



Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725



{FIRST_NAME} {LAST_NAME}

*Donde encontrará cuidados de salud
a bajo costo, incluyendo Medi-Cal*

{CITY}, {STATE_CD} {ZIPCODE}-{ZIP_4}

Template

Template



Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725



{FIRST_NAME} {LAST_NAME}

*Donde encontrará cuidados de salud
a bajo costo, incluyendo Medi-Cal*

{CITY}, {STATE_CD} {ZIPCODE}-{ZIP_4}

¡Tiene que tomar acción a más tardar el 30 de septiembre de {CURRENT_YEAR}!

{CURRENT_DATE}

Número de Caso: {CASE_NUMBER}

Estimado/a {FIRST_NAME} {LAST_NAME},

Ya es casi el momento de renovar su plan de salud para {NEXT_BENEFIT_YEAR}. Necesitamos su consentimiento para verificar si su hogar puede mantener la ayuda financiera el próximo año para reducir el costo de su prima mensual. Su consentimiento nos permite obtener información de lugares como el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) y la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) para ver si usted puede mantener su ayuda financiera.

Si usted no nos da su consentimiento, usted podría perder su ayuda financiera el próximo año. Esto significa que pagará el costo completo de su plan de salud a partir del 1 de enero de {NEXT_BENEFIT_YEAR}.

Actualice su consentimiento a más tardar el **30 de septiembre de {CURRENT_YEAR}**.

Vaya en línea:

1. Inicie una sesión en su cuenta de CoveredCA.com.
2. Busque y amplíe la sección de "Información de la cuenta".
3. Haga clic en "Consentimiento para la verificación".
4. Elija por cuántos años desea dar su consentimiento y haga clic en "Actualizar". Usted puede dar su consentimiento hasta por 5 años.

Llame a Covered California: {SERVICE_CENTER_PHONE} (TTY: 1-888-889-4500)

Usted puede actualizar su consentimiento utilizando nuestro sistema telefónico de autoservicio en cualquier momento. Si usted desea hablar con un representante, llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

O obtenga ayuda en persona: Para encontrar un consejero de inscripción certificado o un agente cerca de usted, vaya a CoveredCA.com/find-help.

Gracias,

Covered California

Este aviso se le envía en cumplimiento con el Código de Regulaciones de California, título 10, § 6498.

CalNOD11A 

#

Template

Template