



Mercado de Seguros Médicos

Solicitud de Exención por Dificultades



Use esta solicitud para una exención por dificultades

- Si tiene más de 30 años y desea inscribirse en un plan de cobertura catastrófica, debe solicitar y obtener la aprobación de una exención.
- Una dificultad es una circunstancia financiera o de otro tipo que le impidió obtener un seguro médico; por ejemplo, no tener hogar, declararse en bancarrota o recibir un aviso de corte de servicios públicos. Consulte la lista completa de situaciones de dificultad en la página siguiente.
- Si no tiene una dificultad, pero no puede pagar la cobertura disponible para usted, puede solicitar una exención por asequibilidad. Visite [CuidadoDeSalud.gov/exemption-form-instructions](https://www.CuidadoDeSalud.gov/exemption-form-instructions) para obtener el formulario de asequibilidad correspondiente a su estado.
- Los planes catastróficos tienen primas mensuales más bajas y deducibles muy altos. Pueden ser una opción a bajo costo para protegerse ante situaciones extremas, como una enfermedad grave o una lesión seria. Para obtener más información antes de hacer la solicitud visite [CuidadoDeSalud.gov/choose-a-plan/catastrophic-health-plans](https://www.CuidadoDeSalud.gov/choose-a-plan/catastrophic-health-plans).



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Cualquier persona mayor de 30 años que desee inscribirse en un plan catastrófico y tiene una situación de dificultad económica.
- Si es menor de 30 años, no necesita una exención para inscribirse en un plan catastrófico.



Lo que necesita para solicitar

Documentos o una explicación por escrito de su situación de dificultad. Consulte la lista de documentos en la página siguiente.



¿Por qué pedimos esta información?

Solicitamos los números de Seguro Social y otra información para asegurarnos que coincida correctamente con su solicitud de cobertura. **Mantendremos toda la información privada y segura, como lo exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, vaya a [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy).



Obtenga ayuda con esta solicitud

- En línea: [CuidadoDeSalud.gov/exemptions](https://www.CuidadoDeSalud.gov/exemptions).
- Teléfono: Llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.
- En persona: Puede haber asistentes capacitados en su área que pueden ayudar. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help), o llame al Centro de Llamadas del Mercado.
- In English: Call the Marketplace Call Center at **1-800-318-2596** for more information.
- Otros idiomas: Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al **1-800-318-2596**. Le proporcionaremos ayuda gratuita en su idioma.

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/accessibility-nondiscrimination](https://www.CMS.gov/accessibility-nondiscrimination) (en inglés) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



CuidadoDeSalud.gov



Categorías de dificultades y documentación

Categoría:	Ejemplos de documentación:
1. Desahucio: Estaba desahuciado.	No necesita presentar ningún documento ni una explicación por escrito.
2. Desahucio/juicio hipotecario: Fue desalojado o estaba en proceso de desalojo o juicio hipotecario.	Aviso de desalojo o ejecución hipotecaria. El documento debe mostrar que el evento ocurrió en este año calendario o hasta dos años antes.
3. Aviso de corte del servicio: Ha recibido un aviso de corte del servicio por parte de una compañía de servicios públicos.	Aviso de una compañía de servicios de electricidad, agua/alcantarillados o gas informándole el servicio ha sido o será suspendido. El documento debe mostrar que la suspensión ocurrió en este año calendario o hasta dos años antes.
4. Violencia doméstica: Ha sido víctima de violencia doméstica.	No necesita presentar ningún documento ni una explicación por escrito.
5. Muerte de un familiar: Ha sufrido la muerte de un familiar cercano.	Certificado de defunción, esquela del periódico, programa de servicios funerarios, gastos funerarios, el informe del médico forense, aviso militar u otro aviso oficial de la muerte. El documento debe mostrar que la muerte ocurrió en este año calendario o hasta dos años antes.
6. Desastre: Ha sido víctima de un incendio, inundación u otro desastre natural o provocado que causó daños considerables a su propiedad.	Informe de Policía por fuego, reclamación de seguro u otro documento de una agencia gubernamental o una noticia sobre el evento que ocurrió este año calendario o hasta dos años antes.
7. Bancarrota: Se declaró en bancarrota.	Declaración de quiebra de un tribunal u otra autoridad legal. El documento debe mostrar que la bancarrota ocurrió en este año calendario o hasta dos años antes.
8. Gastos médicos: Tuvo gastos médicos que no ha podido pagar.	Una o más facturas médicas. La(s) factura(s) deben ser para este año calendario o hasta dos años antes.
9. Aumento de los gastos para el cuidado de un familiar: Tuvo aumentos inesperados de gastos necesarios debido al cuidado de un familiar enfermo, incapacitado o un miembro de la tercera edad.	Recibos de facturas o servicios relacionados con el cuidado de un miembro de la familia, como facturas médicas, servicios de atención domiciliar o recibos de transporte. Los recibos deben ser de este año calendario o hasta dos años civiles antes.
10. Apoyo médico para el niño: Se le ha negado la cobertura de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) a un niño que usted esperaba reclamar como dependiente fiscal, y otra persona es requerida por una orden judicial brindarle cobertura médica al niño.	Una orden judicial que cubre el período de tiempo para el cual usted desea la exención para el niño y una copia del aviso de elegibilidad que demuestre que el niño recibió cobertura de Medicaid y CHIP de su estado. La carta debe mostrar la determinación de elegibilidad para este año calendario o hasta dos años antes.
11. Decisión sobre la admisión de elegibilidad: La decisión de su apelación en el Mercado de Seguros Médicos indicó que usted es elegible para uno de los siguientes beneficios durante un período en el que no contaba con cobertura del Mercado: • Inscripción en un plan del Mercado • Primas mensuales más bajas • Reducciones en los costos compartidos (ahorros adicionales)	Aviso de apelación del Mercado o su mercado estatal. El aviso de apelación debe ser de este año calendario o hasta dos años antes.
12. No es elegible para Medicaid: Se determinó que un adulto en su hogar fiscal no es elegible para Medicaid porque su estado NO expandió la elegibilidad para Medicaid conforme con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.	Ninguna. Esta dificultad solo está disponible si se determinó que usted no era elegible este año.
13. Cancelación de coberura individual: Recibió un aviso de un plan médico que compró en el Mercado individual (no una cobertura basada en su trabajo) diciendo que su póliza fue cancelada porque no cumplió con los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y usted consideró que otros planes no eran accesibles.	Esta categoría ya no está disponible para 2017 y años futuros.
14. Otra dificultad: Usted experimentó una dificultad que NO figura en las categorías 1-13 que le impidieron obtener un seguro médico.	Incluya cualquier documentación que explique por qué está solicitando una exención por dificultades económicas NO incluida en las categorías 1-13. La documentación debe mostrar que la dificultad ocurrió dentro de este año calendario o hasta dos años calendario anteriores.





SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Todos los campos son obligatorios a menos que se indique opcional.
Escriba en letras mayúsculas usando tinta azul o negra.
Llene los círculos (○) de este modo → ●.

Paso 1: Díganos sobre usted

Ingrese la información de la persona que presenta la declaración de impuestos federales de su hogar. Esta persona será la “PERSONA 1” para el resto de esta solicitud. Si solicita una exención para un dependiente, la persona que incluye a dicho dependiente en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos es quien debe completar y firmar esta solicitud.

Use su nombre legal.

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
2. Dirección residencial (Deje en blanco si no tiene una)				3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad		5. Estado	6. Código Postal	7. Condado	
8. Dirección postal ☐ (Seleccione si es la misma que la dirección residencial)				9. Número de apartamento o suite	
10. Ciudad		11. Estado	12. Código Postal	13. Condado	

Proporcione un número de teléfono para que podamos contactarlo si es necesario. No usaremos su número para nada más.

14. Número de teléfono		Mejor tiempo para llamar:	
		☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Fin de semana	
15. Otro número de teléfono (opcional)		Mejor tiempo para llamar:	
		☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche ☐ Fin de semana	
16. ¿Desea obtener información del Mercado por correo electrónico?..... ☐ Sí ☐ No			
Dirección de correo electrónico:			
17a. ¿Cuál es su idioma hablado preferido?		17b. ¿Cuál es su idioma escrito preferido?	

Opcional: Llene todos los que apliquen.

18. Si es Hispano/Latino, etnicidad:		☐ Mexicano	☐ Mexicano-Americano	☐ Chicano/a	☐ Puertorriqueño	☐ Cubano	☐ Otro		
19. Raza		☐ Blanco	☐ Negro o Afroamericano	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Filipino	☐ Japonés	☐ Coreano	☐ Indio Asiático	☐ Chino
		☐ Vietnamita	☐ Otros Asiáticos	☐ Nativos de Hawái	☐ Chamorro	☐ Samoano	☐ Otros Isleños del Pacífico	☐ Otro	



SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Paso 2: Díganos sobre su hogar fiscal y los eventos de dificultad que ha enfrentado

Solicite esta exención según la forma en que presenta su declaración de impuestos. Si tiene 21 años o más y figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, presente su propia solicitud de exención.

Incluya:

- El adulto conocido como “Persona 1,” en el Paso 1.
- Un cónyuge que está presentando impuestos conjuntamente con usted.
- Cualquier persona que Persona 1 reclame como dependiente en la declaración federal de impuestos.

No incluya:

- Cualquier persona de su hogar que presente su propia declaración de impuestos. Debe completar una solicitud de exención por separado para sí misma e incluir a todas las personas que declare en su declaración de impuestos.
- Cualquier persona que viva con usted pero que no esté (o no estará) incluida en su declaración de impuestos por el (los) año(s) que desea esta exención.

Díganos sobre su hogar familiar a efectos fiscales

Complete esta sección para cada persona incluida en su declaración federal de impuestos sobre la renta. Indique primero a la persona del Paso 1; ella es la PERSONA 1 en esta solicitud.

- ★ **Debe proveer su número de Seguro Social (SSN) si tiene uno.** Utilizamos los SSN para vincular correctamente esta solicitud con su solicitud de cobertura. Para obtener ayuda para obtener un SSN, visite [SSA.gov](https://ssa.gov), o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

PERSONA 1

1. Primer nombre		Inicial	Apellido	
2. Relación con la Persona 1	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Número de Seguro Social (SSN)		5. Sexo
USTED	/ /	- -		☐ Mujer ☐ Hombre
6. ¿Desa la exención? ☐ SÍ ☐ NO				

PERSONA 2

1. Primer nombre		Inicial	Apellido	
2. Relación con la Persona 1	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Número de Seguro Social (SSN)		5. Sexo
☐ Cónyuge ☐ Dependiente	/ /	- -		☐ Mujer ☐ Hombre
6. ¿Desa PERSONA 2 la exención? ☐ SÍ ☐ NO				

PERSONA 3

1. Primer nombre		Inicial	Apellido	
2. Relación con la Persona 1	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Número de Seguro Social (SSN)		5. Sexo
☐ Cónyuge ☐ Dependiente	/ /	- -		☐ Mujer ☐ Hombre
6. ¿Desa PERSONA 3 la exención? ☐ SÍ ☐ NO				



SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Paso 2: Díganos sobre su hogar fiscal y los eventos de dificultad que ha enfrentado (continuación)

Díganos sobre su hogar familiar a efectos fiscales

PERSONA 4

1. Primer nombre		Inicial	Apellido	
2. Relación con la Persona 1	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		4. Número de Seguro Social (SSN)	5. Sexo
☐ Cónyuge ☐ Dependiente				☐ Mujer ☐ Hombre
6. ¿Desa PERSONA 4 la exención? ☐ SÍ ☐ NO				

PERSONA 5

1. Primer nombre		Inicial	Apellido	
2. Relación con la Persona 1	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		4. Número de Seguro Social (SSN)	5. Sexo
☐ Cónyuge ☐ Dependiente				☐ Mujer ☐ Hombre
6. ¿Desa PERSONA 5 la exención? ☐ SÍ ☐ NO				

PERSONA 6

1. Primer nombre		Inicial	Apellido	
2. Relación con la Persona 1	3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		4. Número de Seguro Social (SSN)	5. Sexo
☐ Cónyuge ☐ Dependiente				☐ Mujer ☐ Hombre
6. ¿Desa PERSONA 6 la exención? ☐ SÍ ☐ NO				



SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Paso 2: Díganos sobre su hogar fiscal y los eventos de dificultad que ha enfrentado (continuación)

Díganos sobre su dificultad

Seleccione el tipo de dificultad que enfrentó su unidad familiar e indique cuándo ocurrió.

Utilice los números de identificación de las personas de la sección anterior para indicar quién experimentó dicha dificultad.

Tipo de dificultad (seleccione todas las que apliquen)	¿Quién tuvo esta dificultad?	Año para el que desea la exención (seleccione uno)	Fecha en que la dificultad terminó o terminará? (mm/dd/aaaa)	Marque si continúa
☐ 1. Desahuciado	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) [][]/[][]/[][][][] Fecha de finalización (o finalizará) [][]/[][]/[][][][]	☐ Sí ☐ No
☐ 2. Desalojo o juicio hipotecario	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) [][]/[][]/[][][][] Fecha de finalización (o finalizará) [][]/[][]/[][][][]	☐ Sí ☐ No
☐ 3. Aviso de corte del servicio de una compañía de servicios público	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) [][]/[][]/[][][][] Fecha de finalización (o finalizará) [][]/[][]/[][][][]	☐ Sí ☐ No
☐ 4. Violencia doméstica	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) [][]/[][]/[][][][] Fecha de finalización (o finalizará) [][]/[][]/[][][][]	☐ Sí ☐ No
☐ 5. Muerte de un familiar cercano	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) [][]/[][]/[][][][] Fecha de finalización (o finalizará) [][]/[][]/[][][][]	☐ Sí ☐ No
☐ 6. Desastre natural	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) [][]/[][]/[][][][] Fecha de finalización (o finalizará) [][]/[][]/[][][][]	☐ Sí ☐ No





SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Paso 2: Díganos sobre su hogar fiscal y los eventos de dificultad que ha enfrentado (continuación)

Díganos sobre su dificultad

Tipo de dificultad (seleccione todas las que apliquen)	¿Quién tuvo esta dificultad?	Año para el que desea la exención (seleccione uno)	Fecha en que la dificultad terminó o terminará? (mm/dd/aaaa)	Marque si continúa
☐ 7. Bancarrota	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) ____/____/____ Fecha de finalización (o finalizará) ____/____/____	☐ Sí ☐ No
☐ 8. Gastos médicos	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) ____/____/____ Fecha de finalización (o finalizará) ____/____/____	☐ Sí ☐ No
☐ 9. Aumentos inesperados de gastos necesarios debido al cuidado de un familiar	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) ____/____/____ Fecha de finalización (o finalizará) ____/____/____	☐ Sí ☐ No
☐ 10. Apoyo médico a un menor de edad	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) ____/____/____ Fecha de finalización (o finalizará) ____/____/____	☐ Sí ☐ No
☐ 11. Resultado de una decisión de apelación de elegibilidad	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) ____/____/____ Fecha de finalización (o finalizará) ____/____/____	☐ Sí ☐ No
☐ 12. No es elegible para Medicaid	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) ____/____/____ Fecha de finalización (o finalizará) ____/____/____	☐ Sí ☐ No





SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Paso 2: Díganos sobre su hogar fiscal y los eventos de dificultad que ha enfrentado (continuación)

Díganos sobre su dificultad

Tipo de dificultad (seleccione todas las que apliquen)	¿Quién tuvo esta dificultad?	Año para el que desea la exención (seleccione uno)	Fecha en que la dificultad terminó o terminará? (mm/dd/aaaa)	Marque si continúa
☐ 13. Plan individual fue cancelado	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) Fecha de finalización (o finalizará) 	☐ Sí ☐ No
☐ 14. Experimenta otra dificultad	☐ Todos ☐ Persona 1 ☐ Persona 4 ☐ Persona 2 ☐ Persona 5 ☐ Persona 3 ☐ Persona 6	☐ 2026 ☐ 2027	Fecha de inicio (debe ser en el pasado) Fecha de finalización (o finalizará) 	☐ Sí ☐ No

Si seleccionó la situación de dificultad número 14, explíquenos cómo esta situación le impidió a usted y/o a otras personas de su hogar obtener cobertura médica. (Límite de 700 caracteres)



SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Paso 3: Lea, imprima y firme esta solicitud

Asegúrese de completar toda la información requerida. No podemos procesar solicitudes incompletas o sin firma, ni aceptar firmas digitales.

Certifico que:

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono intencionalmente información no verdadera o falsa.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).

La PERSONA 1 debe firmar esta solicitud. La PERSONA 1 debe tener 18 años o más y figurar en el Paso 1. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que la PERSONA 1 complete y firme el formulario "Ayuda con esta solicitud" que se encuentra en la última página de este documento.

Imprima la solicitud y debe ser firmado por PERSONA 1.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Declaración de Divulgación de PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. Esta recopilación de información respalda la capacidad de un consumidor de solicitar y recibir un certificado de exención del requisito de inscribirse en la cobertura esencial mínima bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Preguntamos sobre los ingresos y otra información para informarle a qué tipo de exención puede calificar. El número de control OMB válido para esta solicitud es 0938-1190. Parte de la información que recopilamos es voluntaria, pero otra información es requerida por las disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. La información que recopilamos se mantiene privada de acuerdo con las regulaciones en 45 CFR 155.260, Privacidad y seguridad de la información de identificación personal. De conformidad con esta regulación, solo podemos usar o divulgar información de identificación personal en la medida en que dicha información sea necesaria para llevar a cabo las funciones exigidas legal y reglamentariamente. El tiempo requerido para completar esta solicitud se estima en promedio en 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la estimación de tiempo 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. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde o cómo enviar sus documentos, comuníquese con el Centro de Atención Telefónica del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [CuidadoDeSalud.gov/exemptions](https://www.CuidadoDeSalud.gov/exemptions), o llame al 1-800-318-2596. To get a copy of this form in English call 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-800-318-2596. Le proporcionaremos ayuda gratuita en su idioma. TTY 1-855-889-4325.



Paso 4: Enviar por correo la solicitud completada y documentos



Envíe por correo su solicitud firmada y copias (no envíe originales) de los documentos enumerados en la página que se imprimirá al final de esta solicitud a:

**Mercado de Seguros Médicos
Procesamiento de Exención
465 Industrial Blvd.
London, KY 40741**

¿Qué sucede después?

Lo llamaremos si necesitamos más información. Si no nos comunicamos por teléfono, le enviaremos una carta. Recibirá una carta por correo después de que procesemos su solicitud.

- Si su solicitud es aprobada, le enviaremos un Número de Certificado de Exención (ECN, en inglés) cada persona que sea aprobada para inscribirse en un plan Catastrófico.
- Si usted u otros miembros de su hogar fiscal no califican para la exención, la carta explicará el por qué.
- Si no recibe noticias nuestras dentro de los 30 días, comuníquese con el Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué sucede si pienso que los resultados de mi solicitud de exención son incorrectos?

Puede apelar.

- Debemos recibir su solicitud de apelación dentro de los 90 días posteriores a la fecha del aviso de resultados.
- Si lo desea, puede pedirle a otra persona solicite o participe en su apelación. Esa persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado u otra persona. O puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar fiscal.

Para apelar los resultados de su solicitud de exención, visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals. O llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.





SOLO PARA USO OFICIAL
Mantenga el área despejada.

Ayuda con esta solicitud

Puede seleccionar un Representante Autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en nombre suyo en relación con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla a nombre suyo. A esta persona se le conoce como "Representante Autorizado." Si en algún momento necesita cambiar o eliminar a su Representante Autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros. Esta persona será el contacto principal para su solicitud, no usted. Enviaremos todas las comunicaciones relacionadas a su solicitud a la persona que usted elija. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Primer nombre		Inicial		Apellido	
2. Dirección				3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad				5. Estado	6. Código Postal
7. Número de teléfono					
() -					
8. Nombre de la organización (si aplica)					
9. Número de ID (si aplica)					
Con su firma, usted autoriza a esta persona a firmar la solicitud, obtener información oficial sobre la solicitud y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud. La persona que firma este formulario, debe ser PERSONA 1 (de 18 años o más y figurar en el Paso 1).					
10. Firma del declarante de impuestos				11. Fecha (mm/dd/aaaa)	

Presente documentos que prueben que la persona indicada es el representante legal autorizado de la PERSONA 1 en esta solicitud. La mayoría de las personas envían una copia de uno de los siguientes documentos:

- Poder notarial (POA)
- Orden judicial o documento que acredite la tutela legal

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Primer nombre	Inicial Apellido
3. Nombre de la organización (si aplica)	
4. Número de identificación (ID) (si aplica)	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN

