

# Solicitud para el subsidio del Community Health Care Program: 2024

Use este formulario para solicitar un subsidio a fin de pagar sus primas mensuales y la mayoría de los gastos de bolsillo del plan Kaiser Permanente Platinum 90 HMO. La solicitud no tiene costo.

La inscripción en el Community Health Care Program de Kaiser Permanente está disponible durante los periodos de inscripción abierta y de inscripción especial anuales para individuos y familias. El periodo de inscripción especial generalmente dura 60 días después de la fecha de su evento calificado de vida. Algunos eventos calificados de vida tienen un plazo mayor de 60 días a partir de la fecha de su evento calificado de vida. Para obtener más información, visite [kp.org/chcspecialenrollment/es](https://kp.org/chcspecialenrollment/es). Para presentar la solicitud, siga estos pasos:

## **Paso 1: Llene el formulario de Solicitud del subsidio**

- Escriba en computadora o en letra de imprenta con tinta negra o azul.
- Responda todas las preguntas de manera completa.
- Firme el formulario.
- Haga una copia del formulario completado para sus archivos.

## **Paso 2: Llene la Solicitud de cobertura médica de Kaiser Permanente independiente**

### **Paso 3: Incluya un comprobante de ingresos**

Adjunte copias de los comprobantes de ingresos familiares brutos más recientes:

- Si le paga un empleador: incluya los 2 últimos talones de pago, formularios W-2 o estados de pago.
- Si es trabajador independiente: incluya el Anexo C y la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración federal de impuestos o un formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.
- Si recibe su pago en efectivo: incluya una carta de ingresos firmada por su empleador.
- El formulario fiscal 1040 del año anterior: si presenta este formulario, no se requiere otro comprobante de ingresos.
- Consulte la Sección 4 para obtener más ejemplos de comprobantes de ingresos.

Si su familia tiene deducciones de ingresos, proporcione comprobantes, por ejemplo:

- Interés de un préstamo estudiantil: incluya su último estado de cuenta del préstamo estudiantil.
- Trabajador independiente: el Anexo C y la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración federal de impuestos o un formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.

## **Reglas de elegibilidad:**

La elegibilidad para el Community Health Care Program de Kaiser Permanente se considerará para aquellas personas que no tienen seguro y que:

- Viven en el área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. de California.
- Viven en un hogar con ingresos de hasta el 300 % del nivel federal de pobreza.
- No pueden ser elegibles para otra cobertura médica pública o privada, como Medi-Cal, Medicare, un plan de salud patrocinado por el empleador o para asistencia financiera a través de Covered California, entre otras. Los niños menores de 19 años que viven en hogares con ingresos menores al 266 % del nivel federal de pobreza son elegibles para Medi-Cal. Los adultos con ingresos de hasta el 138 % del nivel federal de pobreza también son elegibles para Medi-Cal.

Solicite Medi-Cal primero antes de inscribirse en el Community Health Care Program (CHCP).

**NO tiene que ser ciudadano de EE. UU. para ser elegible para el Community Health Care Program de Kaiser Permanente.**

#### **Paso 4: Incluya documentos adicionales**

- Cartas de denegación de Medi-Cal o Covered California, si corresponde.
- Proporcione pruebas de su tutoría legal, si corresponde.
- Cualquier otra información o documentación que pueda ayudarnos a evaluar su elegibilidad.

#### **Paso 5: Envíe sus formularios, comprobantes de ingresos y otros documentos necesarios**

Envíe la **Solicitud del subsidio** llenada y firmada, la Solicitud de cobertura médica, el comprobante de ingresos actuales, cualquier deducción de ingresos y otros documentos necesarios a través de una de las siguientes opciones:

- Por correo electrónico:  
**CHC-Applications@kp.org**  
(escriba "Application [Solicitud]" en el asunto)
- Por correo postal:  
Kaiser Permanente  
Attn: CHC  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-3127
- Por fax:  
**1-855-355-5334**

#### **Estamos aquí para ayudarle:**

Si tiene preguntas sobre el Community Health Care Program o sobre este formulario, por favor, llámenos al:

**1-800-464-4000 (TTY 711)**

las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerramos los días festivos principales).

---

**Tenga en cuenta:** No se garantiza la continuidad de la elegibilidad para el Community Health Care Program. Nos reservamos el derecho de cancelar su inscripción o de cambiar las reglas de elegibilidad en cualquier momento. Si le aprueban el subsidio, el periodo de este es limitado. Nos comunicaremos con usted más adelante para confirmar que todavía reúne los requisitos.

Kaiser Permanente mantendrá la privacidad de su información, tal como lo exige la ley, y usará su información personal solo para saber si reúne los requisitos para el subsidio de Kaiser Permanente.

Si usted solicita el subsidio de Kaiser Permanente a través de una organización comunitaria, dicha organización puede usar su información para determinar su elegibilidad para otro programa de atención médica o de servicio social, o para otro propósito que establezca la ley.

# Preguntas frecuentes

## 1. ¿Cuánto tiempo tarda determinar si me aceptan o no en el Community Health Care Program de Kaiser Permanente?

El procesamiento de los formularios completados que incluyen toda la documentación requerida puede tardar hasta 6 semanas. Si falta información, el procesamiento podría tardar más y el plazo para presentar la solicitud podría vencer. El llenado de este formulario no garantiza la inscripción en el Community Health Care Program de Kaiser Permanente.

## 2. ¿Cuánto pagaré al mes por el Community Health Care Program de Kaiser Permanente?

No se requiere un pago mensual. Kaiser Permanente subsidiará el monto total de la prima.

## 3. ¿Qué sucede cuando ya no cumpla los requisitos de elegibilidad?

Cuando ya no cumpla nuestros requisitos de elegibilidad, se cancelará su afiliación al Community Health Care Program de Kaiser Permanente. Permanecerá inscrito en el plan Platinum 90 HMO, pero usted será responsable de pagar la totalidad de sus primas mensuales y los gastos de su bolsillo, a menos que nos solicite cancelar su membresía o hasta que no pague la prima completa.

## 4. No puedo pagar la cobertura a través de Covered California. ¿Aún soy elegible para el Community Health Care Program?

La incapacidad de pagar las primas de Covered California no significa que usted sea elegible para el Community Health Care Program. Debe cumplir los requisitos de ingresos y otros criterios del Community Health Care Program para ser elegible.

## 5. ¿Qué otros programas de cobertura médica están disponibles?

Medi-Cal se extendió a todos los adultos de bajos ingresos. Solicite cobertura en Medi-Cal antes de inscribirse en el CHCP. Los niños menores de 19 años de edad que vivan en hogares con un ingreso igual o menor al 266 % del nivel federal de pobreza (\$38,783 para una persona o \$79,800 para una familia de 4 en 2023), son elegibles para Medi-Cal. Si tiene 19 años de edad o más, es posible que sea elegible si su ingreso familiar es igual o menor que el 138 % del nivel federal de pobreza (\$20,1200 por persona o \$41,400 para una familia de 4 integrantes en el 2023). Kaiser Permanente es un proveedor de Medi-Cal y podría estar disponible para usted. Para más información, visite [kp.org/medi-cal/es](http://kp.org/medi-cal/es) o llame al Centro de Asistencia de Medicaid de Kaiser Permanente al **1-800-557-4515** (TTY **711**). Para obtener más información, también puede comunicarse con una organización comunitaria o con la oficina local de servicios del condado.

**Adquiera una cobertura médica por medio de Covered California.** Si califica, es posible que obtenga ayuda para pagar las primas de su plan o los gastos de bolsillo. Recuerde inscribirse durante el periodo de inscripción abierta de Covered California. Si espera hasta que el periodo de inscripción abierta haya terminado, necesitará que pase un evento calificado de vida para inscribirse a un nuevo plan. Para más información, visite [CoveredCA.com/espanol](http://CoveredCA.com/espanol), que también tiene los planes de Kaiser Permanente.

**Llámenos al 1-800-488-3590 (TTY 711)** o visite [buykp.org](http://buykp.org) (haga clic en "Español") para obtener información sobre otras opciones del plan Kaiser Permanente for Individuals and Families.

**Considere Medicare**, un programa federal disponible para las personas mayores de 65 años. Existen distintos periodos en los que usted podría ser elegible para inscribirse en un plan de salud de Medicare. Visite [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) (haga clic en "Español") para obtener más información. Si sus ingresos son limitados, es posible que califique para Medi-Cal. Visite [kp.org/medi-cal/es](http://kp.org/medi-cal/es) para obtener más información.

(continúa)

## Preguntas más comunes *(continuación)*

**6. ¿El Community Health Care Program es un beneficio público que podría afectar mi capacidad para convertirme en residente permanente legal o ciudadano estadounidense en el futuro?**

No, el Community Health Care Program no es un beneficio público. Es un programa patrocinado por Kaiser Permanente para ayudar a pagar la cobertura médica de las personas y las familias de bajos ingresos que no tienen acceso a la cobertura médica pública o privada.

**7. ¿Qué ocurre si no me aceptan en el Community Health Care Program?**

Si no lo aceptan, es posible que haya otros programas de cobertura médica disponibles para usted. Consulte la pregunta 5 para obtener más información.

## SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante (Obligatorio)

### Solicitante principal

La persona que será cubierta por el plan de salud y solicita el subsidio del Community Health Care Program. Si se presenta una solicitud para un menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe proporcionar la información del niño que se indica a continuación. Debe llenar la información del padre, la madre o el tutor legal en la Sección 2.

Nombre\*

Inicial del segundo nombre

Apellido\*

Fecha de nacimiento\* (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo\*

Hombre  Mujer  Prefiere no especificar

Teléfono de casa

 -  - 

Teléfono celular

 -  - 

Dirección\* (incluya n.º de depto. No se aceptan apartados postales)

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa. Incluya n.º de depto.)

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas sobre el solicitante principal. Esta información solo se utiliza para averiguar si el solicitante principal es elegible para el Community Health Care Program o para otros programas que brindan cobertura médica.

El solicitante principal...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Es ciudadano estadounidense?\*

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?\*

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal? \_\_\_\_\_

\*Indica que el campo es obligatorio

1. Un residente permanente legal (Lawful Permanent Resident, LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

## SECCIÓN 2: Padre, madre o tutor legal (si corresponde)

Solo llene esta sección si es un padre, una madre o un tutor legal que presenta una solicitud para un niño menor de 18 años.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo

Hombre  Mujer  Prefiere no especificar

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección postal (incluya n.º de depto. Se admiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico

## SECCIÓN 3: Información sobre la familia (si corresponde)

**Cónyuge/pareja doméstica que recibirá cobertura (si corresponde)**

Llene esta sección para el cónyuge o pareja doméstica que estará cubierto por el plan de salud y que solicita el subsidio del Community Health Care Program. Si el solicitante es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta sección en nombre del solicitante.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

Cónyuge  Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo

Hombre  Mujer  Prefiere no especificar

Conteste **TODAS** las preguntas correspondientes a continuación sobre el cónyuge o la pareja doméstica. Esta información solo se utiliza para averiguar si el cónyuge o la pareja doméstica es elegible para el Community Health Care Program o para otros programas que brindan cobertura médica.

El cónyuge o la pareja doméstica...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Es ciudadano estadounidense?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?

(continúa)

1. Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

### SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

#### Dependiente 1 que recibirá cobertura

Llene esta sección para cada dependiente adicional que estará cubierto por el plan de salud y que solicita el subsidio del Community Health Care Program. Si el solicitante es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta sección en nombre del solicitante. Si tiene más de 3 dependientes que presentan la solicitud, saque una copia de esta página y llene la misma información solicitada a continuación para cada dependiente adicional.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo

- Hombre  Mujer  
 Prefiere no especificar

Parentesco con el solicitante principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Community Health Care Program o para otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Es ciudadano estadounidense?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?

\_\_\_\_\_

(continúa)

1. Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

### SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

#### Dependiente 2 que recibirá cobertura

Llene esta sección para cada dependiente adicional que estará cubierto por el plan de salud y que solicita el subsidio del Community Health Care Program. Si el solicitante es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta sección en nombre del solicitante.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo

Hombre  Mujer

Prefiere no especificar

Parentesco con el solicitante principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Community Health Care Program o para otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Es ciudadano estadounidense?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal<sup>1</sup>?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal<sup>1</sup>?

#### Dependiente 3 que recibirá cobertura

Llene esta sección para cada dependiente adicional que estará cubierto por el plan de salud y que solicita el subsidio del Community Health Care Program. Si el solicitante es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta sección en nombre del solicitante.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si está disponible)

Sexo

Hombre  Mujer

Prefiere no especificar

Parentesco con el solicitante principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas sobre el dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el dependiente es elegible para el Community Health Care Program o para otros programas que brindan cobertura médica.

El dependiente...

¿Recibe cobertura médica a través de un empleador?\*

Sí  No

¿Es ciudadano estadounidense?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal<sup>1</sup>?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal<sup>1</sup>?

1. Un residente permanente legal (LPR) no es un ciudadano estadounidense. Un LPR es un inmigrante que vive en los EE. UU. bajo un estado de residente permanente reconocido legalmente. Por ejemplo, los titulares de una tarjeta de residencia, los residentes extranjeros permanentes y los residentes extranjeros titulares de permisos.

## SECCIÓN 4: Ingresos familiares (Obligatorio)

El tamaño de su familia y el ingreso familiar nos ayudan a determinar si es elegible para el Community Health Care Program.

**(A) ¿Cuál es la cantidad total de familiares† en su hogar?\*** \_\_\_\_\_

†Si declara impuestos, es el mismo número de familiares que reporta en su formulario de impuestos. (No es necesario que declare impuestos para presentar la solicitud). Por lo general, esto lo incluye a usted y a los familiares inmediatos que viven con usted, como su cónyuge y sus hijos menores de 18 años (hasta 23 años, si son estudiantes).

**(B) ¿Cuántos familiares contados en (A) contribuyen al ingreso del hogar o familiar?\*** \_\_\_\_\_

**(C) Complete la siguiente tabla.**

- Anote los ingresos brutos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos) para cada familiar incluido en (B).
- Si incluyó a más de 3 personas en (B), saque una copia de esta página, proporcione la misma información por cada familiar adicional y envíela con su solicitud.
- Para los menores dependientes que trabajen, pero cuyos ingresos sean menores que el umbral requerido para declarar impuestos (\$12,950 en 2022):
  - No los tome en cuenta en el número de familiares que contribuyen al ingreso familiar.
  - No incluya su ingreso en la siguiente tabla.
  - No presente documentos de comprobante de ingresos.

Ingresos anuales estimados (antes de la deducción de impuestos)	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3
Ingresos de salarios, propinas e ingresos del empleo por cuenta propia	\$	\$	\$
Pagos por Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSDI)	\$	\$	\$
Beneficios por desempleo	\$	\$	\$
Ingresos provenientes de la pensión o jubilación	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler que recibe de propiedades que tiene y alquila	\$	\$	\$
Ingresos por intereses y anualidades	\$	\$	\$
Ayuda financiera para estudiantes: inclúyala solo si se usa para los gastos de manutención (las becas, las recompensas y las subvenciones para gastos de matrícula o de educación no se cuentan como ingresos)	\$	\$	\$
Pensión alimenticia recibida (para acuerdos anteriores a 2019)	\$	\$	\$
Otros ingresos, como ganancias de capital, ingresos del clero o ingresos de apuestas	\$	\$	\$
<b>INGRESOS TOTALES</b>	\$	*	\$

**Adjunte copias de los comprobantes de ingresos más actuales para los elementos que incluya en la tabla anterior.**

Por ejemplo:

- talones de pago
- cartas de adjudicación del Seguro Social o beneficios por desempleo
- formulario fiscal 1040 del año anterior
- formulario W-2 de su empleador actual
- carta de su empleador

Calcularemos su ingreso anual total familiar sumando los montos que figuran en los documentos de comprobante de ingresos que envió. Si presentó un formulario fiscal 1040, no necesita otro comprobante de ingresos. Si sus documentos de comprobante de ingresos no coinciden con el ingreso bruto anual de la tabla anterior, explique cualquier circunstancia especial que debamos considerar al revisar sus documentos de comprobantes de ingresos.

Solo yo/mi cónyuge trabajo(a)    Se redujeron las horas o no son constantes    Cambio de trabajo reciente  
 No trabajo    Soy trabajador independiente    Otro (explique) \_\_\_\_\_

\*Indica que el campo es obligatorio.

## SECCIÓN 4: Ingresos familiares (continuación)

Si algún familiar incluido en la tabla (C) tiene deducciones de ingresos, complete la siguiente tabla.

Deducciones estimadas de los ingresos anuales	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3
Interés de un préstamo estudiantil	\$	\$	\$
Gastos como trabajador independiente	\$	\$	\$
Pensión alimenticia pagada (para acuerdos anteriores a 2019)	\$	\$	\$
Otras deducciones: especifique	\$	\$	\$
<b>DEDUCCIONES TOTALES</b>	\$	\$	\$

Adjunte copias del comprobante de deducciones más actual para los elementos mencionados (ejemplos: declaración de préstamo estudiantil, recibos como trabajador independiente). **Calcularemos las deducciones totales sumando los documentos de comprobante de deducciones. Si sus comprobantes de deducciones no coinciden con las deducciones totales en la tabla anterior, explique en el espacio proporcionado en la página 9.**

**Trabajador independiente:** Si algún familiar incluido en la tabla (C) es un trabajador independiente, envíe una copia del Anexo C y de la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración federal del impuesto sobre la renta o un formulario de ganancias y pérdidas para cada negocio del año pasado.

## SECCIÓN 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un socio/agencia de la comunidad, familiar o amigo de confianza para hablar con nosotros sobre este formulario, consultar su información o actuar en su nombre, solo en asuntos relacionados con este formulario. Esta persona o socio/agencia de la comunidad se conoce como el representante autorizado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Nombre de la organización (si corresponde)

Número de inscripción en la entidad de Kaiser Permanente (si corresponde)

Teléfono

**Al firmar, usted nombra a esta persona o socio/agencia de la comunidad como su representante autorizado legalmente para obtener información sobre este formulario de Kaiser Permanente y para actuar en su nombre en asuntos relacionados con este formulario. Esta autorización tiene vigencia hasta el 31 de diciembre de 2025, o hasta que usted la cancele. Puede cancelar la autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito firmada a Kaiser Permanente, Attn: CHC, P.O. Box 23127, San Diego, CA 92193-3127 o por fax al: 1-855-355-5334. Una vez que la cancele, dejaremos de compartir su información y ya no la usaremos, excepto en la medida en que se haya usado anteriormente. Una vez que la divulguemos a su representante, su información puede volver a ser divulgada por su representante y ya no estará protegida por la ley federal de privacidad. Incluso si no firma esta autorización, seguiremos procesando su solicitud para el subsidio del Community Health Care Program, pero no podremos compartir su información con su representante. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.**

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Firma requerida** (del miembro principal o de la parte financieramente responsable, el padre, la madre o el tutor legal de los miembros menores de 18 años)

## SECCIÓN 6: Firme el acuerdo para presentar una solicitud (Obligatorio)

Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es correcta y exacta. Si proporciona información incorrecta o incompleta en este formulario o en otra correspondencia relacionada con este formulario, es posible que se cancelen todos los subsidios de Kaiser Permanente para la cobertura médica. No se garantiza la aprobación de la membresía del Community Health Care Program de Kaiser Permanente ya que se basa en la elegibilidad y la disponibilidad.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

**Firma requerida** (del miembro principal o de la parte financieramente responsable, el padre, la madre o el tutor legal de los miembros menores de 18 años)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan Inc., One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612.