



**Covered California**  
**P.O. Box 989725**  
**West Sacramento, CA 95798-9725**



Número de caso:

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

**DECLARACIÓN DE INGRESOS (SIN DOCUMENTOS)**

Por favor escriba usando solo LETRAS MAYÚSCULAS.

Yo,     
 (nombre) (segundo nombre) (apellido)

declaro que los ingresos de mi hogar (llamados ingresos anuales proyectados) son de \$  para el año de beneficios en el que recibiré ayuda financiera para mi plan de salud.

- Yo entiendo que la información que dé en este formulario se usará solo para decidir si califico para recibir ayuda financiera. Covered California mantendrá mi información privada como lo pide la ley.
- Yo entiendo que, si cambian mis ingresos, debo reportar ese cambio a Covered California dentro de 30 días. También entiendo que esto puede cambiar la cantidad de ayuda financiera que recibo o el nivel de ayuda con los gastos de bolsillo (llamado costos compartidos) para el que califico.
- Yo entiendo que esta declaración de ingresos solo es válida para el año de beneficios para el que estoy solicitando. También entiendo que necesitaré renovar esta declaración cada año.
- Yo entiendo que si recibo más créditos fiscales (ayuda financiera) de los que califico, es posible que tenga que devolver una parte o todo al IRS cuando presente mi declaración de impuestos federales.
- Yo declaro, bajo pena de perjurio según la ley de California, que la información que escribí en este formulario es verdadera y correcta.

*(Opcional)* Covered California puede actualizar mi solicitud con la cantidad de ingresos que escribí arriba. Entiendo que esto podría cambiar mi elegibilidad para Covered California, para la ayuda financiera, o la cantidad de ayuda financiera que recibo. También entiendo que esta nueva cantidad de ingresos reemplazará cualquier información de ingresos que le haya dado antes a Covered California, como en documentos de prueba de ingresos o declaraciones.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

MM/DD/AAAA

Envíe su formulario de una de estas maneras:

En línea

Para procesarlo más rápido, suba este documento a su cuenta en línea en CoveredCA.com

Fax

(888) 329-3700

Correo

Covered California  
 P.O. Box 989725  
 West Sacramento, CA 95798-9725