

**DECLARACIÓN DE FALTA DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA**  
**(SIN DOCUMENTOS)**

Por favor llene este formulario si no tiene un seguro de salud básico (llamado cobertura esencial mínima o MEC) a un precio accesible, ya sea a través de su trabajo o de otra manera, y no puede comprobarlo con documentos. Escriba su nombre y apellido tal como aparecen en su solicitud.

Número de caso: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ no puedo entregar documentos que prueben que no tengo un seguro de salud básico a un precio accesible porque:

Este formulario es una solución temporal si no tiene los documentos que se piden aquí. Si en el futuro consigue alguno de estos documentos, deberá enviarlo.

1. Un certificado o carta de la compañía de seguros que muestre la fecha en que terminó su cobertura.
2. Un documento del gobierno que muestre la fecha en que terminó su seguro de salud o que indique que no calificaba para un programa de salud.
3. Una carta de su trabajo que diga que no le ofrecen un seguro de salud básico a un precio accesible que cumpla con el valor mínimo.

**DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LO QUE ESCRIBÍ ARRIBA ES VERDADERO Y CORRECTO A MI MEJOR ENTENDER.**

Firma del solicitante	Fecha de hoy:

**Envíe su formulario de una de estas tres maneras:**

- **Súbalo a su cuenta en [CoveredCA.com](https://CoveredCA.com).**  
*¡Es rápido y fácil! Ahora también puede hacerlo desde su celular.*
- **Fax:** (888) 217-9310
- **Correo:** Covered California  
ATTN: Special Enrollment Team  
1601 Exposition Blvd  
Sacramento, CA 95815