

# ¡Sí! Apoyo al cuidado de la salud para todos los que viven en California

(Yes! I support Universal Health Care for California)

Los abajo firmantes apelamos a la Asamblea Legislativa y al Gobernador a que aprueben el proyecto de ley del *Cuidado de la salud para todos los que viven en California* (antes fue SB 810). Este proyecto de ley se basa en los siguientes principios:

- \*Un plan del cuidado de la salud (pagador único) que cubre a todos los residentes de California
- \* Cuidado de alta calidad, cobertura médica completa, y elección de su médico propio
- \* Precios accesibles para individuos, familias, y negocios.

(We the undersigned call on the Legislature and the governor to enact the California Universal Healthcare Act (formerly SB 810) that is based on the following principles: one health plan (single payer) that covers every California resident; high quality health care, comprehensive benefits and choice of your own personal doctor; affordable for individuals, families and businesses)

**Por favor escriba con claridad (Please print clearly)**

<b>1.</b> Escriba su nombre y apellido (print first name and last name)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código postal (Zip Code)
Correo electrónico - con éste se puede recibir información para estar al tanto del proyecto de ley (email address for updates on legislation)			Teléfono (phone)
<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>2.</b> Escriba su nombre y apellido (print first name and last name)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código postal (Zip Code)
Correo electrónico - con éste se puede recibir información para estar al tanto del proyecto de ley (email address for updates on legislation)			Teléfono (phone)
<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>3.</b> Escriba su nombre y apellido (print first name and last name)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código postal (Zip Code)
Correo electrónico - con éste se puede recibir información para estar al tanto del proyecto de ley (email address for updates on legislation)			Teléfono (phone)
<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>4.</b> Escriba su nombre y apellido (print first name and last name)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Código postal (Zip Code)
Correo electrónico - con éste se puede recibir información para estar al tanto del proyecto de ley (email address for updates on legislation)			Teléfono (phone)
<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>

Por favor envíe esta petición a (Please mail to):

Patrocinado por Health Care for All – California ( [www.healthcareforall.org](http://www.healthcareforall.org) )  
 (Sponsored by Health Care for All – California [www.healthcareforall.org](http://www.healthcareforall.org))



Health Care for All – CA no vende, alquila, ni da en ninguna forma esta información a otras organizaciones, empresas, o personas.  
 (Health Care for All – CA does not sell, rent, or otherwise provide any information from this petition to any other organization, business, or person.)  
 (rev. 1-13 Miguel y Paulina)