KAISER PERMANENTE®

Community Health Coverage Program (CHCP) Solicitud de renovación de subsidio: 2027

Use este formulario para solicitar la renovación de un subsidio para pagar sus primas mensuales y la mayoría de los gastos de su bolsillo de su plan de Kaiser Permanente. Solicitar la renovación no tiene costo. Para hacerlo, siga estos pasos:

Paso 1: Presente la solicitud de renovación antes de la fecha límite.
Para solicitar la renovación del CHCP (Programa de Cobertura Médica para la Comunidad), debemos recibir este formulario antes del **1 de octubre de 2026**. Si no recibimos este formulario para esa fecha, ya no será elegible para el CHCP y tendrá que pagar el monto total de la prima mensual y los gastos de su bolsillo a partir del 1 de enero de 2027.

Ahora es posible solicitar la renovación en línea. Visite kp.org/ca-chcp/members (cambie el idioma a español) o escanee el código QR para empezar.

Paso 2: Llene el formulario para solicitar la renovación del subsidio.

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

Paso 3: Incluya un comprobante de ingreso.
Adjunte copias de los comprobantes del ingreso bruto más reciente de su hogar:

- Si le paga un empleador, incluya los 2 últimos recibos de sueldo, los formularios W-2 o el formulario fiscal 1040 del año anterior. Nota: Si presenta un formulario fiscal, no necesita otro comprobante de ingreso.
- Si tiene un empleo por cuenta propia, incluya el Anexo C y la página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso o el formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.
- Si le pagan en efectivo, incluya una carta firmada por su empleador en la que se indiquen el ingreso bruto y la frecuencia de pago.
- Consulte más ejemplos de comprobantes de ingreso en la Sección 4.

Reglas de elegibilidad:

La elegibilidad para el CHCP se considerará para personas que no tengan seguro. Además, se debe cumplir lo siguiente:

- Vivir en el área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. de California.
- Vivir en un hogar con ingreso de hasta el 300% del nivel federal de pobreza.
- No ser elegible para recibir otra cobertura médica pública o privada, como Medi-Cal, Medicare o un plan de salud económico patrocinado por el empleador o para recibir ayuda financiera a través de Covered California, entre otras opciones.
- En la mayoría de los casos, los hijos dependientes deben ser menores de 26 años.
- Las personas mayores de 21 años pueden recibir el subsidio del CHCP por un máximo de 3 años consecutivos.
  Los dependientes elegibles pueden seguir recibiendo el subsidio hasta que cumplan 21 años, sin importar cuánto tiempo hayan estado en el programa.
- El subsidio del CHCP se ofrece como recurso por única vez, y todos los miembros deben volver a solicitarlo cada año. Los miembros que no soliciten la renovación en años consecutivos perderán la elegibilidad a futuro.

Si a su familia le aplican alguna deducción del ingreso, proporcione comprobantes, por ejemplo:

- Interés de un préstamo estudiantil: incluya su último estado de cuenta del préstamo.
- Si tiene un empleo por cuenta propia: incluya el Anexo C y la página 1 (la página del ingreso bruto ajustado) de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso o el formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.

Paso 4: Incluya documentos adicionales.

- Proporcione pruebas de su tutoría legal, si corresponde.
- Incluya cualquier otra información o documentación que pueda ayudarnos a evaluar su elegibilidad.

Paso 5: Envíe el formulario, el comprobante de ingreso y otros documentos requeridos.

Envíe el **formulario de solicitud de renovación del subsidio** lleno y firmado, el comprobante de ingreso actual, las deducciones de ingreso y otros documentos requeridos a través de una de las siguientes opciones:

- En línea (preferible): **kp.org/ca-chcp/members** (cambie el idioma a español)
- Por correo electrónico: **CHC-Applications@kp.org** (incluya "application" en el asunto)
- Por correo postal: Kaiser Permanente
  Attn: CHC
  P.O. Box 939095
  San Diego, CA 92193-9095
- Por fax: **1-855-355-5334**

Estamos aquí para ayudarle:

Si tiene preguntas sobre el Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente o sobre este formulario, por favor llame al:

1-800-464-4000 (TTY 711)

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

Información sobre el aliado comunitario

Comuníquese con un aliado comunitario participante si tiene preguntas. Visite **kp.org/ca-chcp/gethelp** (cambie el idioma a español) para encontrar un aliado comunitario participante cerca de usted.

Cuándo nos comunicaremos con usted: las solicitudes enviadas se procesan en el orden en que las recibimos. Le informaremos sobre la aprobación del CHCP después de recibir y revisar los formularios llenos y los demás comprobantes de ingreso.

Nota: No se garantiza la continuidad de la elegibilidad para el CHCP. Nos reservamos el derecho de cerrar la inscripción o de cambiar las reglas de elegibilidad en cualquier momento. Si se aprueba que reciba el subsidio, será por un periodo limitado. Más adelante, nos comunicaremos con usted para confirmar que todavía califique.

Kaiser Permanente mantendrá la privacidad de su información, tal como lo exige la ley, y usará su información personal solo a fin de saber califica para el subsidio de Kaiser Permanente.

Si solicita el subsidio de Kaiser Permanente a través de una organización comunitaria, esta organización puede usar su información con el objeto de determinar su elegibilidad para otro programa de atención médica o de servicio social o para otro fin que exija la ley.

Preguntas más comunes

1. ¿Cuánto tiempo toma determinar si me aceptan o no en el Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente?

Las solicitudes enviadas se procesan en el orden en que las recibimos. Le informaremos sobre la aprobación del CHCP después de recibir y revisar los formularios llenos y los demás comprobantes de ingreso.

Procesar los formularios llenos que incluyen toda la documentación requerida puede llevar hasta seis semanas. Si falta información, es posible que tarde más y que se venza la fecha límite para que presente la solicitud de renovación. Llenar este formulario no garantiza la inscripción en el CHCP.

2. ¿Cuánto pagaré al mes por el CHCP?

No se requiere un pago mensual. Kaiser Permanente pagará la prima mensual completa y los gastos de su bolsillo correspondientes a los artículos y servicios que reciba en los centros de atención de Kaiser Permanente.

3. ¿Qué pasa si ya no califico?

Cuando ya no califique, dejará de recibir el subsidio del CHCP para las primas y los gastos de su bolsillo. Seguirá inscrito en el plan Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO, **pero deberá pagar la totalidad de su prima mensual y los gastos de su bolsillo,** a menos que nos pida que cancelemos su inscripción o que no pague toda la prima. Consulte la Sección 6 para conocer sus opciones.

4. ¿Cuánto dura el subsidio del CHCP?

- Adultos (21 años o más): el subsidio del CHCP está disponible como recurso por única vez durante un máximo de 3 años seguidos. Los miembros adultos que hayan recibido el subsidio durante más de 3 años no serán elegibles para solicitar su renovación. Los miembros adultos que no soliciten la renovación en años consecutivos perderán la elegibilidad a futuro.
- Niños (menores de 21 años): los niños pueden obtener el subsidio del CHCP hasta que cumplen 21 años, independientemente del tiempo durante el que hayan estado en el programa. Todos los miembros, incluidos los niños, deben solicitar la renovación todos los años.

5. No puedo pagar una cobertura a través de Covered California. ¿Aún así califico para el CHCP?

La imposibilidad de pagar las primas de Covered California no hace que califique para participar en el CHCP. Debe cumplir los requisitos de ingreso y otras reglas del CHCP para calificar.

6. ¿Califico para el CHCP si me ofrecen cobertura médica a través de un empleador?

Para poder participar en el CHCP, los solicitantes no deben tener acceso a un plan para empresas que se considere económico. El CHCP se rige por las pautas federales de accesibilidad. Para 2026, el umbral que determina si un plan para empresas es económico es si la prima es igual o inferior al 9.96% del ingreso anual familiar. Si considera que su cobertura por medio del empleo no es económica (supera el 9.96% del ingreso anual), envíe una prueba de esta cobertura e incluya información sobre su costo y la frecuencia de pago.

7. ¿Qué otros programas de cobertura médica están disponibles?

Averigüe si califica para Medi-Cal. Esta opción puede estar disponible si reúne los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Menores de 19 años que viven en hogares con un ingreso de hasta el 266% del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) ($42,454 para una persona u $87,780 para una familia de 4 integrantes en 2026), independientemente del estado migratorio.

- Adultos entre los 19 y 64 años con un ingreso familiar de hasta el 138% del FPL ($22,025 para una persona o $45,540 para una familia de 4 integrantes en 2026). A partir del 1 de enero de 2026, los adultos de 19 años en adelante deben tener una ciudadanía o un estado migratorio elegibles para calificar.
- Personas embarazadas con un ingreso de hasta el 213% del FPL ($33,995 para una persona o $70,290 para una familia de 4 integrantes en 2026), independientemente del estado migratorio.
- Los adultos mayores y las personas con discapacidad con bienes e ingreso familiar limitados también pueden calificar.

Kaiser Permanente es un proveedor de Medi-Cal y podría estar disponible para usted. Para obtener más información, visite **kp.org/medi-cal/es** o llame al Centro de Asistencia para Medicaid de Kaiser Permanente al **1-800-557-4515** (TTY **711**). También puede comunicarse con una organización comunitaria o con la oficina local de servicios del condado.

Adquiera una cobertura médica a través de Covered California. Si califica, puede recibir ayuda para pagar las primas de su plan o los gastos de su 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 suceda un evento de vida calificado para inscribirse a un nuevo plan. Para obtener más información, visite coveredca.com/espanol/, que también tiene los planes de Kaiser Permanente.

Llámenos al 1-800-488-3590 (TTY **711**) o visite **buykp.org** (cambie el idioma a español) para obtener información sobre otras opciones de planes Kaiser Permanente for Individuals and Families.

Averigüe si califica para Medicare, un programa federal que se ofrece a adultos de 65 años o más. Existen distintos periodos en los que podría ser elegible para inscribirse en un plan de salud de Medicare. Visite **kp.org/medicare** (cambie el idioma a español) para obtener más información. Si su ingreso familiar es limitado, es posible que califique para Medi-Cal. Visite **kp.org/medi-cal/es** para obtener más información.

8.¿Qué sucede si la persona mencionada como miembro principal de Kaiser Permanente no es elegible para el CHCP?

Si el miembro principal de Kaiser Permanente ya no es elegible, no envíe este formulario de renovación del subsidio. En cambio, los miembros elegibles que quieran seguir inscritos en el CHCP el año próximo deben enviar una solicitud nueva durante la Inscripción Abierta, que comienza el 1 de noviembre. Visite **kp.org/ca-chcp/howtoenroll** (cambie el idioma a español) a partir del 1 de noviembre para obtener información sobre cómo enviar una solicitud durante la Inscripción Abierta.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

SECCIÓN 1: Información del miembro **(campo obligatorio)**

Miembro principal de Kaiser Permanente

El "miembro principal de Kaiser Permanente" es la persona que tiene la cobertura del plan de salud y que solicita la renovación del subsidio del Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente. Si la solicitud de renovación es para un menor de 18 años, llene la sección 1 con los datos del menor y la sección 2 con los datos del padre, la madre o el tutor legal.

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Apellido*

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

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo*
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Teléfono de la casa - -

Teléfono celular - -

Domicilio* (incluya el n.º de departamento sin apartado postal, por favor)

Ciudad* Estado* Código postal*

Dirección postal (si es diferente al domicilio. Incluya el n.º de departamento.)

Ciudad Estado Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Correo electrónico

Conteste TODAS las siguientes preguntas que correspondan sobre el miembro principal de Kaiser Permanente. Esta información solo se utiliza para averiguar si el miembro principal es elegible para el CHCP u otros programas que brindan cobertura médica.

Sobre el miembro principal de Kaiser Permanente:

- ¿Se le ofreció cobertura médica a través de un trabajo?* ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medi-Cal?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medicare?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para otro seguro médico de bajo costo como, por ejemplo, a través de Covered California?*† ☐ Sí ☐ No

*Indica que el campo es obligatorio.

†Si el solicitante no es elegible para otra cobertura o si recibió una notificación de denegación de cobertura, seleccione "No".

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

Solo llene esta sección si es el padre, la madre o el tutor legal del menor (menor de 18 años) que figura en la sección 1. El padre, la madre o el tutor legal incluido en esta sección no será considerado para la cobertura del plan de salud ni el subsidio del CHCP.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Teléfono de la casa

Teléfono celular

Dirección postal (incluya el n.º de departamento; se aceptan apartados postales).

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Correo electrónico

SECCIÓN 3: Información sobre la familia (si corresponde)

Cónyuge o pareja doméstica (si corresponde)

Llene esta sección para el cónyuge o la pareja doméstica que tiene la cobertura del plan de salud y que solicita la renovación del subsidio del Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente. Solo llene esta sección si el miembro principal que figura en la sección 1 es mayor de edad y solicita cobertura para su cónyuge o pareja doméstica.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:
☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan 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 CHCP u otros programas que brindan cobertura médica.

Sobre el cónyuge o la pareja doméstica:

- ¿Se le ofreció cobertura médica a través de un trabajo?* ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medi-Cal?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medicare?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para otro seguro médico de bajo costo como, por ejemplo, a través de Covered California?*† ☐ Sí ☐ No

*Indica que el campo es obligatorio.

(continúa)

†Si el solicitante no es elegible para otra cobertura o si recibió una notificación de denegación de cobertura, seleccione "No".

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

Dependiente 1

Llene esta sección para cada dependiente adicional que esté cubierto por el plan de salud y que solicita la renovación del subsidio del Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente. Solo llene esta sección si el miembro principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales, O si el miembro de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene menores adicionales que solicitan cobertura.

Si más de tres dependientes solicitan la renovación, haga una copia de esta página y llene la misma información que se le pide a continuación por cada dependiente adicional.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

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

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo
☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Prefiere no especificar

Relación con el miembro principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre la persona dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si esta persona es elegible para el CHCP u otros programas que brindan cobertura médica.

Sobre el dependiente:

- ¿Se le ofreció cobertura médica a través de un trabajo?* ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medi-Cal?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medicare?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para otro seguro médico de bajo costo como, por ejemplo, a través de Covered California?*† ☐ Sí ☐ No

*Indica que el campo es obligatorio.

†Si el solicitante no es elegible para otra cobertura o si recibió una notificación de denegación de cobertura, seleccione "No".

(continúa)

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

Dependiente 2

Llene esta sección para cada dependiente adicional que esté cubierto por el plan de salud y que solicita la renovación del subsidio del Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente. Solo llene esta sección si el miembro principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales, O si el miembro de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene menores adicionales que solicitan cobertura.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

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

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo
☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Prefiere no especificar

Relación con el miembro principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre la persona dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si esta persona es elegible para el CHCP u otros programas que brindan cobertura médica.

Sobre el dependiente:

- ¿Se le ofreció cobertura médica a través de un trabajo?* ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medi-Cal?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medicare?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para otro seguro médico de bajo costo como, por ejemplo, a través de Covered California?*† ☐ Sí ☐ No

Dependiente 3

Llene esta sección para cada dependiente adicional que tenga cobertura del plan de salud y que solicite la renovación del subsidio del CHCP. Solo llene esta sección si el miembro principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales, O si el miembro de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene menores adicionales que solicitan cobertura.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

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

Número de historia clínica (si tiene)

Sexo
☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Prefiere no especificar

Relación con el miembro principal

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre la persona dependiente. Esta información solo se utiliza para averiguar si esta persona es elegible para el CHCP u otros programas que brindan cobertura médica.

Sobre el dependiente:

- ¿Se le ofreció cobertura médica a través de un trabajo?* ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medi-Cal?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para Medicare?*† ☐ Sí ☐ No
- ¿Es elegible para otro seguro médico de bajo costo como, por ejemplo, a través de Covered California?*† ☐ Sí ☐ No

*Indica que el campo es obligatorio.

†Si el solicitante no es elegible para otra cobertura o si recibió una notificación de denegación de cobertura, seleccione "No".

SECCIÓN 4: Ingreso familiar **(campo obligatorio)**

El tamaño de la familia, el ingreso familiar y los documentos de comprobantes de ingreso nos ayudan a determinar si puede participar en el CHCP.

(A) ¿Cuántos miembros de la familia† viven en su hogar?* _____

†*Si presenta su declaración de impuestos, este es el mismo número de miembros de la familia que informa 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 directos que viven con usted, como su cónyuge y sus hijos menores de 18 años (hasta 23 años si es estudiante).*

(B) ¿Cuántos miembros de la familia incluidos en la pregunta (A) contribuyen al ingreso del hogar?* _____

No incluya los hijos dependientes que trabajan (menores de 18 años o hasta 23 años si son estudiantes) cuyo ingreso esté por debajo del límite mínimo para declarar impuestos ($15,750 en 2025); tampoco presente documentos de comprobante de ingreso.

☐ No trabajo/Nadie de mi hogar trabaja.
(Si elige esta opción, salte las secciones C y D y **no presente documentos de comprobante de ingreso**).

(C) Información sobre el ingreso familiar. Seleccione TODAS las opciones que correspondan.

Puede seleccionar más de una casilla si las situaciones de ingreso son diferentes para miembros distintos del hogar. Cuando se seleccionan varias opciones, los montos informados y enviados como comprobantes se sumarán.

Opción 1: No tiene comprobante de ingreso **Si uno o más miembros del hogar no tienen comprobante de ingreso** (por ejemplo, recibo de sueldo o formulario W-2), seleccione la siguiente casilla e informe el monto del ingreso familiar mensual correspondiente a esas personas.

☐ **Declaro que uno o más miembros de mi hogar no tienen comprobantes de ingreso.**
El ingreso bruto **MENSUAL** combinado correspondiente a estos miembros del hogar es $_____ por mes.
(Si selecciona esta opción, **no presente documentación de ingreso para estos miembros del hogar**).

Opción 2: El ingreso es variable **Si uno o más miembros del hogar tienen un ingreso variable** (por ejemplo, propinas, horas extras o comisiones), seleccione la siguiente casilla e informe un monto estimado de su ingreso.

☐ **Declaro que uno o más miembros de mi hogar tienen un ingreso variable.** El ingreso bruto **ANUAL** combinado esperado correspondiente a estos miembros del hogar en **2026** son $_____.
(Si selecciona esta opción, **no presente documentación de ingreso para estos miembros del hogar**).
Incluya el monto recibido hasta la actualidad este año y un monto estimado esperado para el resto del año.

Opción 3: Comprobante de ingreso disponible **Si uno o más miembros del hogar tienen comprobante de ingreso,** seleccione la siguiente casilla.

☐ **Declaro que uno o más miembros de mi hogar tienen comprobante de ingreso.** Incluiré la documentación en mi solicitud.

Si su grupo familiar tiene comprobantes de ingreso, envíe la documentación del ingreso que usted recibe.
Adjunte copias de los comprobantes de ingreso más recientes de CADA miembro de la familia que contribuye al ingreso del hogar.

A continuación puede encontrar el ingreso calificado y ejemplos relacionados con este tema:

Salario o propinas:	Sus 2 últimos recibos de sueldo, el formulario W-2 del empleador, o el formulario fiscal 1040 del año pasado. Nota: Si presenta un formulario fiscal, no necesita otro comprobante de ingreso.
Empleo por cuenta propia:	Un formulario de ganancias y pérdidas, el Anexo C y la página 1 de la declaración federal de impuestos del año pasado (la página de ingreso bruto ajustado)
Pagos del Seguro Social:	Cartas de adjudicación de pagos del Seguro Social y el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI)
Beneficios por desempleo	Cartas de adjudicación de beneficios por desempleo
Pensión alimenticia recibida	Envíe los documentos del tribunal o una carta de su excónyuge donde se detalle la información de pago (solo si el divorcio o la separación finalizó antes del 1 de enero de 2019).
Ayuda financiera para estudiantes para gastos de subsistencia (los préstamos estudiantiles y la ayuda financiera para los gastos de matrícula o de educación no se cuentan como ingreso).	
Ingreso por pensión/jubilación	
Ingreso por alquiler que recibe de propiedades que tiene y alquila	
Ingreso por intereses o inversiones y anualidades	
Otros ingresos, como ganancias de capital, ingreso del clero o ingreso de apuestas	

Explique cualquier situación especial que deberíamos considerar al momento de revisar sus documentos de ingreso (si corresponde). _____

(continúa)

SECCIÓN 4: Ingreso familiar (campo obligatorio)

(D) Adjunte copias de los comprobantes de deducciones tributarias más recientes de CADA miembro de la familia que contribuya al ingreso del hogar (si corresponde).

Deducciones calificadas:

- **Gastos de empleo por cuenta propia:** solo si presenta un formulario de ganancias y pérdidas. Si presenta un Anexo C de la declaración federal de impuestos del año pasado, revisaremos el ingreso bruto ajustado de la página 1.
- **Pensión alimenticia que usted paga:** envíe los documentos del tribunal o una carta de su excónyuge donde se detalle la información de pago. (Solo si el divorcio o la separación finalizó antes del 1 de enero de 2019).
- **Intereses que paga por un préstamo estudiantil:** envíe el formulario 1098-E de intereses de préstamos estudiantiles del año fiscal más reciente.
- **Contribuciones a una Cuenta Individual para la Jubilación (Individual Retirement Account, IRA):** envíe el formulario 5498 del año fiscal más reciente. (Si no tiene una cuenta de jubilación a través de su empleador).
- **Gastos de los maestros** (si es maestro y paga los suministros con sus gastos de su bolsillo).
- **Depósitos en la cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA):** envíe el formulario 8889 completo (en situaciones limitadas).

SECCIÓN 5: Opciones en caso de que no sea elegible

Si ya no califica, dejará de recibir nuestro subsidio del CHCP para pagar primas y gastos de su bolsillo, pero su inscripción al plan 2027 Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO seguirá activa. **Deberá pagar la totalidad de sus primas mensuales y los gastos de su bolsillo**, a menos que seleccione la casilla a continuación para que cancelemos su inscripción al plan Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO o que no pague toda la prima.

¿Prefiere que cancelemos su inscripción si ya no califica?

Si quiere que cancelemos su cobertura del plan 2027 Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente, seleccione la casilla a continuación.

☐ Cancelar la inscripción al plan Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente a partir del 31 de diciembre de 2026 de todas las personas de mi plan **que ya no califiquen**.

Si no selecciona la casilla y la renovación de su solicitud para el subsidio del CHCP no se aprueba, su inscripción al plan 2027 Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente seguirá activa, pero será responsable de pagar la prima mensual completa y los gastos de su bolsillo correspondientes a los servicios que reciba. Su primera factura llegará a principios de diciembre de 2026. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-464-4000 (TTY 711**).

También puede enviar una solicitud por escrito o llamarnos al **1-800-464-4000 (TTY 711)** para cancelar la cobertura de su plan 2027 Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente. Comuníquese con nosotros antes del 30 de noviembre de 2026 para no recibir su primera factura.

SECCIÓN 6: Formulario de verificación del aliado comunitario

Nota para aliados comunitarios: esta sección es exclusiva para aliados comunitarios que tienen un acuerdo de socio comercial (Business Associate Agreement, BAA) con Kaiser Permanente para cumplir con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Si no tiene el acuerdo mencionado, salte esta sección y ayude al solicitante a completar la sección 7 relacionada con el representante autorizado y la autorización conforme a la HIPAA.

Nombre de la organización

Teléfono de la organización

– –

Extensión telefónica (si corresponde)

Dirección de correo electrónico de la organización

Representante de los aliados comunitarios

Declaro que he ayudado a los solicitantes con esta solicitud para el Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente. Entiendo y acepto que me comprometo a servir como punto de contacto para la Administración de Miembros de Kaiser Permanente con respecto al seguimiento o preguntas relacionadas con esta solicitud.

X

Firma del representante de aliados comunitarios

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

(continúa)

SECCIÓN 7: Elección del representante autorizado (si tiene uno)

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Nombre de la organización (si corresponde)

Teléfono

– –

Al firmar, usted nombró a esta persona, aliado comunitario o agencia de la comunidad como su representante autorizado legalmente para obtener información sobre este formulario de Kaiser Permanente y actuar en su nombre en asuntos relacionados con este formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para menores de 18 años)

Esta autorización tiene vigencia hasta el 31 de diciembre de 2027, o hasta que usted la cancele. Es posible que cancele la autorización en cualquier momento al enviar una solicitud por escrito firmada a Kaiser Permanente, Attn: CHC, P.O. Box 939095, San Diego, CA 92193-9095 o fax: 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 la haya utilizado anteriormente. Una vez que compartamos su información con su representante, es posible que esta persona vuelva a compartirla y que sus datos ya no estén protegidos por la ley federal de privacidad. Incluso si no firma esta autorización, seguiremos procesando su solicitud para el subsidio del Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente, pero no podremos compartir su información con su representante. Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para menores de 18 años)

SECCIÓN 8: Firma del acuerdo de solicitud de renovación **(campo obligatorio)**

Al firmar este formulario, certifica que la información incluida es correcta y precisa. Si proporciona información incorrecta o incompleta en este formulario o en otra correspondencia relacionada con él, es posible que se cancelen todos los subsidios para cubrir los costos relacionados con la cobertura médica de Kaiser Permanente. Kaiser Permanente se reserva el derecho a solicitar documentación adicional en cualquier momento para verificar la elegibilidad del miembro. No se garantiza la aprobación de la membresía en el Community Health Coverage Program (CHCP) de Kaiser Permanente, ya que depende de la elegibilidad y la disponibilidad.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para menores de 18 años)

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

Aviso de no discriminación

En este documento "nosotros" o "nuestro" se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org** (cambie el idioma a español).

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios de forma oportuna:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
  - intérpretes calificados de lengua de señas,
  - información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - intérpretes calificados,
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services) a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) o Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** (cambie el idioma a español) o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org** (cambie el idioma a español).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

  Office for Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California están disponibles en: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Usted puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. están disponibles en: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **En línea:** visite el **Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

KAISER PERMANENTE®