

Health First Health Plans
Attention: Individual Sales
6450 US Highway 1, Rockledge, Florida 32955

myHFHP.org
Departamento de Ventas: número gratuito 1-877-904-4914
Correo electrónico: individualinsurance@hf.org ■
TDD/TTY: 1-800-955-8771
Desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre:
llame de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.
Desde el 16 de diciembre hasta el 31 de octubre:
llame de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Formulario de declaración individual para el SEP

Para planes fuera del Mercado de Seguros Médicos

Después de la inscripción abierta, puede inscribirse en la cobertura individual solo si se produce un evento de vida calificado. Para solicitar un período de inscripción especial (SEP), seleccione el evento que se aplique a su caso, firme y adjunte este formulario junto con el comprobante del SEP a su solicitud para Health First Insurance.

Nombre del solicitante _____ Fecha _____

Evento del SEP (marque uno)	¿Cuándo puedo inscribirme?	¿Cuándo comienza mi cobertura?
<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura (<i>algunos ejemplos incluyen pérdida de cobertura por empleo, divorcio, renovación de un plan que no cumple con la ley ACA, vencimiento de COBRA, mayoría de edad para tener el plan de uno de los padres o pérdida de elegibilidad para Medicaid o CHIP</i>).	Hasta 60 días antes y hasta 60 días después del evento.	Si ya perdió la cobertura, su plan nuevo comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción. Si perderá la cobertura, su plan nuevo comenzará el primer día del mes posterior a la finalización de su plan anterior.
<input type="checkbox"/> Matrimonio	Hasta 60 días después del evento	Su plan nuevo comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción.
<input type="checkbox"/> Denegación de Medicaid o CHIP		
<input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o cuidado tutelar	Hasta 60 días después del evento	La cobertura comienza en la fecha de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en cuidado tutelar del menor.
<input type="checkbox"/> Tener un cambio en los ingresos o en la condición del hogar que afecte la elegibilidad para recibir créditos tributarios para la prima o reducciones de los costos compartidos.	Hasta 60 días después del evento	Si se inscribe dentro de los 15 primeros días del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción. —o— Si se inscribe el día 16 del mes o después, su cobertura comenzará el primer día del segundo mes posterior a su inscripción.

Evento del SEP (marque uno)	¿Cuándo puedo inscribirme?	¿Cuándo comienza mi cobertura?
<input type="checkbox"/> Mudarse fuera del área de cobertura de su aseguradora.	Hasta 60 días después del evento	Si se inscribe dentro de los 15 primeros días del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción.
<input type="checkbox"/> Obtener la ciudadanía o la condición de presencia legal.		<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Obtener el estado de miembro tribal en una tribu india con reconocimiento federal.		Si se inscribe el día 16 del mes o después, su cobertura comenzará el primer día del segundo mes posterior a su inscripción.
<input type="checkbox"/> Circunstancias especiales (por ejemplo, si sufrió una afección grave, un desastre natural u otra crisis que le impidió inscribirse).	Según la determinación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).	Según su situación, la cobertura puede comenzar en la fecha del evento desencadenante. <input type="radio"/> Si se inscribe dentro de los 15 primeros días del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción. <input type="radio"/> Si se inscribe el día 16 del mes o después, su cobertura comenzará el primer día del segundo mes posterior a su inscripción.
<input type="checkbox"/> Liberación de prisión.	Hasta 60 días después del evento	Si se inscribe dentro de los 15 primeros días del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su inscripción. <input type="radio"/> Si se inscribe el día 16 del mes o después, su cobertura comenzará el primer día del segundo mes posterior a su inscripción.

Debe proporcionar la documentación de respaldo autorizada para demostrar la elegibilidad para el SEP.

Declaración

Mi firma (ya sea hecha a continuación o presentada electrónicamente) sirve de declaración de que califico para el SEP seleccionado y, por lo tanto, califico para inscribirme en un plan fuera del período de inscripción abierta. Health First Health Plans se reserva el derecho de solicitar documentación relacionada con los hechos involucrados en esta declaración de SEP.

Autorización para la firma electrónica

Al marcar esta casilla e ingresar mi nombre abajo, indico mi intención de firmar esta solicitud de manera electrónica y garantizo que toda la información que he brindado es verdadera, precisa y está completa.

Nombre del solicitante principal (impresa)

Firma del solicitante principal

Fecha

Fecha de nacimiento del solicitante principal

Health First Health Plans suscribe mediante Health First Commercial Plans, Inc. Health First Commercial Plans no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual ni estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones sobre la inscripción y los beneficios. En caso de que exista discrepancia en la versión traducida, prevalecerá la versión en inglés del presente documento.