Kaiser Permanente Community Health Care Program (CHCP)

Inscripción Abierta del 1 de noviembre de 2024 al 31 de enero de 2025

Se grabarán las Capacitaciones de Inscripción

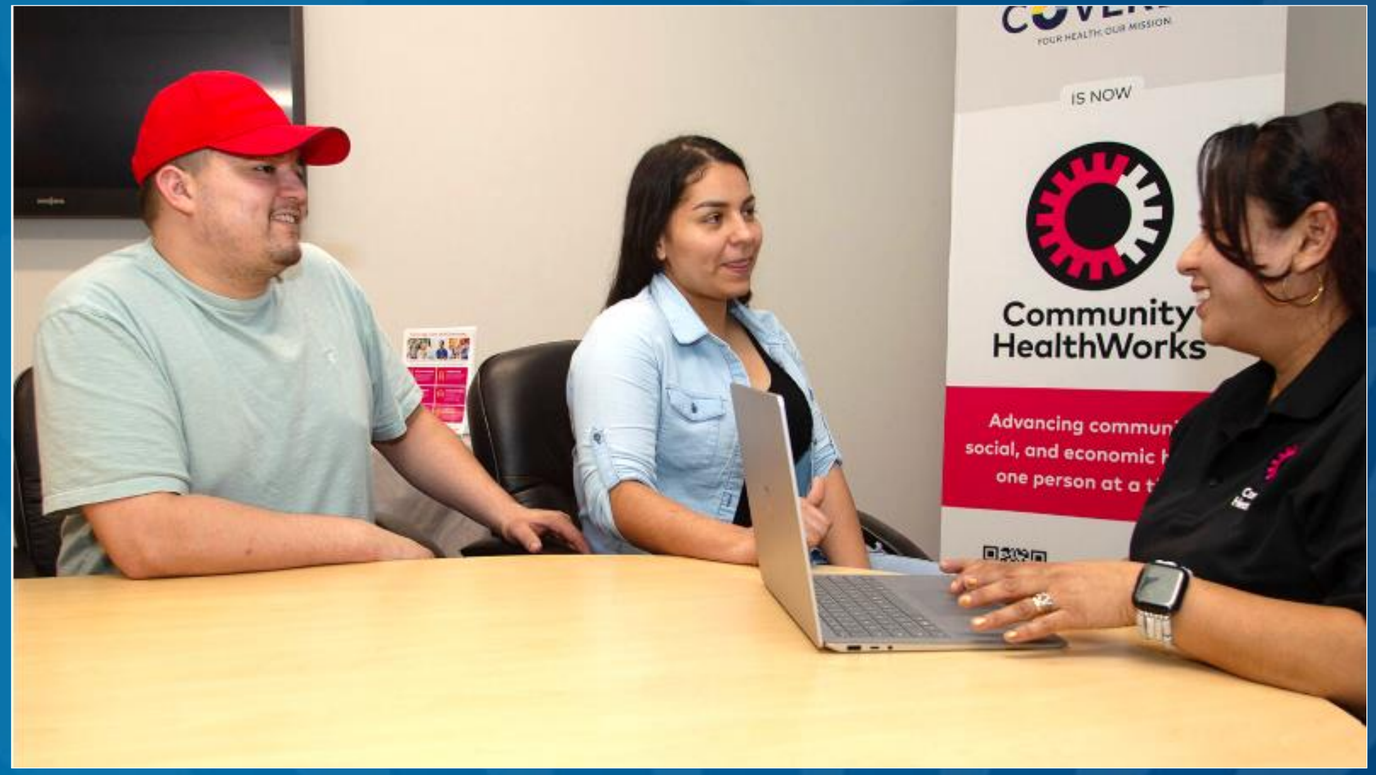
Presentado por Nancy Waring y Victoria Herrera

KAISER PERMANENTE®

 Copyright © 2022 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Información General

1. ¿Qué es el Community Health Care Program (CHCP)?
2. Criterios de Elegibilidad del CHCP
3. Información sobre los Beneficios
4. Proceso de Solicitud
5. Consejos de Evaluación
6. Recursos para nuestros Socios de Inscripción
7. Preguntas y Respuestas
8. Apéndice



“Nunca pensamos que tendríamos un seguro antes de encontrar esto”.

Descripción General del Community Health Care Program

Community Health Care Program (CHCP) NCAL
Child Health Program (CHP) SCAL

- El 1 de noviembre de 2023, Kaiser Permanente (KP) volvió a lanzar sus programas de Charitable Health Coverage (CHC) en el Norte de California (NCAL) y el Sur de California (SCAL) como un programa único en todo el estado llamado **Community Health Care Program (CHCP).**

- El CHCP brinda atención médica de calidad superior a miembros de la comunidad que no tienen acceso a otras coberturas de salud, como Medi-Cal, Medicare, a través de planes de salud patrocinados por el empleador o a través de Covered California.

- El CHCP ya está disponible para solicitantes de cualquier edad que cumplan los requisitos.

Descripción General del Programa (Continuación)

- Los miembros del CHCP están inscritos en el plan Kaiser Permanente Platinum 90 HMO de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF).

- Se pagan primas mensuales por medio de un subsidio de KP, como son la mayoría de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos en las instalaciones de KP.

- Hay dos formularios de solicitud para el CHCP:
  - Una solicitud es para la cobertura de salud.
  - La otra es la solicitud para el subsidio.

Solicitud Aprobada Recibida por	Fecha de Inicio de la Cobertura
31 de diciembre de 2024	1 de enero de 2025
31 de enero de 2025	1 de febrero de 2025

Nota: Las solicitudes estarán disponibles al público a partir del 1 de noviembre de 2024.

Criterios de Elegibilidad del CHCP

Criterios de Elegibilidad del CHCP

Los solicitantes deben cumplir con lo siguiente:

- Vivir en un área de servicio de Kaiser Permanente en California.
- Tener un ingreso familiar que no sea mayor a 3 veces el Nivel Federal de Pobreza:
  - Hasta $45,180 para una persona en 2024.
  - Hasta $93,600 para una familia de cuatro en 2024.
- No tener acceso a ninguna otra cobertura de salud, tal como Medi-Cal, Medicare, un plan de salud patrocinado por el empleador o cobertura a través de Covered California.

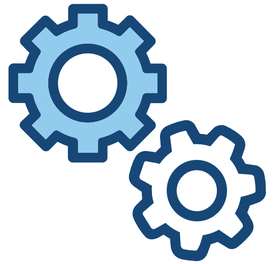
- No es necesario mostrar el estatus legal ni ser ciudadano de EE. UU.
- No es necesario tener un número de seguro social (Social Security Number, SSN).

Elegibilidad del CHCP (Continuación)

- Medi-Cal sigue extendiéndose para cubrir a más miembros de la comunidad.
  - Los niños menores de 19 años que vivan en un hogar con un ingreso familiar igual o menor que el 266 % del Nivel Federal de Pobreza califican para Medi-Cal ($40,061 para una persona o $82,993 para una familia de cuatro en 2024).
    - Los niños menores de 19 años que vivan en un hogar con un ingreso familiar menor que el 300 % del Nivel Federal de Pobreza y que les negaron Medi-Cal pueden ser elegibles para el CHCP.
  - A partir del 1 de enero de 2024, lo residentes de California mayores de 19 años, pueden ser elegibles para Medi-Cal si el total de ingresos de su hogar es igual o menor que el 138 % del Nivel Federal de Pobreza (hasta $20,783 para una persona o $43,056 para una familia de 4 en 2023).

Elegibilidad del CHCP (Continuación)

- A partir del 1 de noviembre de 2024, los beneficiarios de la acción diferida para los llegados en la infancia (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) son elegibles para Covered California.



- Los beneficiarios de Medi-Cal con un costo compartido pueden calificar para el CHCP, siempre que cumplan los demás criterios de elegibilidad del CHCP.

- El CHCP no es un programa público de beneficios. Es un programa patrocinado por Kaiser Permanente para ayudar a pagar la cobertura médica de las personas y las familias que cumplen los requisitos y que no tienen acceso a la cobertura médica pública o privada.

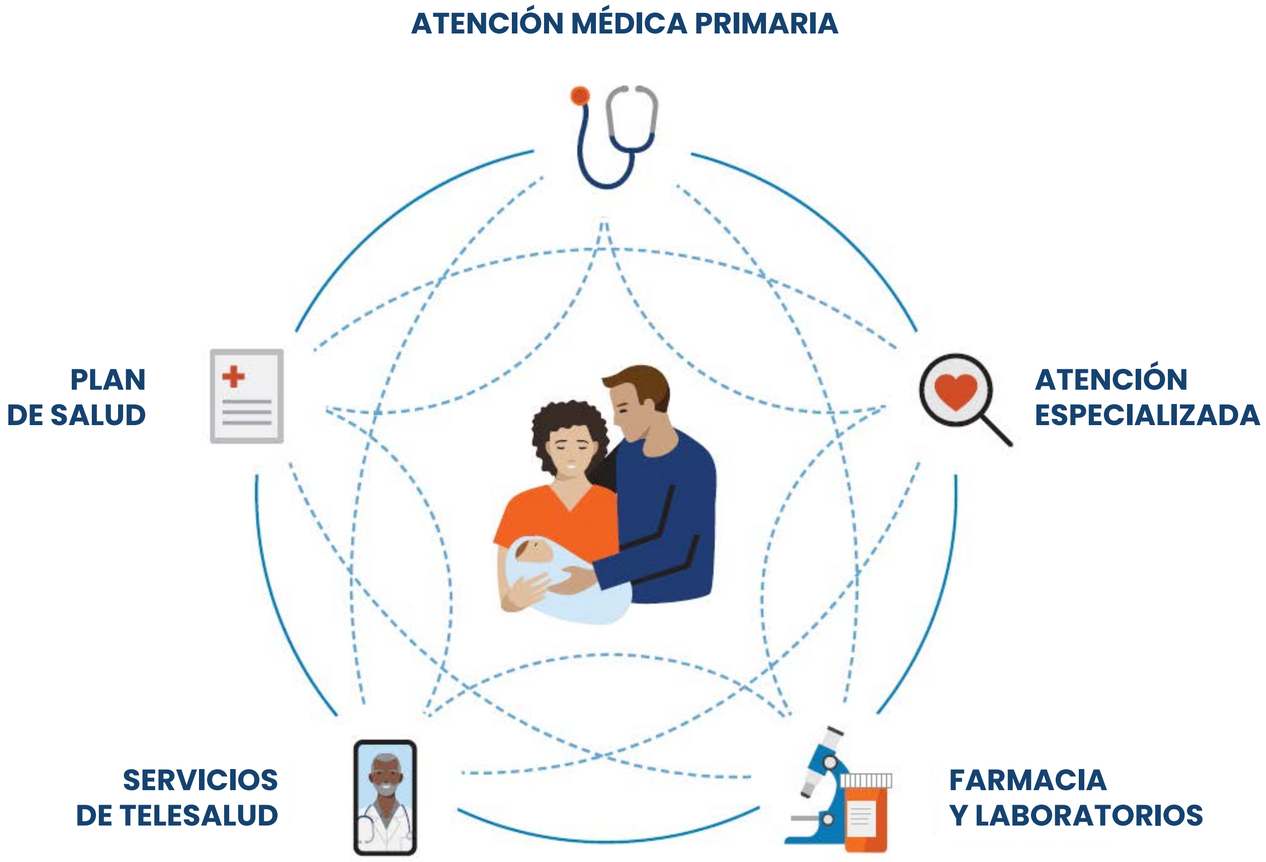
- Kaiser Permanente mantiene la privacidad de toda la información de los solicitantes, como lo exige la ley, y utiliza la información para determinar su elegibilidad para otros programas.

Comparación de Elegibilidad del CHCP

		Medi-Cal		Community Health Care Program		Covered California
Ingresos		Adultos hasta el **138 %** del FPL	Niños hasta el **266 %** del FPL	Adultos: >**138 %-300 %** del FPL	Niños: >**266 %-300 %** del FPL	>**138 %-400 % del** FPL califica para el subsidio
Cantidad de Integrantes de la Familia	1	$20,783	$40,060	$20,784-$45,180	$40,061-$45,180	$20,784-$60,240
	2	$28,208	$54,371	$28,209-$61,320	$54,372-$61,320	$28,209-$81,760
	3	$35,632	$68,682	$35,633-$77,460	$68,683-$77,460	$35,633-$103,280
	4	$43,056	$82,992	$43,057-$93,600	$82,993-$93,600	$43,057-$124,800
	5	$50,481	$97,303	$50,482-$109,740	$97,304-$109,740	$50,482-$146,320
Estatus de Ciudadanía de EE. UU.		No es necesario		No es necesario		Debe ser residente legal de EE. UU. para calificar

Información sobre los Beneficios

¿Qué está cubierto según el plan Kaiser Permanente Platinum 90 HMO?



Algunos de los beneficios cubiertos del plan de salud

$0 de gastos de bolsillo

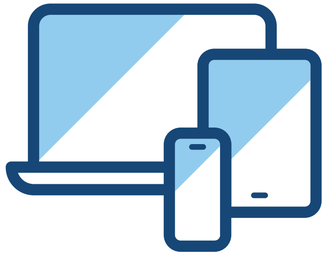
para los miembros de KP Platinum 90 HMO por los servicios cubiertos en las instalaciones de KP:

- Consultas por chat, correo electrónico, teléfono y video
- Atención preventiva, pruebas de detección, vacunas
- Visita al consultorio de atención médica primaria
- Visita al consultorio de atención especializada
- La mayoría de radiografías y pruebas de laboratorio
- Medicamentos recetados (hasta un suministro de 30 días en una farmacia del plan de KP o por medio de pedido por correo)
- Servicios de salud mental
- Atención de Urgencia y de Emergencia
- Hospitalizaciones

Para Obtener Información de los Beneficios

- Para obtener más información sobre los beneficios del plan de salud Kaiser Permanente Platinum 90 – HMO, consulte el Resumen de Beneficios y de Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) para conocer las características principales del plan. Visite kp.org/sbc (en inglés), elija los planes Individual & Family de 2025 ofrecidos por Kaiser Permanente y después elija Platinum 90 HMO.

- La Combined Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form (Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados, EOC) para el plan Platinum 90 – HMO de Kaiser Permanente brinda información detallada sobre el plan.



- Todos los enlaces están disponibles en nuestro sitio web del CHCP. Los solicitantes individuales pueden obtener copias impresas de estos materiales a través de Servicio a los Miembros al llamar al 1-800-464-4000.

Nota:

- El SBC, EOC y otros materiales de KPIF hacen referencia a los copagos, deducibles y coseguro.
- **La mayoría de los gastos de bolsillo médicos no se aplican a los miembros del CHCP por los servicios cubiertos en las instalaciones de KP.**

Proceso de Solicitud

Solicitud para el CHCP:
Qué necesitamos para procesar una solicitud

- Una **solicitud de KPIF** completada.
  - Hay disponible una guía de instrucciones.
  - Llene todos los campos obligatorios y las líneas para firma.

- Un **Formulario de Solicitud para el Subsidio** completado.
  - El formulario incluye instrucciones y los requisitos de documentos de apoyo.
  - Llene todos los campos obligatorios y las líneas para firma.

- Incluya documentación de los ingresos (según corresponda) y los documentos de apoyo que se indican en la Solicitud para el Subsidio.

Todos los materiales estarán disponibles en línea a partir del 1 de noviembre de 2024, incluidas solicitudes que se pueden contestar.

Descripción General para Presentar la Solicitud para el CHCP

Solicitud de Kaiser Permanente Individuals and Families (KPIF) Platinum 90 HMO Plan

- Plan de salud regulado declarado ante el estado.
- Plan fuera del mercado de seguros.
- El formulario de solicitud se usa para recolectar la información necesaria para inscribirse a la cobertura de salud.
- La cobertura del plan se renueva automáticamente el siguiente año a menos que el miembro solicite la cancelación del plan de seguro.
- Los materiales de renovación de la cobertura del plan se envían a mediados de octubre e incluyen información sobre cambios de información de los beneficios del plan.
- La renovación no incluye información sobre el CHCP y no es necesario que el miembro responda a menos que quiera cancelar un plan de seguro.

Formulario de Solicitud para el Subsidio de Kaiser Permanente

- El subsidio se administra de forma separada al plan de salud de KPIF.
- El formulario para la elegibilidad del subsidio se utiliza para recolectar información para determinar si se cumplen los requisitos para recibir el subsidio de KP, el cual elimina las primas mensuales y la mayoría de los gastos de bolsillo del plan Platinum 90 HMO.
- La elegibilidad se determina una vez al año, normalmente a finales del verano.
  - Los miembros pierden su elegibilidad si no responden y se les cobrará la prima completa a partir del 1 de enero del año siguiente a menos que ellos soliciten la cancelación del plan de seguro.

Revisión de Solicitud de Muestra

Sección 4 del Formulario de Solicitud para el Subsidio

Documentos de Apoyo: Ingreso del Hogar

Adjunte copias de los comprobantes de ingresos familiares brutos más recientes. Solo se usará la documentación más reciente para calcular el ingreso. A continuación se ofrecen algunos ejemplos:

SI LE PAGA UN EMPLEADOR

- Envíe sus recibos de nómina:
  - Últimos 2 talones de pago **o** formulario W2 **o** formulario de impuestos 1040.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE

- Anexo C y página 1 (la página de ingreso bruto ajustado) de la declaración federal de impuestos o un formulario de ganancias y pérdidas del año pasado.
  - **Nota: si presenta un formulario de impuestos 1040, no necesita otro comprobante de ingresos.**
- Los trabajadores independientes que proporcionen estados de cuenta de la tarjeta bancaria o de débito que indiquen un depósito directo o nómina **deben** indicar el nombre de su empresa, el ingreso bruto y la **frecuencia** en la documentación.

PAGO EN EFECTIVO

- Incluya una carta de ingresos firmada por el empleador en donde mencione el ingreso bruto y la frecuencia.

Sección 4 del Formulario de Solicitud para el Subsidio
Problemas Comunes: Reportar el Ingreso del Hogar

- Los documentos de ingresos no corresponden con los ingresos reportados en la tabla: proporcione una explicación en caso de que haya una razón o nosotros haremos el cálculo según la documentación que nos brindó.
- Información faltante sobre los ingresos o que reporte $0 de ingreso cuando el solicitante envíe los documentos de apoyo sobre los ingresos.
- Falta la frecuencia de pagos.
- Se requiere la documentación de apoyo de los ingresos de todas las personas que contribuyen al ingreso.
- Los estados de cuenta de la tarjeta de crédito no se consideran documentos de apoyo.
- Díganos sobre cualquier circunstancia especial acerca de los documentos de los ingresos para ayudarnos a comprender el ingreso que reportó. Ejemplos: Cambió de trabajo durante el año, su trabajo es por temporada, las horas varían dependiendo del trabajo disponible, etc.

Problemas Comunes:
Firmas Requeridas

- **Solicitud de KPIF:**
- **Paso 5:** Se requiere la firma del solicitante para elegir un representante autorizado.
- **Paso 6:** El solicitante debe firmar el acuerdo de solicitud.
- **Paso 7:** El solicitante debe firmar el Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

- **Solicitud del Subsidio:**
- **Sección 5: Escriba el nombre completo de su organización y firme.**
- **Sección 6:** Escriba el nombre completo de su organización como el representante autorizado.
  - Se requieren las firmas del solicitante (en ambas secciones) para aprobar a un representante autorizado.
- **Sección 7:** El solicitante debe firmar el acuerdo de solicitud para certificar que la información es precisa.

NOTA:

- Las solicitudes que no estén firmadas serán devueltas.
- Las firmas deben coincidir con el nombre del solicitante tal y como está escrito en ambas solicitudes.

Solicitud del CHCP:
Información Adicional

- Las notas escritas en inglés acelerarán los tiempos de procesamiento.
- Se requiere indicar el idioma escrito y hablado preferido para asegurar que la correspondencia sea correcta y que cuente con un representante bilingüe en caso de que se requiera una llamada de seguimiento.
- Los regalos en efectivo no se consideran como ingresos.
- La preferencia es contar con una carta de negación de Medi-Cal como parte de la documentación.
- Denos 6 semanas para procesar la solicitud. El solicitante recibirá una carta por medio del servicio postal de EE. UU. para informarle si se aprobó o denegó la solicitud.
- Es posible que nuestro equipo de procesamiento se comunique con el solicitante en caso de que falte información.
- Proporcione la dirección de correo electrónico del solicitante en caso de contar con una.

Solicitud del CHCP:
Información del Envío

NOTA: Envíe las solicitudes en cuanto estén listas. Conservar las solicitudes para que se junten ocasionará retrasos en el proceso.

Se prefiere que: Envíe sus preguntas y solicitudes completas a: CHC-Applications@kp.org

El asunto debe incluir:

1. **Preguntas sobre la Solicitud del CHCP O**
2. **Envío de las Solicitudes del CHCP**

O envíe las solicitudes nuevas a:

CORREO POSTAL: California Service Center
Attn: CHC
PO Box 939095
San Diego, CA 92193-9095

FAX: 1-855-355-5334

Información de Contacto

Para preguntas por parte de socios de la comunidad sobre el estado de la solicitud de un miembro o un problema:

Llame al equipo de Administración de Membresías de Medicaid & Charitable Health Coverage (M&CHC), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora estándar del Pacífico, al 800-731-4661, opción 8, opción 2.

Este número es para uso exclusivo de nuestros socios de la comunidad.

No le proporcione este número a miembros ni solicitantes.

Los miembros y solicitantes que tengan preguntas, deben llamar a:

Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto por algunos días festivos. Cualquier pregunta que Servicio a los Miembros no pueda responder se enviará al equipo de M&CHC. También puede dirigir a los solicitantes que estén interesados en saber más sobre el programa a: kp.org/chcp o kp.org/chcp/es.

Para información general del programa, problemas con el sitio web o preguntas sobre la solicitud, comuníquese con:

Nancy D. Waring o Victoria Herrera al correo electrónico **chco@kp.org**

Consejos de Evaluación del CHCP

Consejos de Evaluación

Los solicitantes deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad del CHCP:

- El cliente NO es elegible para Medi-Cal, Medicaid/Children’s Health Insurance Program (CHIP), cobertura por medio de un plan de salud patrocinado por el empleador o a través de Covered California.

- El cliente declara ingresos familiares entre el 139 % y el 300 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

- El cliente vive en un área de servicio de KP (el CHCP no está disponible actualmente en el condado de Monterey).

Consejos de Evaluación (continuación)

Criterios para el Cliente	Razón de la Negación del CHCP
El cliente declara un ingreso familiar de 0	Acceso a otra cobertura: elegibilidad para Medi-Cal
El cliente declara un ingreso familiar menor del 138 % del FPL - Hasta el 266 % para jóvenes menores de 19 años de edad	Acceso a otra cobertura: elegibilidad para Medi-Cal
El cliente tiene un estatus migratorio satisfactorio	Acceso a otra cobertura: elegibilidad para Covered California
Al cliente se le ofrece cobertura médica a través de un plan de salud patrocinado por el empleador	Acceso a otra cobertura: cobertura patrocinada por el empleador
El cliente declara un ingreso familiar de más del 300 %	Superior al límite de ingreso del CHCP
El cliente vive fuera del área de servicio de KP	No se encuentra en el área de servicio

Posibles Escenarios

1 Miembro de la Familia en el Hogar	Opciones de Cobertura Médica	Documentos para comprobar ingresos
Solicitante principal 38 años de edad Residente de California sin estatus migratorio satisfactorio, gana aproximadamente $15,000 al año del Empleo 1 y $15,000 al año del Empleo 2.	CHCP	Declaración firmada y fechada con explicación del ingreso. Debe incluir la frecuencia de los pagos. Ejemplo: Yo, solicitante principal, trabajo en 2 empleos (lista de los empleos) y me pagan en efectivo. Gano $575 a la semana.

Descargo de responsabilidad: Estos escenarios son ficticios y las reglas de elegibilidad para la atención médica y el FPL pueden cambiar e influir en las opciones disponibles.

Posibles Escenarios (continuación)

3 Miembros de la Familia en el Hogar: Ingreso Familiar Total $70,000	Opciones de Cobertura Médica	Documentos para comprobar ingresos del CHCP
Solicitante principal Residente de California sin estatus migratorio satisfactorio, sin empleo	CHCP	Ninguno, enviar los documentos de ingresos del cónyuge o el ingreso familiar
Cónyuge como solicitante principal Ciudadano de EE. UU., gana $70,000 al año, se le ofrece únicamente cobertura patrocinada por el empleador	Cobertura patrocinada por el empleador O Covered California (no se incluye en la solicitud del CHCP)	Al menos 2 recibos de nómina o formulario W2 o formulario de impuestos 1040
Dependiente Residente de California sin estatus migratorio satisfactorio, 1 año de edad	CHCP	No aplica

Posibles Escenarios (continuación)

4 Miembros de la Familia en el Hogar: Ingreso Familiar Total $80,000	Opciones de Cobertura Médica	Documentos para comprobar ingresos del CHCP
Solicitante principal Residente de California sin estatus migratorio satisfactorio, trabaja medio tiempo como empleada del hogar. Gana aproximadamente $10,000 al año en efectivo.	CHCP	Declaración firmada y fechada con explicación del ingreso. Ejemplo: Yo, solicitante principal, trabajo medio tiempo como empleada del hogar y me pagan en efectivo. Gano $400 cada dos semanas.
Cónyuge como solicitante principal Residente legal permanente únicamente con cobertura médica patrocinada por el empleador, gana $70,000 al año	Cobertura patrocinada por el empleador O Covered California (no se incluye en la solicitud del CHCP)	Al menos 2 recibos de nómina o formulario W2 o formulario de impuestos 1040
Dependientes Gemelos de 11 años de edad	Medi-Cal (no se incluye en la solicitud del CHCP)	No aplica

Recursos del CHCP para los Socios de Inscripción

Recursos del CHCP

- Todos los documentos de la solicitud e información estarán disponibles a partir del 1 de noviembre de 2024 en: **kp.org/chcp** o **kp.org/chcp/es**

- Se publicarán folletos de divulgación del CHCP, preguntas frecuentes, capacitaciones de inscripción al CHCP y más en el sitio web del seminario web de inicio en cuanto estén disponibles: **https://virtualconnect.kaiserpermanente.org/chcp-briefing/** (en inglés)

- **El horario de atención semanal** se ofrecerá de forma virtual:
  - De 2 a 3 p. m. cada martes, a partir del 5 de noviembre de 2024.
  - El enlace para unirse se enviará por correo electrónico después de las capacitaciones de inscripción.
  - Si es necesario, se ofrecerá horario de atención en español.

Revisión del Folleto del CHCP y la Guía de Instrucciones

Preguntas y Respuestas

¡Gracias!

Apéndice

Periodo de Inscripción Especial (SEP)
Eventos Calificados de Vida

- Es posible que sea elegible para recibir cobertura médica si tiene un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) fuera de la Inscripción Abierta.
- Algunos ejemplos de eventos calificados de vida incluyen:
  - pérdida de la cobertura mínima esencial de salud
  - agregar, perder o convertirse en dependiente
  - orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
  - traslado permanente con acceso a nuevos planes (mudanza)
  - determinación de Covered CA sobre circunstancias excepcionales

- Debe contar con un comprobante del evento calificado de vida.
- Debe presentar la solicitud en un periodo de 60 días a partir del evento calificado de vida.
- En algunos casos, es posible que pueda presentar la solicitud 60 días antes del evento calificado de vida.

Período de Inscripción Especial (SEP)
Cómo Solicitar

- Para obtener más información sobre la inscripción durante el Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP), consulte nuestra Guía y Formulario del Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period Guide and Form) en nuestro sitio web o visite kp.org/chcspecialenrollment (haga clic en "Español").
  El sitio web tiene más información sobre eventos calificados de vida.
- La información sobre Asistencia Financiera y Asistencia de Impuestos en el sitio web de inscripciones especiales no aplica en nuestro programa.
- Envíe los siguientes documentos para determinar la elegibilidad:
  - la evidencia del evento calificado de vida
  - la solicitud de cobertura médica de KPIF
  - el Formulario para Solicitar el Subsidio
  - la información sobre sus ingresos u otra información que se mencione en el formulario de elegibilidad
- Todas las reglas de elegibilidad siguen aplicando durante el SEP.
- Los miembros que solo desean agregar un dependiente a su cuenta no deben utilizar los formularios del SEP. Utilice el Formulario de Cambios en la Cuenta de CHC (haga clic en "Español") disponible en el sitio web.