

# Instrucciones para ayudarle a completar el formulario de Solicitud del Registro de Apelación

Formulario Aprobado  
OMB No. 0938-1213



## Cómo presentar esta solicitud para un registro de apelación

Envíe el formulario completado a:

**Centro de Apelaciones del Mercado de Seguros Médicos**  
P.O. Box 311  
Pittston, PA 18640

También puede enviar el formulario por fax a la línea segura de fax al **1-877-369-0129**.



## Ayuda Adicional

### Servicios de Ayuda de Idioma

Si necesita ayuda de idioma en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596**.

### Accesibilidad

Para solicitar este formulario en un formato alternativo como Braille, letra grande, CD de datos, CD de audio, o para solicitar un lector calificado, puede llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-716-3676. También puede realizar una solicitud mediante el envío de un fax al 1-844-530-3676, un correo electrónico a [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov), o una carta a las oficinas de las audiencias e investigaciones (OHI), Attn: CMS alternativo formato de equipo, 7500 Security boulevard, mail Stop S1-13-25, Baltimore, MD 21244-1850. Los arreglos razonables están disponibles y ofrecidos sin costo alguno para usted.

Para enviar su solicitud de un registro de apelación, consulte arriba "Cómo presentar esta solicitud". Si lo envía a la dirección del Equipo de Formato Alternativo, es posible que tenga un retraso en el procesamiento de su solicitud para un registro de apelación.

### Declaración del Acta de Privacidad

El Mercado protege la privacidad y la seguridad de la información que usted proporcionó. Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, ingrese a [CuidadoDeSalud.gov/es/individual-privacy-act-statement/](https://www.cms.gov/individual-privacy-act-statement). Estamos autorizados a recopilar información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluidos números de seguro social, de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Ley pública No. 111-148), según enmendado por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley pública No. 111-152), los reglamentos de aplicación en 45 CFR parte 155, sub-parte F y la Ley del Seguro Social. Para obtener más información sobre la privacidad y seguridad de su información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/](https://www.cms.gov/es/privacy/).

### No discriminación

El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios a, o de otra manera discrimina contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad. Si piensa que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles: llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints), o escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201.

### Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1213. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente 1 hora por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **\*\*Relevo de Responsabilidad de CMS\*\* Por favor, no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos o cualquier documento que contenga información confidencial a Reports Clearance Office de PRA. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no pertenezca al tipo de información autorizada para recolectar bajo el número de control OMB asociado que aparece en este formulario no será revisada, enviada o retenida. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con el Centro de Apelaciones del Mercado.**



## SECCIÓN 3: Firma

### Para todos los declarantes de impuestos en el hogar: Su aprobación para permitir que el Mercado comparta información tributaria federal e información de la Administración del Seguro Social para su uso en la publicación de su registro

Es posible que debamos compartir con usted o con su representante autorizado la información que utilizó el Mercado para determinar su elegibilidad. Esta información puede incluir información sobre ingresos por su empleo provenientes de una agencia de reporte de crédito, información sobre sus ingresos por parte de la Administración del Seguro Social e información tributaria federal del Servicio de Rentas Internas sobre los miembros de su hogar, incluso información de su última declaración federal de impuestos. El Mercado no puede compartir información tributaria federal, ni información mensual y anual de Beneficios del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social a un representante autorizado o a otras personas sin su consentimiento. Firme a continuación para dar su consentimiento.

Comprendo que al completar, firmar y fechar a continuación, autorizo al Mercado a divulgar a las personas cuyas firmas figuran a continuación y a cualquier representante autorizado, toda información tributaria federal en mis registros de elegibilidad proporcionados por el Servicio de Rentas Internas. También doy mi consentimiento para la divulgación, por parte del Mercado, de mi información mensual y anual de Beneficios del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social a estos mismos individuos junto con otra información de mi registro de elegibilidad para el Mercado, recopilada según la solicitud que yo completé (o fue completada por mi) o que me incluyó como miembro del hogar, y de otras fuentes de datos como verificación de ingresos y empleo de una agencia de reporte de crédito utilizados para tomar la determinación de elegibilidad del Mercado.

Cada declarante de impuestos del hogar debe consentir a la divulgación de su propia información tributaria federal y también consentir en la divulgación de la información mensual y anual del Beneficio del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social firmando a continuación. La autorización es válida hasta que yo notifique por escrito que quiero que todos o cualquiera de los representantes autorizados sean eliminados de esta apelación.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que brindé respuestas verdaderas a todas las preguntas y respondí según mi leal saber y entender.

Entiendo que una solicitud, intencional y deliberada o adquisición de los registros relativos a un individuo de manera fraudulenta es un delito en virtud de la Ley de Privacidad sujetos a una multa de \$5,000, 45 CFR 5b.5(b)(2)(ii), y puede violar las leyes adicionales y estar sujeto a otras sanciones.

#### Firma

Certifico que soy el apelante cuyos registros están siendo solicitados. O, soy el Representante Autorizado, tengo un poder legal o tutela legal, según se indica en la Sección 2.

##### 1. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  | / |  |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|

#### Firmas de cada una de las personas que son declarantes de impuestos en su hogar

##### 2. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  | / |  |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|

##### 3. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  | / |  |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|

##### 4. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  | / |  |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|

**Firmas de cada una de las personas que son declarantes de impuestos en su hogar (continuación)**

5. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

6. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

7. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

8. Nombre en letras de imprenta (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/año)

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|