



**Inscríbese. Cuide Su Salud. Renueve Su Cobertura.**  
**Cobertura de salud durante todo el año**

**Sus Opciones de Cobertura de Salud**

**Medi-Cal:**

- ▶ Niños, jóvenes en hogares de crianza, mujeres embarazadas, adultos, ciudadanos de los Estados Unidos, e inmigrantes incluyendo personas con el estatus de Acción Diferida (DACA)—podrían ser elegibles para Medi-Cal gratis o a bajo costo.
- ▶ Medi-Cal proporciona vacunas, visitas al doctor de prevención, especialista, oculista y servicios dentales para niños y jóvenes gratis o a bajo costo.
- ▶ Inscripción al programa de Medi-Cal está disponible todo el año.

**Covered California:**

- ▶ Covered California es donde los residentes legales de California pueden comparar planes de salud de alta calidad y elegir el que les conviene.
- ▶ Dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia, muchos Californianos también podrían calificarán para obtener ayuda financiera.
- ▶ Inscríbese durante la Inscripción Abierta o en cualquier momento durante el año que a tenido un evento calificado de vida, como si perdió su trabajo o tuvo un bebé. Tienen 60 días del evento para inscribirse.

**!** Para familias indocumentadas visiten: [www.allinforhealth.org/undocumented](http://www.allinforhealth.org/undocumented)  
Su información de inmigración es confidencial, protegida, y segura. Su información no se usará para fines de control de inmigración. Solo se usará para determinar la elegibilidad para cobertura médica.

**Usted y su familia podrían calificar para asistencia financiera:**

Tamaño de la familia	Si el ingreso familiar en 2016 es menos de...		Si el ingreso familiar en 2016 es entre...
1	\$16,395	\$31,601	\$16,395-\$47,080
2	\$22,108	\$42,614	\$22,108-\$63,720
3	\$27,821	\$53,626	\$27,821-\$80,360
4	\$33,534	\$64,638	\$33,534-\$97,000
5	\$39,248	\$75,651	\$39,248-\$113,640
6	\$44,961	\$86,663	\$44,961-\$130,280
▶	Adultos podrían calificar para Medi-Cal	Niños podrían calificar para Medi-Cal	Podría calificar para asistencia financiera en la compra de un seguro a través de Covered California

**Inscríbese.**

Complete la porción de abajo de esta forma y regrésala a la enfermera escolar de su escuela

En el *'Consentimiento Para Intercambiar Información De Salud'* marque la caja que diga *'Mis Hijos no Tienen seguro médico y necesito más información'*

**Agente Certificado De Consejero de SDUSD le va llamar**

**Cuide Su Salud.**

- ▶ Elija su doctor de su red medica.
- ▶ Haga sus citas anuales con su doctor para usted y su familia.
- ▶ Asegúrese de llevar a su hijo(s) al dentista.
- ▶ Si su plan lo requiere, haga su pago mensual.

**Renueve Su Cobertura.**

El seguro de Medi-Cal debe ser renovado cada año. Medi-Cal le enviara por correo su paquete de renovación. Complete y regrese el paquete. Para ayuda, contacte su oficina de Medi-Cal o su enfermera de escuela.

Para más información, por favor póngase en contacto con su enfermera escolar o técnico de salud.

Para llamar directamente a un Agente de Inscripción Certificado escolar, por favor llamar a (619) 571-3332 o (619) 665-0619.