

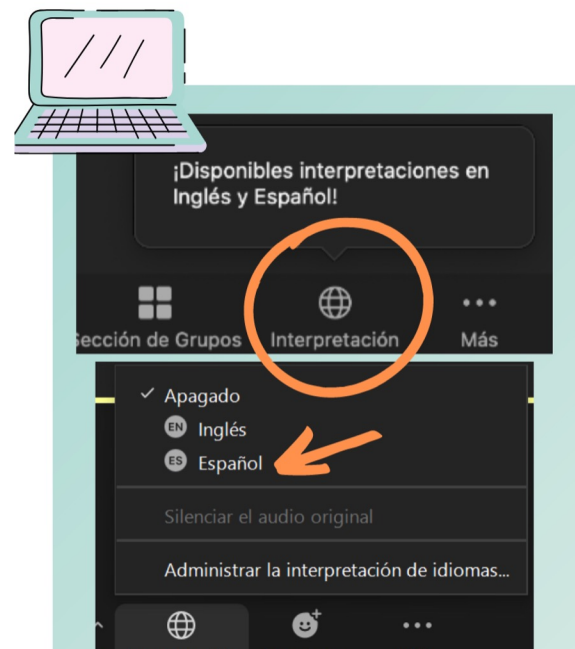


**CCPU**  
HEALTH CARE FUND

**Health Care Fund  
Reimbursement Process**

***Proceso de reembolso del  
Fondo para la atención de la  
salud***

**Para acceder a la interpretación por computador**



Haga click en el globo 🌐 en la parte inferior de la pantalla de zoom para seleccionar Español como su canal de idioma

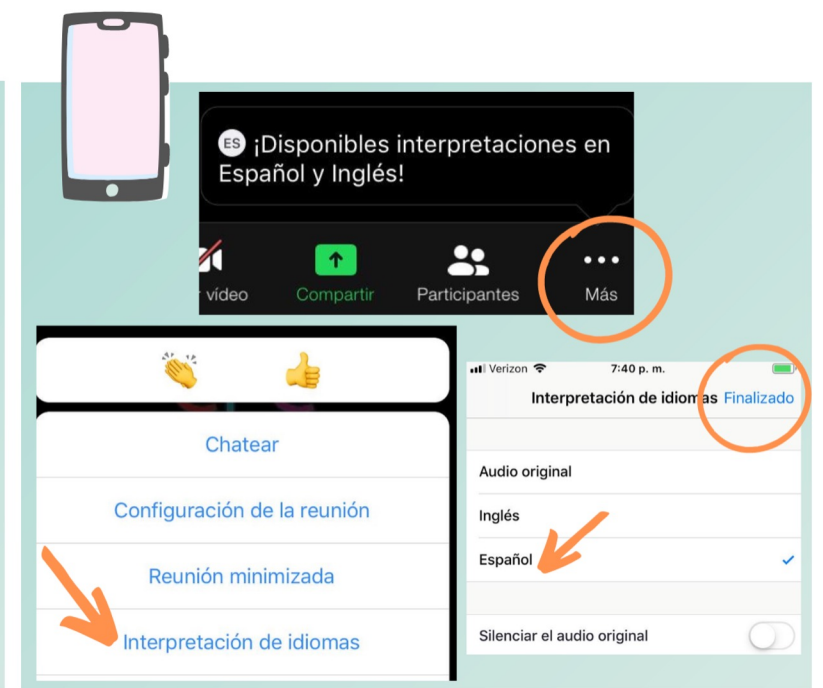
**To access interpretation on the computer**



Please select English language channel by clicking on the globe 🌐 at the bottom of your zoom screen.

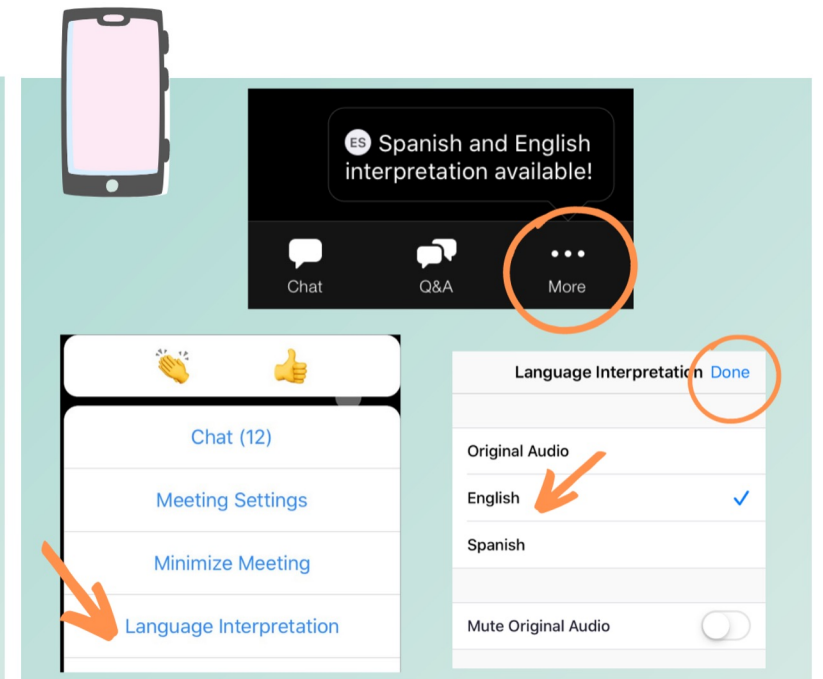
## Para acceder la interpretación por tableta o teléfono inteligente

To access interpretation on tablet or smartphone



Buscar los tres puntos MÁS (MORE), seleccionar interpretación de idiomas, seleccionar español, hacer clic en FINALIZAR (DONE).

Look for the three dots MORE, choose language interpretation then choose your preferred language option, click DONE.



Si necesita ayuda, escriba “APOYO TÉCNICO”  
en el Q&A

If you need assistance, please write “TECHNICAL SUPPORT”  
in the Q&A box

如果您需要帮助，  
请在聊天室留言写下“技术支持”



# **Agenda** *Programa*



- Overview of CCPU Health Care Fund
- Qualifying Life Event
- Reimbursement Request Form
- Join the Child Care Providers United
- FAQ
- *Descripción general del Fondo para la atención de la salud de CCPU*
- *Evento de vida calificador*
- *Formulario de solicitud de reembolso*
- *Hágase miembro de Child Care Providers United*
- *Preguntas frecuentes*

# Meet the CCPU Health Care Fund Trustees

## Conozca a los Fideicomisarios del Fondo de Atención Médica de CCPU



**HORACE TURNER**  
Chair



**YVONNE COTTAGE**  
Secretary



**PATRICIA MORAN**  
Trustee



**JACQUE GALIYANO**  
Trustee



**JOE SKALA**  
Trustee



**RIKO MENDEZ**  
Trustee



# **CCPU HEALTH CARE FUND OVERVIEW**

***DESCRIPCIÓN GENERAL  
DEL FONDO  
PARA LA ATENCIÓN DE LA  
SALUD DE CCPU***



**CCPU**  
HEALTH CARE FUND



The CCPU Health Care Fund is a **reimbursement program** for eligible **child care providers** who work with **subsidized children** and are enrolled in a qualified **health insurance plan**.

*El Fondo para la atención de la salud de CCPU es un **programa de reembolso** para **proveedores de cuidado infantil** elegibles que trabajan con **menores subsidiados** y están inscriptos en un **plan de seguro de salud autorizado**.*





**CCPU**  
HEALTH CARE FUND

- **What is it?** This is a reimbursement plan that works with your medical plan. This plan reimburses eligible provider expenses like medical copays and deductibles, pharmacy copays and deductibles and health plan monthly premiums.
- **Who is it for?** Eligible childcare providers that meet the eligibility criteria of working with a subsidized child for 3 of 6 months for initial eligibility, enroll in a qualified health plan, and submit a complete CCPU Health Care Fund application.
- **When does it start?** Benefits are available January 1, 2023, with a delayed start in processing and reimbursements. This means you will be able to be reimbursed for covered expenses from January 2023 after if you meet the initial eligibility requirements.
- **¿Qué es?** *Es un plan de reembolso que funciona con su plan de salud. Este plan reembolsa los gastos de proveedores elegibles, como deducibles y copagos médicos, deducibles y copagos de farmacias, y primas mensuales del plan de salud.*
- **¿A quién va dirigido?** *A los proveedores de cuidado infantil que cumplan los criterios de elegibilidad de trabajar con un menor subsidiado durante 3 de 6 meses para tener una elegibilidad inicial, que estén inscritos en un plan de salud autorizado y presenten una solicitud completa del Fondo para la atención a la salud de CCPU.*
- **¿Cuándo comienza?** *Los beneficios entrarán en vigencia el 1 de enero de 2023, con un inicio con retraso en el procesamiento y los reembolsos. Esto significa que podrá recibir un reembolso por los gastos cubiertos a partir de enero de 2023 si cumple los requisitos de elegibilidad iniciales.*



**CCPU**  
HEALTH CARE FUND

- **How do I access?** Eligible providers will be able to utilize their benefits by either swiping a debit card for eligible expenses or submitting a request for reimbursement and receive a check or electronic reimbursement.
- **Where can I get more information?** Visit our website at [www.ccpuhealth.org](http://www.ccpuhealth.org) and be sure to sign up to get updates via text or email. You may also email [support@ccpuhealth.org](mailto:support@ccpuhealth.org) or call (833) 714-6028 to speak with a customer service representative.
- **¿Cómo puedo acceder?** *Los proveedores elegibles podrán usar sus beneficios con una tarjeta de débito para gastos elegibles o enviando una solicitud de reembolso para recibir un cheque o un reembolso electrónico.*
- **¿Dónde puedo obtener más información?** *Visite nuestro sitio web [www.ccpuhealth.org](http://www.ccpuhealth.org) y asegúrese de registrarse para obtener actualizaciones por mensaje de texto o correo electrónico. También puede enviar un correo electrónico a [support@ccpuhealth.org](mailto:support@ccpuhealth.org) o llamar al (833) 714-6028 para hablar con un representante de servicio al cliente.*

**This is NOT a Health Plan**  
***Este NO es un plan de salud***

**WHAT IT IS**

This is a  
*reimbursement plan*  
that works with your medical plan

**LO QUE ES**

Es un  
*plan de reembolso*  
que funciona junto con el plan de salud

**WHAT IT IS NOT**

This is not  
*insurance*  
that replaces your medical plan

**LO QUE NO ES**

No es un  
*seguro*  
que reemplaza su plan de salud



# Who is Eligible for Benefits

## *Quiénes son elegibles para el beneficio*

**How to become eligible  
for benefits:**

***Requisitos para la  
elegibilidad:***

---

**1**

Paid for work  
with a subsidized child

*Tener un trabajo  
remunerado con un  
hijo subsidiado*

**2**

Enrolled in a qualified  
health insurance plan

*Estar inscripto en  
un plan de seguro  
médico autorizado*

**3**

Complete  
CCPU Fund application

*Completar la  
solicitud para el  
fondo CCPU*



# How to Apply *Cómo aplicar*



## **ONLINE**

The fastest and  
easiest way to apply

*La forma más rápida  
y fácil de aplicar*



## **PRINT**

Download a paper  
application available  
on the website

*Descargue una solicitud  
en papel disponible en el  
sitio web*



## **MAIL**

Request an  
application to be  
mailed to you

*Solicite que le envíen  
una solicitud por  
correo*



# **Online Application Security Measures**

## ***Medidas de seguridad de la solicitud en línea***

**Scenario #1:** A user requesting multiple email verifications, and then repeatedly clicking the link in the very first email they received (which has expired). This produces an error, which in turn causes the firewall to show a "You've been blocked" message. Please note that any of the email verification links sent will work, if they are not expired (each link expires 1 hr. from the time of sending).

**Situación n.º 1:** *un usuario pide varias verificaciones por correo electrónico y, luego, hace clic repetidas veces en el enlace del primer correo electrónico que recibió (que ha caducado). Esto produce un error, que, a su vez, hace que el cortafuegos muestre el mensaje “Ha sido bloqueado”. Tenga en cuenta que cualquiera de los enlaces de verificación por correo electrónico que se enviaron funcionarán si no han caducado (los enlaces caducan 1 hora después del envío).*



# **Online Application Security Measures**

## ***Medidas de seguridad de la solicitud en línea***

### **Solution #1:**

- 1.) Delete all previously sent email verifications to ensure the user is clicking the newest link.
- 2.) Visit <https://portal.ccpuhealth.org/> and login.
- 3.) Request a verification email be sent.
- 4.) Login to email and click the link that was sent.

### ***Solución n.º 1:***

- 1.) *Borre todas las verificaciones enviadas por correo electrónico para asegurarse de que el usuario haga clic en el enlace más reciente.*
- 2.) *Visite <https://portal.ccpuhealth.org/> e inicie sesión.*
- 3.) *Solicite el envío de un correo electrónico de verificación.*
- 4.) *Acceda al correo electrónico y haga clic en el enlace enviado.*

# **Online Application Security Measures**

## ***Medidas de seguridad de la solicitud en línea***

**Scenario #2:** A user visits the login page but does not login. The browser remains open and later in the day the user attempts to login (but never refreshed the page). This will produce an error, which in turn causes the firewall to show a "You've been blocked" message.

**Situación n.º 2:** un usuario entra a la página de acceso, pero no inicia sesión. El buscador sigue abierto y, más tarde ese día, el usuario intenta iniciar sesión (pero no actualiza la página). Esto produce un error, que, a su vez, hace que el cortafuegos muestre el mensaje "Ha sido bloqueado".

# **Online Application Security Measures**

## ***Medidas de seguridad de la solicitud en línea***

### **Solution #2:**

- 1.) Logout if logged in.
- 2.) Close the web browser and re-launch it.
- 3.) Visit <https://portal.ccpuhealth.org/> and continue.

**NOTE:** Refreshing the page (when encountering an error) before continuing your activity will solve most of these issues.

### **Solución n.º 2:**

- 1.) *Si ha iniciado sesión, ciérrela.*
- 2.) *Cierre el navegador y vuelva a abrirlo.*
- 3.) *Visite <https://portal.ccpuhealth.org/> y continúe.*

**NOTA:** *Actualizar la página (cuando hay un error) antes de seguir con su actividad, resolverá la mayoría de estos problemas.*



# Qualifying Life Event

## Evento de vida calificador

### Covered California Eliminates Feb 28 Deadline for CCPU Providers!

**¡Covered California elimina el plazo del 28 de febrero para los proveedores de CCPU!**

- To be eligible for CCPU Health Care Reimbursement Fund benefits starting Jan. 1, 2023, you must be enrolled in a Qualified Health Plan (QHP)
- If you're a provider and you missed the opportunity to enroll in a Qualified Health Plan, don't worry!
- Covered California has eliminated the Feb 28th deadline! CCPU providers can now enroll at any time in a Qualified Health Plan.
- *Para poder recibir los beneficios del Fondo de reembolso para la atención de la salud de CCPU que comienza el 1 de enero de 2023, debe estar inscrito en un plan de salud autorizado (QHP)*
- *Si es proveedor y se perdió la oportunidad de inscribirse en un plan de salud autorizado, ¡no se preocupe!*
- *¡Covered California ha eliminado el plazo del 28 de febrero! Los proveedores de CCPU ahora se pueden inscribir en un plan de salud autorizado en cualquier momento.*

**ENROLL TODAY**  
**to qualify for**  
**reimbursement benefits!**

**¡INSCRÍBASE HOY**  
**para ser elegible y recibir**  
**beneficios de reembolso!**







# **REIMBURSEMENT REQUEST FORM**

***FORMULARIO DE  
SOLICITUD DE  
REEMBOLSO***

# WHAT is the Reimbursement Request Form

## ¿QUÉ es el formulario de solicitud de reembolso?

- A request for reimbursement for covered medical expenses, including:
  - copays and deductibles
  - pharmacy copays
  - health plan monthly premiums
- These reimbursable expenses are for the provider only. Expenses for other family members are not covered.
- *Es una solicitud para recibir reembolso de los gastos médicos cubiertos, que incluye los siguientes:*
  - *copagos y deducibles*
  - *copagos de farmacia*
  - *primas mensuales del plan de salud*
- *Estos gastos reembolsables son solo para el proveedor. Los gastos para otros miembros de la familia no están cubiertos.*



### Reimbursement Request Form

#### INSTRUCTIONS

To process your reimbursement request, the form must be fully completed, signed, and returned with all required documents. You must attach a copy of your receipt that shows the dollar amount of your request, when the service occurred, and when it was paid. Please allow up to 30 days for review and processing after you submit your request for reimbursement.

#### Please submit to:

Mail: CCPU Health Care Fund  
P.O. Box 57027  
Irvine, CA 92169

Email: reimbursement@ccpuhealth.org

#### PROVIDER INFORMATION

Name	Member ID	Phone Number
Address		
City	State	Postal Code
Is this a new address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

#### EXPENSE INFORMATION (Please see the back of this form for a description of expense types.)

Type of Expense	Provider's Name	Premium Month / Date of Service	Health Plan Carrier / Service Provider	Amount
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<b>Total Expenses:</b>				

#### SIGN AND ACKNOWLEDGE

I attest that the information contained in this Request for Reimbursement is true and accurate. I am an eligible participant in the CCPU Health Care Fund program, enrolled in a qualified health plan, and seeking reimbursement for a medical health care service covered under my qualified health plan. I understand that if I provide incomplete, false or misleading information, my Request for Reimbursement may be delayed or denied. I agree to indemnify and hold the CCPU Health Care Fund and the Board of Trustees harmless from any liability for payment of benefits made based upon any of information that is inaccurate or false and to repay any benefits that I incorrectly received.

Provider Signature	Date (mm/dd/yyyy)
--------------------	-------------------

# WHERE is the Reimbursement Request Form

## ¿DÓNDE está el formulario de solicitud de reembolso?

- The reimbursement request form will be available at [ccpuhealth.org/resources](https://ccpuhealth.org/resources)
- *El formulario de solicitud de reembolso estará disponible en [ccpuhealth.org/resources](https://ccpuhealth.org/resources)*

### Forms & Presentations

Our resources page provides a variety of supplementary materials to help you navigate the process of determining your eligibility. Please click on each item to download the file.

Forms

Presentations

Videos

#### Application Form

- [CCPU Health Care Fund Application Form \(English\)](#)
- [CCPU Health Care Fund Application Form \(Spanish\)](#)
- [CCPU Health Care Fund Application Form \(Chinese\)](#)

#### Reimbursement Request Form

- [CCPU Health Care Fund Reimbursement Request Form \(English\)](#)

Download the Form

*Descargar el formulario*



# **WHEN to submit the Reimbursement Request Form**

## **¿CUÁNDO debo enviar el formulario de solicitud de reembolso?**

- Once your application has been approved, you may begin immediately to request reimbursements for any covered expenses.
- *Una vez que se haya aprobado su solicitud, puede comenzar a solicitar de forma inmediata el reembolso por cualquier gasto cubierto.*

You will have through  
**March 31, 2024**  
to submit your requests

Tendrá hasta el  
**31 de marzo de 2024** para enviar sus solicitudes

---




# Provider Information

## Información del proveedor

- This is the Profile Information about you as the provider.
- The CCPU Health Care Fund ID is provided on your Welcome Letter.
- *Esta es la información de su perfil como proveedor.*
- *La identificación del CCPU Health Care Fund se va a proporcionar en la carta de bienvenida.*

### PROVIDER INFORMATION

Name	Member ID 	Phone Number
Address		
City	State	Postal Code

Is this a new address?

Yes  No

# Type of Expense

## Tipo de gasto

- **Premium Expenses:** The amount that must be paid for your health plan, typically paid monthly.
  - **Out of Pocket Medical Expenses:** When your Qualified Health Plan begins to pay 100% of the allowed amount. This limit never includes your premium, amounts that exceed the covered charge for out-of-network providers (also called “balance-billed charges”) or health care expenses your health plan doesn’t cover.
  - **Permissible Expenses (Medi-Cal Only):** Permissible Medi-Cal expenses are health care expenses that are not part of the Medi-Cal health plan. Providers who are on Medi-Cal are eligible to receive a benefit of \$100 per month to reimburse permissible health care expenses.
- **Gastos de primas:** es el monto que se debe pagar por su plan de salud, que suele abonarse todos los meses.
  - **Gastos médicos a cargo del afiliado:** cuando su plan de salud autorizado comienza a pagar el 100 % del monto permitido. Este límite nunca incluye su prima, montos que superan los gastos cubiertos por proveedores fuera de la red (también conocidos como “gastos facturados”) o gastos de atención de la salud que su plan de salud no cubre.
  - **Gastos permisibles (solo Medi-Cal):** los gastos permisibles de Medi-Cal son gastos de atención de la salud que no forman parte del plan de salud de Medi-Cal. Los proveedores que tengan Medi-Cal son elegibles para recibir un beneficio de \$100 por mes como reembolso de los gastos permisibles para la atención de la salud.

EXPENSE INFORMATION (Please s

Type of Expense	
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)	

# Expense Information

## Información de gastos

- **Provider's Name:** The name of your health care provider.
  - **Premium month:** The date, including the month and year, displayed on your invoice for your health plan payment.
  - **Date of service:** The date of when the covered expenses were received.
  - **Health Plan Carrier:** The name of your medical health plan.
  - **Service Provider:** The name of the facility or physician where covered health services are rendered.
  - **Amount:** The dollar amount for reimbursement.
- **Nombre del proveedor:** nombre de su proveedor de atención de la salud.
  - **Mes de la prima:** la fecha, con el mes y el año, que figura en la factura del pago de su plan de salud.
  - **Fecha de servicio:** la fecha en que se recibieron los gastos cubiertos.
  - **Compañía de planes de salud:** el nombre de su plan de salud.
  - **Proveedor de servicios:** el nombre del centro o del médico donde se prestan los servicios de salud cubiertos.
  - **Monto:** el monto del reembolso.

EXPENSE INFORMATION (Please see the back of this form for a description of expense types.)

Type of Expense	Provider's Name	Premium Month / Date of Service	Health Plan Carrier / Service Provider	Amount
<input type="checkbox"/> Premium Expenses <input type="checkbox"/> Out Of Pocket Medical Expenses <input type="checkbox"/> Permissible Expenses (Medi-Cal Only)				
<input type="checkbox"/>				



# Sign and Acknowledge

## *Firma y reconocimiento*

### SIGN AND ACKNOWLEDGE

---

I attest that the information contained in this Request for Reimbursement is true and accurate. I am an eligible participant in the CCPU Health Care Fund program, enrolled in a qualified health plan, and seeking reimbursement for a medical health care service covered under my qualified health plan. I understand that if I provide incomplete, false or misleading information, my Request for Reimbursement may be delayed or denied. I agree to indemnify and hold the CCPU Health Care Fund and the Board of Trustees harmless from any liability for payment of benefits made based upon any of information that is inaccurate or false and to repay any benefits that I incorrectly received.

---

Provider Signature



Date (mm/dd/yyyy)



# What do you need to process the Reimbursement Request Form

## *¿Qué necesita para procesar el Formulario de solicitud de reembolso?*

- To process your reimbursement, the form must be fully completed, signed, and returned with all required documents.
- You must attach a copy of your receipt that shows the dollar amount of your expense, when the expense occurred, and when it was paid.
- *Para procesar el reembolso, se debe completar el formulario en su totalidad, firmarlo y devolverlo con todos los documentos solicitados.*
- *Debe adjuntar una copia del comprobante que indique el monto de los gastos, cuándo se produjeron y cuándo se pagaron.*

Download the Form

*Descargar el formulario*

---



# How to Submit

## *¿Cómo puedo enviarlo?*



### **EMAIL**

---

reimbursement  
@ccpuhealth.org



### **FAX**

---

(949) 809-3266



### **MAIL**

---

CCPU Health Care Fund  
P.O. Box 57027  
Irvine, CA 92619



# Next Steps

## *Próximos pasos*

- Please allow up to 30 days for review and processing after you submit your request for reimbursement.
- Once your request has been processed, we will notify you of the status and, if approved, when you can expect to receive your reimbursement.
- *Esperare hasta 30 días para la revisión y el procesamiento después de enviar su solicitud de reembolso.*
- *Una vez que se haya procesado su solicitud, le informaremos el estado de esta y, si está aprobada, cuándo podría recibir el reembolso.*

Download the Form

*Descargar el formulario*

---





**CHILD CARE PROVIDERS  
UNITED**

**Welcome to Child Care Providers United CCPU!**

***¡Bienvenidas a Proveedoras de Cuidado Infantil Unidas (CCPU)!***

# Join our child care providers union!



Scan to Join  
Child Care Providers United  
Today!

¡Escanee para unirse a las  
Proveedoras de Cuidado Infantil  
Unidas hoy!







# STRONGER TOGETHER UNIDAS SOMOS MÁS FUERTES

Scan to join Child Care Providers  
United today or visit  
[childcareprovidersunited.org/find-your-local-union](https://childcareprovidersunited.org/find-your-local-union)



Escanee para unirse a  
Proveedoras de Cuidado  
Infantil Unidas hoy o visite  
<https://es.childcareprovidersunited.org/>



Become a Member Today!

¡Hazte miembro hoy!



Scan to join Child Care Providers United today or visit  
[childcareprovidersunited.org/find-your-local-union](https://childcareprovidersunited.org/find-your-local-union)

Escanee para unirse a Proveedoras de Cuidado Infantil Unidas  
hoy o visite

<https://es.childcareprovidersunited.org/>



¡Escanee para unirse a las Proveedoras de Cuidado Infantil Unidas hoy!



Scan to Join Child Care Providers United Today!



**Time for questions...**  
***Tiempo para preguntas...***



**BOBBIE MOORE**  
VP, Key Accounts

**PINNACLE™**  
CLAIMS MANAGEMENT, INC.



# Frequently Asked Questions

## Preguntas frecuentes

### FAQ #1

### Pregunta n.º 1



**Does CCPU's Health Care Fund provide health insurance?**

**¿El Fondo de Atención Médica de CCPU proporciona seguro médico?**

- No, the CCPU Health Care Fund does not provide health insurance and is not a health insurance plan. It is a reimbursement plan that works in conjunction with your health insurance coverage. In fact, you cannot enroll in the CCPU Health Care Fund unless you have a qualified health insurance plan. If you are not insured, you will need to enroll in a qualified health insurance plan available to you. Please go to [ccpuhealth.org/help-enrolling](http://ccpuhealth.org/help-enrolling) for assistance enrolling in a qualified health insurance plan.
- *No, el Fondo de Atención Médica de CCPU no proporciona seguro médico y no es un plan de seguro médico. Es un plan de reembolso que funciona en conjunto con su cobertura de seguro médico. De hecho, no puede inscribirse en el Fondo de Atención Médica de CCPU a menos que tenga un plan de seguro médico calificado. Si no está asegurado, deberá inscribirse en un plan de seguro de salud calificado que esté disponible para usted. Vaya a [ccpuhealth.org/help-enrolling](http://ccpuhealth.org/help-enrolling) para obtener ayuda para inscribirse en un plan de seguro de salud calificado. plan.*

# Frequently Asked Questions

## Preguntas frecuentes

### FAQ #2

### Pregunta n.º 2



**What do I need to complete the application for the CCPU Health Care Fund?**

**¿Qué necesito para completar la solicitud para recibir el Fondo para la atención de la salud de CCPU?**

• To complete your application, you will need the following information:

- *Profile information about you as the provider*
- *Information about your medical health insurance plan*
- *A copy of your health plan proof of coverage\**

*\*This documentation should provide details that verify your name as the policy holder, your health care plan name, and the coverage period.*

• Para completar la solicitud, necesitará la siguiente información:

- *Información de su perfil como proveedor*
- *Información sobre su plan de seguro de salud*
- *Una copia de la prueba de cobertura de su plan de salud\**

*\*Esta documentación debe aportar detalles que verifiquen su nombre como titular de la póliza, el nombre del plan de atención de la salud y el periodo de cobertura.*



# Frequently Asked Questions

## *Preguntas frecuentes*

**What information needs to be displayed on your medical health insurance proof of coverage?**

***¿Qué información se debe mostrar en la prueba de cobertura del seguro de salud?***

---

**FAQ #3**

***Pregunta n.º 3***



- This supplementary documentation should provide details that verify your name as the policy holder, your health care plan name, and the coverage period. All three are required to verify your medical health insurance plan.
- *Esta documentación complementaria debe aportar detalles que verifiquen su nombre como titular de la póliza, el nombre del plan de atención de la salud y el periodo de cobertura. Las tres son necesarias para verificar su plan de seguro de salud.*

# Frequently Asked Questions

## Preguntas frecuentes

### FAQ #4

### Pregunta n.º 4



**What is the deadline to apply for the January 1, 2023 initial eligibility period?**

**¿Cuál es la fecha límite para presentar la solicitud para el periodo de elegibilidad inicial del 1 de enero de 2023?**

- The deadline to apply is June 30, 2023, for an eligibility start date of January 1, 2023. Due to the launch of the program, the application deadline for the first quarter of January-March was extended. This means if you meet the initial eligibility requirements, you will be able to be reimbursed for covered expenses from January 2023 forward. To maintain eligibility as of April 1, 2023, you are required to be paid for work with a subsidized child for 1 out of 3 months in October 2022-December 2022.
- *La fecha límite para presentar la solicitud es el 30 de junio de 2023, y la fecha de inicio de la elegibilidad es el 1 de enero de 2023. Debido al lanzamiento del programa, la fecha límite para presentar la solicitud para el primer trimestre de enero-marzo se extendió. Esto significa que, si cumple con los requisitos iniciales de elegibilidad, podrá recibir el reembolso de los gastos cubiertos desde enero de 2023 en adelante. Para mantener la elegibilidad a partir del 1 de abril de 2023, debe tener trabajo remunerado con un menor subsidiado durante 1 de 3 meses desde octubre de 2022 a diciembre de 2022.*

# Frequently Asked Questions

## *Preguntas frecuentes*

**How will I know if I meet the eligibility criteria by being a part of the child care subsidy program?**

***¿Cómo sabré si cumplo con los requisitos de elegibilidad al ser parte del programa de subsidio del cuidado infantil?***

**FAQ #5**

***Pregunta n.º 5***



- Eligibility calculations are being performed monthly. When a provider completes their application, the CCPU Health Care Fund will validate the provider has worked with a subsidized child for the required 3 of 6 months for initial eligibility, as well as confirm the provider is enrolled in a qualified health plan. If the provider meets all eligibility requirements, they will receive a Welcome Letter. If the provider is missing any of the eligibility criteria, the CCPU Health Care Fund will perform outreach to obtain the information.
- *Los cálculos de elegibilidad se hacen todos los meses. Cuando un proveedor completa su solicitud, el Fondo para la atención de la salud de CCPU comprobará que el proveedor ha trabajado con un menor subsidiado durante los 3 de los 6 meses requeridos para la elegibilidad inicial, y confirmará que el proveedor está inscripto en un plan de salud autorizado. Si el proveedor cumple con todos los requisitos de elegibilidad, recibirá una carta de bienvenida. Si el proveedor no cumple con alguno de los requisitos de elegibilidad, el Fondo para la atención de la salud de CCPU realizará actividades de divulgación para obtener la información.*



# Frequently Asked Questions

## *Preguntas frecuentes*

### FAQ #6

### *Pregunta n.º 6*



**Are the benefits from the CCPU Fund taxable income to the provider?**

***¿Los beneficios del fondo CCPU son ingresos sujetos a impuestos para el proveedor?***

---

- The reimbursement of health plan out-of-pocket expenses and reimbursement of your insurance premium cost on qualified health plans are not taxable income to you. Any cash benefit that is not for reimbursement of medical expenses will be taxable.
- *El reembolso de los gastos de bolsillo del plan de salud y el reembolso del costo de la prima del seguro en planes de salud autorizados no son ingresos sujetos a impuestos. Cualquier beneficio en efectivo que no sea un reembolso por gastos médicos sí estará sujeto a impuestos.*

# Frequently Asked Questions

## Preguntas frecuentes

### FAQ #7

### Pregunta n.º 7



What if there are multiple providers on one license? (Example: I have two people under my license and an assistant. My daughter and I are on my license, and I also have an assistant who works with me. Who is eligible?)

*¿Qué pasa si hay múltiples proveedores en una licencia? (Ejemplo: tengo dos personas bajo mi licencia y un asistente. Mi hija y yo estamos en mi licencia, y también tengo un asistente que trabaja conmigo. ¿Quién es elegible?)*

- Currently, the CCPU Health Care Fund covers only one provider per license. If you have multiple individuals listed on your license, like the example shown above, benefits will be extended on who is paid by the subsidy program.
- *Actualmente, el Fondo de Atención Médica de CCPU cubre solo un proveedor por licencia. Si tiene varias personas enumeradas en su licencia, como en el ejemplo que se muestra arriba, los beneficios se extenderán a quién paga el programa de subsidio.*

# Frequently Asked Questions

## *Preguntas frecuentes*

### FAQ #8

### *Pregunta n.º 8*



**Are dental and vision benefits available?**

***¿Hay beneficios dentales y de visión disponibles?***

---

- Dental and vision benefits are not available in the current plan year; however, the CCPU Health Care Fund is looking to enhance the benefits available for future plan years.
- *Los beneficios dentales y de la vista no están disponibles en el año del plan actual; sin embargo, el Fondo de Atención Médica de CCPU busca mejorar los beneficios disponibles para futuros años del plan.*



**Time for questions...**  
***Tiempo para preguntas...***



**BOBBIE MOORE**  
VP, Key Accounts

**PINNACLE™**  
CLAIMS MANAGEMENT, INC.



**STAY IN TOUCH!**

**¡SIGA EN CONTACTO CON NOSOTROS!**

**[www.ccpuhealth.org](http://www.ccpuhealth.org)**

**[support@ccpuhealth.org](mailto:support@ccpuhealth.org)**

**(833) 714-6028**

**Monday-Friday**

**8:00am – 5:00 pm PST**





**CCPU**  
HEALTH CARE FUND

**THANK YOU!**

***¡GRACIAS!***

Finally, please remember that we're here to share this great news about the CCPU Fund benefits but the final benefit rules will govern and your eligibility for benefits will be determined when you enroll.

Finalmente, recuerde que estamos aquí para compartir esta gran noticia sobre los beneficios del fondo CCPU, aunque regirán las reglas de beneficios definitivas y se determinará su elegibilidad para recibir beneficios cuando se inscriba.