**CITA PARA RENOVACIÓN DE
MY HEALTH LA**

Clinic Logo

**Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de la cita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de la cita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Qué llevar (obligatorio para solicitar la inscripción):**

* **Identificación con foto (**identificación expedida por el Departamento de Vehículos Motorizados [Department of Motor Vehicles, DMV] de California, identificación consular u otra identificación expedida por el gobierno.)
* **Prueba del ingreso del hogar** (como recibos de pago o declaración de ingresos de su empleador de los últimos 45 días).
* **Prueba del condado de Los Ángeles** (como un contrato de alquiler o una factura de servicios de los últimos 60 días.)

**¡Traiga todos los documentos originales y más recientes!**

**Ubicación:**  <Clinic Address 1>

 <Clinic Address 2>

Si tiene preguntas o necesita cambiar o cancelar su cita, llámenos al <Clinic Phone Number>.

***Para continuar con My Health LA (MHLA), debe reenviar su solicitud de inscripción antes del último día de su cobertura.***

***Su cobertura de MHLA terminará el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a menos que la renueve***

**CITA PARA RENOVACIÓN DE
MY HEALTH LA**

Clinic Logo

**Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de la cita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de la cita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Qué llevar (obligatorio para solicitar la inscripción):**

* **Identificación con foto (**identificación expedida por el Departamento de Vehículos Motorizados [Department of Motor Vehicles, DMV] de California, identificación consular u otra identificación expedida por el gobierno.)
* **Prueba del ingreso del hogar** (como recibos de pago o declaración de ingresos de su empleador de los últimos 45 días).
* **Prueba del condado de Los Ángeles** (como un contrato de alquiler o una factura de servicios de los últimos 60 días.)

**¡Traiga todos los documentos originales y más recientes!**

**Ubicación:**  <Clinic Address 1>

 <Clinic Address 2>

Si tiene preguntas o necesita cambiar o cancelar su cita, llámenos al <Clinic Phone Number>.

***Para continuar con My Health LA (MHLA), debe reenviar su solicitud de inscripción antes del último día de su cobertura.***

***Su cobertura de MHLA terminará el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a menos que la renueve***