

Mercado de Seguros Médicos

OMB Exempt

Formulario de solicitud del expediente de apelación del Mercado

- Complete el formulario informándonos de quién es el expediente de apelación que solicita y dónde debemos enviar el expediente.
- Haga que todos los declarantes de impuestos en la solicitud del Mercado de Seguros Médicos® firmen el formulario.
- Envíe por correo o fax el formulario firmado al Centro de Apelaciones del Mercado.

Paso 1: ¿De quién es el expediente de apelación que solicita?

Ingrese la información de la persona que está apelando una determinación del Mercado (también llamado el "apelante").

Primer nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Número de identificación del caso de apelación # (si tiene uno):

APL-

Paso 2: ¿A dónde se debe enviar el expediente de apelación?

Díganos dónde enviar el expediente de apelación de la persona que indicó en el paso 1. **Asegúrese de ingresar una dirección postal.** No podemos enviar expedientes de apelaciones a un P.O. Box.

Primer nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Dirección postal

Número de apartamento o suite

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con la persona en el paso 1.

Usted mismo(a)

Representante autorizado(a) designado(a) por esta persona y confirmado por el Mercado

Poder notarial con la autoridad para recibir el expediente de apelación de esta persona

Tutor legal con la autoridad para recibir el expediente de apelación de esta persona

Importante: Cualquier grabación en su expediente de apelación se le enviará en formato de audio. Si requiere un formato diferente, por favor infórmenos a continuación.

No requiero un formato diferente.

Necesito que me envíen las grabaciones en el siguiente formato:

Paso 3: Firmas

Haga que todos los declarantes de impuestos mayores de 18 años enumerados en su solicitud del Mercado firmen el formulario.

Para todos los declarantes de impuestos en el hogar: Su aprobación para permitir que el Mercado comparta información de la Administración del Seguro Social e información de impuestos federales para su uso en la divulgación de su expediente de apelación.

Es posible que necesitemos compartir con usted o con su representante autorizado la información que el Mercado utiliza para determinar su elegibilidad. Esta información puede incluir información sobre sus ingresos de empleo provenientes de una agencia de informes del consumidor, información sobre ingresos que recibe de la Administración del Seguro Social, e información de impuestos federales del Servicio de Impuestos Internos sobre los miembros de su hogar, incluyendo información de la última declaración de impuestos que usted presentó. El Mercado no puede compartir información de impuestos federales, o información sobre sus beneficios mensuales y anuales del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social de la Administración del Seguro Social, con un representante autorizado u otros individuos sin su consentimiento. Firme a continuación para dar su consentimiento.

Entiendo que, al completar, firmar y fechar a continuación, autorizo al Mercado a divulgar a las personas cuyas firmas se proporcionan a continuación, así como a cualquier representante autorizado, cualquier información de impuestos federales en mi expediente de elegibilidad que fue proporcionada por el Servicio de Impuestos Internos. También doy mi consentimiento al Mercado para divulgar la información sobre mis beneficios mensuales y anuales del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social a estos mismos individuos, junto con la demás información en mi expediente de elegibilidad del Mercado. La información en mi expediente de elegibilidad fue recopilada en base a la solicitud que completé (o fue completada para mí), o una solicitud que me enumeró como miembro del hogar, y de otras fuentes de datos como la verificación de ingresos y empleo de una agencia de informes del consumidor que se utilizaron para hacer la determinación de elegibilidad del Mercado.

Cada declarante de impuestos del hogar debe consentir a la divulgación de su propia información de impuestos federales, y también consentir a la divulgación de la información sobre los beneficios mensuales y anuales del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social firmando a continuación. La autorización es válida hasta que yo dé mi notificación por escrito de que quiero remover todos o alguno de los representantes autorizados de esta apelación.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he brindado respuestas verdaderas a todas las preguntas y las respondí a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si brindo información falsa.

Entiendo que una solicitud al leal saber y entender, o adquisición de registros sobre un individuo bajo falsa pretensión es un delito penal según la Ley de Privacidad (del Código del Reglamento Federal (CFR, por su sigla en inglés) 45 5b.5(b)(2)(ii)), y que puedo estar sujeto a una multa de \$5,000. También es posible que sea una violación de leyes adicionales y puedo estar sujeto a otras sanciones.

Firma

Certifico que soy el/la apelante cuyos expedientes se solicitan. O, soy el/la representante autorizado(a), tengo poder notarial, o guardián legal como se indica en el paso 2.

1. **Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

Firmas de cada persona quien es un declarante de impuestos en su hogar

2. **Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

3. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**Firma****Fecha (dd/mm/aaaa)**

4. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**Firma****Fecha (dd/mm/aaaa)**

5. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**Firma****Fecha (dd/mm/aaaa)**

6. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**Firma****Fecha (dd/mm/aaaa)**

7. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**Firma****Fecha (dd/mm/aaaa)**

8. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)**Firma****Fecha (dd/mm/aaaa)**

Paso 4: Envíe su formulario

Envíe su formulario firmado al Centro de Apelaciones del Mercado.

Envíe el formulario completado y firmado:

- **Por correo** Centro de Apelaciones del Mercado
P.O. Box 311
Pittston PA 18640
 - **Por fax seguro:** 1-877-369-0129
-

Para más ayuda

Si tiene preguntas, comuníquese con el Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El horario de operaciones es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:30 p.m., hora del este (ET, por su sigla en inglés).

Accesibilidad

Usted tiene derecho a recibir informaci del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille, o audio. Llame al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751 para obtener más informaci. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Asistencia lingüística

Si necesita ayuda con su apelaci en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-231-1751 y dígle al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

La privacidad y el uso de su información

El Mercado de Seguros Médico protege la privacidad y seguridad de la información que usted ha proporcionado. Para ver la Declaración de la ley de privacidad, visite [CuidadoDeSalud.gov/individual-privacy-act-statement](https://www.CuidadoDeSalud.gov/individual-privacy-act-statement). Estamos autorizados a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación de respaldo, incluyendo números de Seguro Social, bajo la Ley de protección al paciente y cuidado de salud a bajo precio (ley pública no. 111-148), enmendada por la Ley de reconciliación de cuidado de salud y educación del 2010 (ley pública no. 111-152), implementando los reglamentos en el Código del Reglamento Federal (CFR, por su sigla en inglés) 45 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/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/privacy).

Prohibición contra la discriminación

El Mercado de Seguros Médico no excluye, niega beneficios, o discrimina en contra de personas debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo (incluyendo orientación sexual o identidad de género), o edad. Si usted cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando el sitio web en [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/spanish/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/spanish/index.html), o por correo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU./200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

Este producto fue producido a costo de los contribuyentes estadounidenses.

El Mercado de Seguros Médicos[®] es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud & Servicios Humanos de los EE.UU.