

Kaiser Permanente Community Health Coverage Program - Maryland

Instrucciones para completar el formulario de Solicitud de renovación del subsidio

Este documento le indica cómo completar el formulario de Solicitud de renovación del subsidio de Community Health Coverage Program (CHCP) al reinscribir en Kaiser Permanente Community Health Coverage Program.



Qué necesita hacer:

- **Completar el formulario**, incluyendo comprobante de ingresos y otros documentos requeridos si corresponde.
- **Enviar el formulario completado** antes del 1.º de octubre de 2025.
- **Hacer una copia** de su formulario completado para sus archivos.
- **Enviar sus documentos** de una de las siguientes maneras:

Por correo electrónico:

CHC-Applications@kp.org

- Incluya la palabra “application” [solicitud] 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

- Asegúrese de guardar la página de confirmación del fax.



Estamos aquí para ayudarle:

Si tiene preguntas sobre el CHCP o sobre este formulario, llame al **1-800-777-7902** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 9:00 p.m., hora del este (cerrado los principales días festivos).

Comuníquese con un orientador del CHCP participante para obtener ayuda con la solicitud de renovación. Visite **kp.org/mas-chap/gethelp** (haga clic en “Español”) para encontrar el más cercano a su domicilio.

Community Health Coverage Program (CHCP) Solicitud de renovación de subsidio: 2026

Use este formulario para solicitar la renovación de un subsidio para pagar sus primas mensuales y la mayoría de los gastos de bolsillo del plan KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision. Solicitar la renovación no tiene costo. Para hacerlo, siga estos pasos:

Paso 1: Presente la solicitud de renovación antes de la fecha límite

Para presentar la solicitud de renovación para el Community Health Coverage Program (Programa de Cobertura Médica Comunitaria) (CHCP), **debemos** recibir este formulario antes del **1 de octubre de 2025**. Si no recibimos este formulario para esa fecha, ya no obtendrá ayuda financiera y tendrá que pagar el monto total de la prima mensual y los gastos de bolsillo a partir del 1 de enero de 2026.

Paso 2: Llene el formulario de solicitud de 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 ingresos

Adjunte copias de los comprobantes de ingresos brutos más recientes 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 ingresos.
- 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 los ingresos brutos y la frecuencia de pago.
- Consulte más ejemplos de comprobantes de ingresos en la Sección 4.

Recordatorio:
Asegúrese de utilizar la versión 2026 del formulario

Reglas de elegibilidad

- Vivir en el área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., excepto en el Distrito de Columbia.
- Vivir en un hogar con ingresos de hasta el 300 % del nivel federal de pobreza.
- No ser elegible para recibir otra cobertura médica pública o privada, como Medicaid, Maryland Children's Health Program, Medicare, un plan de salud económico o el empleo con ayuda financiera de Maryland.

Asegúrese de hacer una copia del formulario de reinscripción para sus registros

- En la mayoría de los casos, los solicitantes deben ser menores de 26 años.
- El solicitante principal y los adultos solicitantes de 21 años o más son elegibles para el subsidio del CHCP por un máximo de 3 años consecutivos, siempre que cada uno cumpla con los requisitos de elegibilidad del CHCP.

No es necesario tener ciudadanía estadounidense para poder participar en el CHCP.

Si a su familia le aplican alguna deducción de los ingresos, 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 de 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

- Incluya las cartas de denegación de Medicaid, Maryland Children's Health Program o Maryland Health Connection, si corresponde.
- 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, comprobante de ingresos y otros documentos requeridos

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

- Por correo electrónico (método preferido):
CHC-Applications@kp.org
(incluya la palabra "application" [solicitud] 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 CHCP o sobre este formulario, llame al:

1-800-777-7902 (TTY 711),
de lunes a viernes,
de 7:30 a. m. a 9:00 p. m.,
hora del este (cerrado los
principales días festivos).

Información sobre el aliado comunitario

Comuníquese con un orientador del CHCP participante para obtener ayuda con la solicitud de renovación. Visite **kp.org/mas-chap/gethelp** (haga clic en "Español") para encontrar un aliado cercano a usted.

El método preferido de envío es el correo electrónico y es altamente recomendado.

Asegúrese de incluir la palabra "**application**" (solicitud) en la línea de asunto cuando envíe su solicitud y documentos de respaldo por correo electrónico.

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 reúna los requisitos.

Kaiser Permanente mantendrá la privacidad de su información, tal como lo exige la ley, y usará su información personal solo a fin de saber si reúne los requisitos 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 CHCP?

Procesar los formularios llenos que incluyen toda la documentación requerida puede llevar hasta 6 semanas. Si falta información, es posible que tarde más y que se venza el plazo 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 subsidiará el monto total de la prima mensual.

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

Cuando ya no cumpla nuestros requisitos de elegibilidad, se cancelará su inscripción en el CHCP. Seguirá inscrito en el plan KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision, **pero deberá pagar la totalidad de su prima mensual y los gastos de bolsillo**, a menos que nos pida que cancelemos su membresía o que no pague toda la prima.

4. No puedo pagar una cobertura a través de Maryland Health Connection. ¿Aún así puedo participar en el CHCP?

La imposibilidad de pagar las primas de Maryland Health Connection no hace que califique para participar en el CHCP. Debe cumplir los requisitos de ingresos y otros criterios del CHCP para ser elegible.

5. ¿Puedo participar en 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 2025, el umbral que determina si un plan para empresas es económico es si la prima es igual o inferior al 9.02 % del ingreso familiar. Si considera que su cobertura patrocinada por el empleador no es económica, envíe una prueba de esta cobertura e incluya información sobre su costo y la frecuencia de pago.

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

Averigüe si puede participar en Medicaid o Maryland Children's Health Program. Esta opción puede estar disponible para los solicitantes nacidos en Estados Unidos o que sean residentes permanentes legales y que cumplan los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Menores de 19 años que viven en hogares con ingresos iguales o inferiores al 322 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) (\$50,393 para una persona o \$103,523 para una familia de 4 integrantes en 2025).
- Adultos entre los 19 y 64 años con ingresos familiares de hasta el 138 % del nivel federal de pobreza (\$21,597 para una persona o \$44,367 para una familia de 4 integrantes en 2025). Kaiser Permanente es un proveedor de Medicaid y podría estar disponible para usted.
- Personas embarazadas con ingresos de hasta el 264 % del FPL (\$41,316 para una persona o \$84,876 para una familia de 4 integrantes en 2025).
- Para obtener más información, visite kp.org/medicaid/md/es.

Adquiera cobertura médica a través de Maryland Health Connection. Si reúne los requisitos, es posible que reciba ayuda para pagar las primas de su plan o los gastos de bolsillo. Recuerde inscribirse durante el periodo de inscripción abierta de Maryland Health Connection. Si espera hasta que el periodo de inscripción abierta haya terminado, necesitará que suceda un evento calificado de vida para inscribirse a un nuevo plan. Para obtener más información, visite marylandhealthconnection.gov/es, que también tiene los planes de Kaiser Permanente.

Llámenos al 1-800-488-3590 (TTY 711) o visite buykp.org (haga clic en "Español") para obtener información sobre otras opciones de planes Kaiser Permanente for Individuals and Families.

Averigüe si puede participar en 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 (haga clic en "Español") para obtener más información. Si sus ingresos familiares son limitados, es posible que reúna los requisitos de Medicaid. Visite kp.org/medicaid/md/es para obtener más información.

7. ¿Es el CHCP un beneficio público que podría afectar mi capacidad para obtener la residencia permanente legal o la ciudadanía estadounidense en el futuro?

No, el CHCP 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.

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

Si el miembro principal ya no es elegible, no envíe este formulario de renovación del subsidio. En su lugar, los miembros de Kaiser Permanente que califiquen y deseen continuar en el CHCP el siguiente año pueden solicitarlo durante la inscripción abierta presentando una nueva solicitud. Llámenos al 1-800-777-7902 (TTY 711) para obtener información sobre cómo enviar una nueva solicitud durante la inscripción abierta. Los miembros actuales conservarán su subsidio del CHCP hasta el 31 de diciembre de 2025.

SECCIÓN 1: Información del miembro (c)

Miembro principal de Kaiser Permanente

Persona con cobertura del plan de salud. Si la solicitud de renovación es para un menor y la sección 2 con los datos del menor.

Nombre*

J a n e

Initial del segundo nombre

R

Apellido*

S m i t h

Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa)

0

Número de historia clínica (si tiene)

8 5 6 2 5 1

Género*

☐ Hombre

☒ Mujer

Teléfono de la casa

- - - - -

Teléfono celular

4 1 0 - 4 6 7 - 7 8

Domicilio* (Incluya el n.º de departamento. No se aceptan apartados postales).

1 2 3 4 M a i n S t r e e t

Ciudad*

B a l t i m o r e

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

- - - - -

Ciudad

- - - - -

Correo electrónico

j a n e . s m i t h @ g m a i l . c o m

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 ofrece cobertura médica a través de su empleador?*

¿Tiene ciudadanía estadounidense?*

Si contestó "sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?*

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?*

*Indica que el campo es obligatorio.

1. Un residente permanente legal (*lawful permanent resident*, LPR) no tiene la ciudadanía estadounidense. Es un inmigrante que vive en EE. UU. según un estado de residencia permanente con reconocimiento legal. Por ejemplo, las personas que poseen una tarjeta de residencia, la residencia extranjera permanente, la acción diferida para los llegados en la infancia (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) y la titularidad del permiso de residencia extranjera.

Para garantizar un procesamiento preciso, incluya el Número de Historia Clínica (Medical Record Number, MRN o Health Record Number, HRN) que se encuentra en la tarjeta de identificación del miembro o en kp.org/espanol.

Recordatorio: Incluya el número de apartamento o suite y valide la dirección con el miembro

Es MUY recomendable proporcionar un número de teléfono y una dirección de correo electrónico en caso de que el equipo de procesamiento de solicitudes tenga preguntas sobre el formulario

Hay que responder las preguntas de elegibilidad; si responde "Sí" para ciudadano estadounidense, omita las últimas dos preguntas

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.

Nombre

Apellido

Género

☐ Hombre ☐ Mujer

Dirección postal (Incluya n.º de departame

Ciudad

Correo electrónico

Esta sección solo se aplica si un adulto presenta una solicitud en nombre de un menor (niño menor de 18 años). No se evaluará la elegibilidad de ninguna persona incluida en esta sección y no recibirá una carta de aprobación o denegación.

Segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Código postal

SECCIÓN 3: Información sobre la familia (si corresponde)

**Cónyuge
(si corresponde)**

Llene esta sección si

renovación del subsidio del CHCP. Solo llene esta sección si el cónyuge en la sección 1 es mayor de edad y solicita cobertura

Complete esta sección solo si actualmente tiene un cónyuge o pareja doméstica inscrito en el plan

Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si tiene)

☐ Hombre ☐ Mujer

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre el cónyuge para averiguar si el cónyuge es elegible para el CHCP u otros programas que brindan servicios de salud.

Sobre el cónyuge:

¿Se le ofrece cobertura médica a través de su empleador?*

¿Tiene ciudadanía estadounidense?

Si contestó "sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?

Para garantizar un procesamiento preciso, incluya el Número de Historia Clínica (Medical Record Number, MRN o Health Record Number, HRN) que se encuentra en la tarjeta de identificación del miembro o en kp.org/espanol

Hay que responder las preguntas de elegibilidad; si responde "Sí" para ciudadano estadounidense, omita las últimas dos preguntas

1. Un residente permanente legal (*lawful permanent resident*, LPR) no tiene la ciudadanía estadounidense según un estado de residencia permanente con reconocimiento legal. Por ejemplo, las personas con estatus de residente permanente, la acción diferida para los llegados en la infancia (Deferred Action for Childhood Arrivals) o la acción diferida para los llegados en la adolescencia (Deferred Action for Adult Arrivals) no son residentes permanentes legales.

SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

Llene esta sección para cada dependiente actual y que solicite la renovación de la membresía principal que figura en la sección 2.

Dependiente 1

Dependientes adicionales, o si el solicitante de la membresía principal es el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene

Si más de 3 dependientes solicitan la renovación, copie esta página y llene la misma información que se le pide a continuación para cada dependiente adicional.

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si tiene)

Género

R

☐ Mujer

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre la persona dependiente para averiguar si esta persona es elegible para el CHCP u otros programas.

Sobre la persona dependiente:

¿Se le ofrece cobertura médica a través de su empleador?*

¿Tiene ciudadanía estadounidense?

Si contestó "sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?

☐ Sí ☐ No

Complete esta sección solo si tiene uno o más dependientes actualmente inscritos en el plan. Si tiene más de 3 dependientes que vuelven a presentar una solicitud, copie esta página y llene la misma información solicitada a continuación para cada dependiente adicional.

Para garantizar un procesamiento preciso, incluya el Número de Historia Clínica (Medical Record Number, MRN o Health Record Number, HRN) que se encuentra en la tarjeta de identificación del miembro o en kp.org/espanol.

Hay que responder las preguntas de elegibilidad; si responde "Sí" para ciudadano estadounidense, omita las últimas dos preguntas

SECCIÓN 3: Información sobre la familia (continuación)

Dependiente 2

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 solicitante principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales. O si el solicitante principal de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene cobertura.

Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si tiene)

Género

☐ Hombre

☐ Mujer

Relación con el miembro

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas para averiguar si esta persona es elegible para el CHCP u otros programas que

Sobre la persona dependiente:

¿Se le ofrece cobertura médica a través de su empleador?*

¿Tiene ciudadanía estadounidense?

Si contestó "sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?*

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?

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 solicitante principal que figura en la sección 1 es un adulto y solicita cobertura para personas dependientes adicionales. O si el solicitante principal de la sección 1 es un menor y el padre, la madre o el tutor legal (que figura en la sección 2) tiene cobertura.

Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si tiene)

☐ Hombre

☐ Mujer

Conteste **TODAS** las siguientes preguntas que correspondan sobre la persona dependiente para averiguar si esta persona es elegible para el CHCP u otros programas que

Sobre la persona dependiente:

¿Se le ofrece cobertura médica a través de su empleador?*

¿Tiene ciudadanía estadounidense?

Si contestó "sí", omita las siguientes dos preguntas.

¿Es residente permanente legal?*

Si contestó "sí", ¿hace cuántos años es residente permanente legal?

Complete esta sección solo si tiene uno o más dependientes actualmente inscritos en el plan. Si tiene más de 3 dependientes que vuelven a presentar una solicitud, copie esta página y llene la misma información solicitada a continuación para cada dependiente adicional.

Para garantizar un procesamiento preciso, incluya el Número de Historia Clínica (Medical Record Number, MRN o Health Record Number, HRN) que se encuentra en la tarjeta de identificación del miembro o en kp.org/espanol.

Para garantizar un procesamiento preciso, incluya el Número de Historia Clínica (Medical Record Number, MRN o Health Record Number, HRN) que se encuentra en la tarjeta de identificación del miembro o en kp.org/espanol.

Hay que responder las preguntas de elegibilidad; si responde "Sí" para ciudadano estadounidense, omita las últimas dos preguntas

SECCIÓN 4: Ingresos familiares (campo obligatorio)

El tamaño de la familia, el ingreso familiar y los documentos de comprobantes de ingreso participan en el CHCP. Para calcular el ingreso familiar anual total, sumaremos los montos de los comprobantes de ingresos y restaremos cualquier deducción.

(A) ¿Cuántos familiares[†] viven en su hogar?*

[†] Si declara impuestos, es el mismo número de familiares que incluye en su formulario de 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 familiares incluidos en la pregunta (A) contribuyen al ingreso del hogar?*

No incluya los/las dependientes que trabajan (no estudiantes) cuyos ingresos estén por debajo del límite mínimo para declarar impuestos para estos familiares.

☐ No trabajo/Nadie de mi hogar trabaja

(C) Adjunte copias de los comprobantes de ingresos más recientes de cada familiar que contribuye a los ingresos del hogar.

Si su grupo familiar NO tiene comprobantes de ingresos, marque la siguiente casilla y llene el espacio en blanco con los ingresos mensuales del hogar.

☒ Declaro que no tengo comprobantes de ingresos. El ingreso bruto mensual de mi hogar es de \$ 6,500

Si su grupo familiar no tiene comprobantes de ingresos, envíe la documentación de los ingresos que usted recibió.

A continuación puede encontrar los ingresos calificados y ejemplos relacionados con este tema:

Salario o propinas:	Sus 2 últimos recibos de sueldo, formulario W-2 del empleador, o el formulario 1040 del año pasado. Nota: Si presenta un formulario fiscal, no necesita un comprobante de ingresos.
Empleo por cuenta propia:	Un formulario de ganancias y pérdidas, el Anexo C y página 1 de la declaración 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 cónyuge anterior que detalle la información de pago (solo si el divorcio o la separación finalizó el 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 ingresos).	
Ingresos por pensión/jubilación	
Ingresos por alquiler que recibe de propiedades que tiene y alquila	
Ingresos por intereses o inversiones y anualidades	
Otros ingresos, como ganancias de capital, ingresos del clero o ingresos de apuestas	

Si tiene ingresos que varían por mes, como propinas, horas extra, o comisiones, marque la siguiente casilla y llene el espacio en blanco con el ingreso bruto total estimado del salario variable de 2025.

☐ Declaro que tengo ingresos que varían por mes. Mi ingreso bruto total esperado de los ingresos variables de 2025 es de \$

Incluya el monto total recibido hasta la actualidad este año y el monto esperado para el año 2025.

Explique cualquier situación especial que deberíamos considerar al momento de calcular su ingreso (si corresponde).

(D) Adjunte copias de los comprobantes de deducciones tributarias más recientes de cada familiar que contribuye a los ingresos del hogar. (si corresponde)

Recordatorio: Incluya únicamente a los miembros de la familia que estén o vayan a estar incluidos en su formulario de impuestos

Esta pregunta DEBE responderse, incluso si es "0"

Complete esta sección si NO tiene comprobantes de ingresos. Proporcione el monto de su ingreso bruto mensual.

Complete esta sección si tiene ingresos que varían. Proporcione el monto total esperado de ingreso variable bruto anual para el año 2025.

SECCIÓN 4: Ingresos familiares (campo obligatorio) (continuación)

Deducciones calificadas:

- **Gastos de empleo por cuenta propia:** envíe el formulario de deducciones de gastos de empleo por cuenta propia (Anexo C de la declaración federal de impuestos del año pasado).
- **Pensión alimenticia que usted paga:** envíe los documentos del año fiscal más reciente que muestren donde se detalle la información de pago (solo si el divorcio o la separación finalizó en el año fiscal más reciente).
- **Intereses que paga por un préstamo estudiantil:** envíe el formulario de deducciones de intereses de préstamos estudiantiles del año fiscal más reciente.
- **Contribuciones a una Cuenta Individual para la Jubilación (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 bolsillo).
- **Depósitos en la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):** envíe el formulario 8889 completo (en situaciones limitadas).

Si tiene deducciones calificadas, proporcione documentación

SECCIÓN 5: Opciones en caso de que no sea elegible

Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad, se cancelará su membresía en el plan KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision. Debe seguir pagando toda la prima mensual pero deberá pagar la totalidad de la prima mensual y los costos de renovación a principios de diciembre de 2025. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-445-4629. Si ya no reúne los requisitos de elegibilidad del CHCP y quiere cancelar su membresía en el plan KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision para 2026, marque la casilla a continuación.

☒ Cancele la inscripción de todos los miembros incluidos en el plan KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision a partir del 31 de diciembre de 2025.

Si no marca la casilla y no se aprueba esta solicitud, su membresía en el plan KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision continuará sin cambios pero deberá pagar la totalidad de la prima mensual y los costos de renovación a principios de diciembre de 2025. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-445-4629.

También tiene la opción de enviar una solicitud por escrito o llamarnos al 1-800-445-4629 para cancelar su membresía en el plan KP MD Gold 0 Ded/150 RxDed/Vision en 2026. Comuníquese con nosotros antes del 30 de noviembre de 2025 para no recibir su primera factura.

Si esta opción se deja en blanco y se determina que el miembro no es elegible para el subsidio, el miembro permanecerá inscrito en el plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente (Kaiser Permanente for Individuals and Families, KPIF) pero será responsable de la prima a partir de 2026. Se informará al miembro del costo del plan de renovación por correo postal en octubre o noviembre.

SECCIÓN 6: Formulario de verificación del aliado comunitario (campo obligatorio)

Nombre de la organización

Teléfono de la organización

Extensión telefónica (opcional)

Dirección de correo electrónico de la organización

Representante de los aliados comunitarios

Declaro que he ayudado al solicitante o los solicitantes con esta solicitud para el CHCP. 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.

☒ 

Firma del representante de aliados comunitarios

Si un socio comunitario le ayuda con el formulario de reinscripción, complete esta sección

Se requiere la firma del representante del socio comunitario

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 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 dura un (1) año a partir de la fecha de su firma. Puede renovar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por correo a: Kaiser Permanente, P.O. Box 939095, San Diego, CA 92193-9095 o por fax al: 1-855-855-8555. No compartiremos 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 CHCP, 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 subsidio (si aplica)

Al firmar este formulario, certifica que la información incluida es correcta y completa. Si la información es incompleta en este formulario o en otra correspondencia relacionada con el, es posible que se cancelen todos los subsidios para cubrir los costos relacionados con la cobertura médica de Kaiser Permanente. No se garantiza la aprobación para la membresía del CHCP ya que se basa en la elegibilidad y la disponibilidad.

X

Jane Smith
Digitally signed by: Jane Smith
DN: CN = Jane Smith email = jane.smith@gmail.com C = AD
Date: 2025.08.18 12:48:18 -04'00'

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

Área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic (Columbia)

Un representante autorizado solo tiene el propósito de ayudar con este formulario. Si desea que su socio comunitario sea su representante autorizado para ayudarlo si tiene alguna pregunta sobre el formulario de reinscripción, su nombre debe aparecer aquí además de en la Sección 6.

El miembro principal debe firmar si se proporciona un representante autorizado

El miembro principal debe firmar si se proporciona un representante autorizado

Se requiere la firma del miembro principal