voluntariamente he decidido no inscribirme ni a mí, ni a mis dependientes elegibles. Al rechazar esta cobertura, reconozco que yo y/o mis dependientes elegibles tendremos que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta de mi empleador para inscribirme o cambiar mi cobertura, a menos que sea elegible para un período de inscripción especial a través de un evento significado.

Nombre completo _____	
Firma del empleado _____	Fecha (mes/día/año) _____

Empleador _____

PASO 7

Devuelve tu solicitud completa y firmada a su empleador.

Su empleador nos enviara tu solicitud, nos comunicaremos contigo si necesitamos más información o para hacerte saber si ha sido aprobada para la cobertura.

Si no estas registrado para votar en donde vives ahora y deseas registrarse para votar, visita la página www.registertovote.ca.gov o llama al 1-800-345-VOTE (8683).



¿NECESITAS AYUDA PARA COMPLETAR TU APLICACIÓN? Llama a tu empleador o al agente certificado de Covered California de tu empleador con tus preguntas, visita CoveredCA.com/espanol/forsmallbusiness/ o llámanos al (855)777-6782. To obtain a copy of this application in English, call (855)777-6782.

APÉNDICE A**Opciones de cobertura de salud y dentales**

Importante: Selecciona UN plan de beneficios de opciones médicas y/o dentales marcando el óvalo al lado de los planes seleccionados.

NOTA: Los beneficios de infertilidad están disponibles para grupos de empleadores cuando un empleador elige brindar este beneficio durante la inscripción abierta o los períodos de renovación. Si un empleador con 20 o más empleados elegibles opta brindar beneficios por infertilidad, todos los planes ofrecidos incluirán esta cobertura. Si un empleador con menos de 20 empleados elegibles opta brindar beneficios por infertilidad, solo los planes PPO y EPO incluirán esta cobertura. Los beneficios de infertilidad no se incluirán en los planes HMO para grupos con menos de 20 empleados elegibles.

Plan de salud	Nivel Metalico			
	Bronce	Plata	Oro	Platino
Blue Shield	Bronce 60 PPO 6300/65 + Cobertura dental para niños	Plata 70 PPO 2500/55 + Cobertura dental para niños	Oro 80 PPO 350/25 + Cobertura dental para niños	<input type="radio"/> Platino 90 PPO 0/15 + Cobertura dental para niños
	Trio Bronce HMO 7000/70 + cobertura dental para niños	Trio plata 70 HMO 2500/55 + Cobertura dental para niños	Trio oro 80 HMO 250/35 + Cobertura dental para niños	Trio platino 90 HMO 0/20 + Cobertura dental para niños
	Bronce Full PPO Savings 7000 + cobertura dental para niños	Access+ Plata 70 HMO 2500/55 + cobertura dental para niños Plata Full PPO Savings 2300/25% + cobertura dental para niños	Access+ Gold 80 HMO 250/35 + cobertura dental para niños	Access+ Platino 90 HMO 0/20 + cobertura dental para niños
Kaiser Permanente	<input type="radio"/> Bronce 60 HMO 6300/65	Plata 70 HMO 2500/55 + Cobertura dental para niños	Oro 80 HMO 250/35+ Cobertura dental para niños	Platino 90 HMO 0/10 + Cobertura dental para niños
	Bronce 60 HDHP HMO 7000/0%	Plata 70 HDHP HMO 2700/25+ Cobertura dental para niños	Oro 80 HMO 0/30 Alt+ Cobertura dental para niños	Platino 90 HMO 0/20+ Cobertura dental para niños
	Bronce 60 HMO 5400/60 Alt	<input type="radio"/> Plata 70 HMO 1900/65 Alt+ Cobertura dental para niños	Oro 80 HMO 1000/40 Alt+ Cobertura dental para niños	
		Plata 70 HMO 2300/65 Alt+ Cobertura dental para niños Plata 70 HMO 2800/65 Alt+ Cobertura dental para niños	Oro 80 HDHP HMO 1600/15% + Cobertura dental para niños	
Sharp	Bronce rendimiento 60 HMO 6300/65 + Cobertura dental para niños	Plata premier 70 HMO 2500/55 + Cobertura dental para niños	Oro rendimiento 80 HMO 350/25 + Cobertura dental para niños	Platino rendimiento 90 HMO 0/15 + Cobertura dental para niños
	Bronce premier 60 HDHP HMO 7000/0% + Cobertura dental para niños	Plata rendimiento 70 HMO 2500/55 + Cobertura dental para niños	Oro premier 80 HMO 250/35 + Cobertura dental para niños	Platino premier 90 HMO 0/20 + Cobertura dental para niños
		Plata premier 70 HDHP HMO 2700/25% + Cobertura dental para niños		

*Para los planes de salud que no incluyen cobertura dental para niños, los empleados tienen la opción de elegir un plan dental pediátrico independiente. Los hijos dependientes son elegibles para cobertura hasta los 19 años.

Plan Dental	Planes dentales pediátricos	Planes dentales familiares**
California Dental Network	<input type="radio"/> HMO dental para niños	<input type="radio"/> HMO dental familiar
Delta Dental	<input type="radio"/> HMO dental para niños <input type="radio"/> PPO dental para niños	<input type="radio"/> HMO dental familiar <input type="radio"/> PPO dental familiar
Dental Health Services		<input type="radio"/> HMO dental familiar

** Planes dentales familiares ofrecen ambas opciones de cobertura para adultos y adultos con niños.