



## SOLICITUD o IMPUGNACIÓN del Formulario 1095-B

Usted puede usar este formulario para impugnar la información contenida en el Formulario 1095-B o para solicitar el Formulario 1095-B, en caso de que no lo haya recibido. L.A. Care (también conocida como Local Initiative Health Authority for Los Angeles County) revisará y verificará cualquier corrección o actualización que proporcione en este formulario. Si L.A. Care determina que la información que usted actualizó es correcta, se le enviará un nuevo Formulario 1095-B corregido. Es posible que necesitemos comunicarnos con usted para confirmar la información que usted proporcione.

Complete y firme este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros (*Member Services*) de L.A. Care. Los representantes de L.A. Care están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios para los Miembros del PASC-SEIU Homecare Workers Health Care Plan (Plan de Atención Médica PASC-SEIU para Trabajadores de Servicios de Asistencia en el Hogar) **1.888.839.9909 (TTY 711)**

Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™ y L.A. Care Covered *Direct*™  
**1.855.270.2327 (TTY 711)**

### Información del suscriptor/de la parte responsable

<b>Año de beneficios solicitado:</b>		<b>Seleccione su plan:</b> <input type="checkbox"/> L.A. Care Covered™ <input type="checkbox"/> L.A. Care Covered <i>Direct</i> ™ <input type="checkbox"/> PASC-SEIU Homecare Workers Health Care Plan		
Nombre (apellido, nombre)				
Fecha de nacimiento (mes/día/año)		N.º de identificación del miembro:		
Dirección física (incluido el número de apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la dirección física)		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día	Número de teléfono durante la noche	Dirección de correo electrónico		
Número de fax:				



**Miembros del hogar. (Los miembros del PASC-SEIU no necesitan completar esta sección).**

Los miembros de L.A. Care Covered™ y L.A. Care Covered Direct™ deben enumerar los nombres de todos los miembros del hogar cubiertos por este plan, incluido usted mismo, si tiene cobertura. Si más de cuatro (4) miembros están cubiertos, adjunte una página adicional.

Miembro n.º 1 (apellido, nombre)	Miembro n.º 3 (apellido, nombre)
Miembro n.º 2 (apellido, nombre)	Miembro n.º 4 (apellido, nombre)

**Motivo para la solicitud/impugnación (Si esta es una impugnación, revise la copia de su Formulario 1095-B y explique las razones de su impugnación marcando una o más de las casillas que se muestran a continuación).**

<input type="checkbox"/> Nunca recibí el Formulario 1095-B. Envíen mi Formulario 1095-B por medio de la opción “Método de entrega”, que se menciona más adelante.	<input type="checkbox"/> La información de la “Persona responsable” es incorrecta. Escriba la información correcta en la sección “Suscriptor/parte responsable”, que se menciona anteriormente.
<input type="checkbox"/> Faltan miembros de su hogar o los nombres son incorrectos. Escriba los nombres correctos de todos los miembros cubiertos por este plan, en la sección “Miembros del hogar”, que se menciona anteriormente.	<input type="checkbox"/> La fecha de inicio o término de la póliza que se indica es incorrecta. Escriba las fechas correctas de inicio y término a continuación. <hr/>
<input type="checkbox"/> Los meses de cobertura mencionados son incorrectos. Escriba a continuación los meses correctos en los que tuvo cobertura. <hr/>	

**Envíe el formulario firmado por:**

<b>Correo:</b> L.A. Care Health Plan Attn: Medical Payments Systems and Services 1055 W 7th Street, 10th Floor Los Ángeles, CA 90017	<b>Fax:</b> L.A. Care Health Plan Attn: Medical Payments Systems and Services Re: “Request or Dispute Form 1095-B” 213.438.6105
--	---

ML0237\_SP 02/17





## Método de entrega de su Formulario 1095-B

- Servicio Postal de Estados Unidos** Doy mi autorización a L.A. Care Health Plan para enviarme una copia de mi Formulario 1095-B por medio del Servicio Postal de Estados Unidos a la dirección postal mencionada anteriormente.
- Correo electrónico seguro** Doy mi autorización a L.A. Care Health Plan para enviarme una copia de mi Formulario 1095-B por medio de correo electrónico seguro al correo electrónico mencionado anteriormente.
- Fax seguro** Doy mi autorización a L.A. Care Health Plan para enviarme una copia de mi Formulario 1095-B por medio de fax al número de fax mencionado anteriormente.

## Autorización (requerida)

Por este medio, doy mi autorización a L.A. Care Health Plan para proporcionarme una copia de mi Formulario 1095-B por el año de beneficios indicado anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

