



# Instrucciones para ayudarle a completar la solicitud de apelación de elegibilidad para el Mercado



## Utilice el formulario **Complete y envíe por correo el formulario de solicitud correcto para su apelación.**

### correcto para solicitar una apelación

- Utilice este formulario en los siguientes estados:
 

Arizona	Iowa	Nevada	Pennsylvania
Arkansas	Kansas	Nueva Hampshire	Carolina del Sur
Delaware	Kentucky	Nuevo Mexico	Dakota del Sur
Florida	Maine	Carolina del Norte	Texas
Georgia	Michigan	Dakota del Norte	Utah
Hawaii	Mississippi	Ohio	Wisconsin
Illinois	Missouri	Oklahoma	
Indiana	Nebraska	Oregon	
- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals) para:
  - Obtener un formulario de solicitud de apelación para otros estados.
  - Obtener más información sobre las apelaciones del Mercado.
- Si usted tiene una necesidad inmediata de servicios de salud y un retraso podría comprometer seriamente su salud, puede solicitar una revisión de apelación acelerada (más rápida). (Vea el paso 5).
- El formulario para apelar la elegibilidad del Mercado está disponible en español. Para más información visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals).
- Para apelar la elegibilidad del Programa de Opciones de Salud de Pequeños Negocios (SHOP, por su sigla en inglés), visite [CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/choose-and-enroll/appeal-a-shop-decision](http://CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/choose-and-enroll/appeal-a-shop-decision).



## Plazo para solicitar una apelación

Si usted aplicó en uno de los estados mencionados anteriormente, debe presentar su solicitud de apelación **dentro de los 90 días** de la fecha en la notificación de determinación de elegibilidad del Mercado que está apelando.



## Cómo enviar este formulario

Ingrese su información directamente, luego imprima su formulario completado. O, imprima un formulario en blanco para rellenar a mano utilizando tinta negra o azul oscuro. Firme el formulario completado y envíelo por correo junto con cualquier documentos de respaldo a:

**Mercado de Seguros Médicos**  
**Attn: Apelaciones**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0061**

Usted también puede enviar el formulario por fax a la línea de fax segura: **1-877-369-0130**. Usted recibirá toda correspondencia futura sobre esta apelación del Centro de Apelaciones del Mercado. El Centro de Apelaciones del Mercado es diferente al Mercado de Seguros Médicos.



## ¿Qué pasará a continuación?

- Le enviaremos un aviso informándole que recibimos su solicitud de apelación. Si hay un problema, como si falta información o necesitamos aclaración, le diremos lo que falta y cómo usted puede proporcionar información adicional.
- Revisaremos su apelación, incluyendo toda la documentación que ha proporcionado. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitar información adicional o para hablar acerca de su apelación.
- Es posible que le preguntemos si usted desea resolver su apelación de manera informal. Si está satisfecho(a) con su resolución informal, obtendrá una decisión de resolución informal por correo.
- Si usted no está satisfecho(a) con su resolución informal, puede solicitar una audiencia para su apelación. La mayoría de las audiencias se realizan por teléfono. Si no asiste a su audiencia, su apelación será desestimada.
- Después de su audiencia, obtendrá una decisión de apelación final.



## Ayuda adicional

### Servicios de asistencia lingüística

Si necesita ayuda con su apelación en un idioma que no sea inglés, usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-855-231-1751. 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

Para solicitar formularios y avisos en un formato alternativo como braille, letra grande, disco compacto de datos, o para solicitar un lector calificado, puede llamar al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-739-2231. 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). También puede hacer una solicitud por escrito por fax (1-877-360-0130) o por correo (Centro de Apelaciones del Mercado, P.O. Box 311, Pittston, PA 18640). Las acomodaciones están disponibles y proporcionadas sin costo alguno para usted.

Para presentar su solicitud de apelación, consulte "Cómo enviar este formulario" en la página 1 de estas instrucciones.



## Elija a un representante autorizado

Usted tiene el derecho de elegir a un representante autorizado para ayudarle con su apelación. Ésta es una persona de confianza que tiene su permiso para hablar con nosotros acerca de su apelación, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con su apelación, incluyendo obtener información sobre usted y firmar su solicitud de apelación en su nombre.

Para nombrar a un representante autorizado, complete y envíe por correo el formulario "Asignación de un representante autorizado para mi apelación", disponible en [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/getting-help](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/getting-help). Usted también puede llamar al Centro de Apelaciones del Mercado para solicitar este formulario. Incluso si ya ha completado un formulario de representante autorizado para su solicitud del Mercado, debe completar un formulario adicional para esta apelación.



## Preguntas

Si su estado no aparece en la lista anterior o para saber más sobre su apelación, llame al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-739-2231. 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).

### Declaración de la ley de privacidad

El Mercado de Seguros de Salud 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 para recopilar la información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluyendo los números del Seguro Social, en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley pública No. 111-148), según enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de Salud y Educación de 2010 (Ley pública No. 111-152), implementando regulaciones en 45 CFR parte 155, sub parte F, y la Ley de Seguro Social. Para mayor información acerca de la privacidad y seguridad de su información, visite [cuidadodesalud.gov/privacy](https://www.cuidadodesalud.gov/privacy).

### Prohibición contra la discriminación

El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios, o discrimina en contra de personas debido a su raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo, 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.



Para ayudar al Centro de Apelaciones del Mercado a procesar su apelación, consulte la siguiente tabla sobre los tipos de documentos que debe presentar con su solicitud de apelación. **Envíe copias y no documentos originales, ya que sus documentos originales no serán devueltos.** Escriba su nombre y apellido en cualquier documento que envíe con su solicitud de apelación.

Razón por la cual está apelando	Ejemplos de documentos que puede incluir para respaldar su solicitud de apelación
Perdió asistencia financiera para su cobertura del Mercado porque el Mercado le dijo que usted no presentó documentos que demuestran los ingresos de su hogar.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaraciones de impuestos (por ejemplo, 1040, 1040A, 1040EZ)</li><li>• Talonarios de pago, los W-2 o los 1099</li><li>• Libros de trabajo por cuenta propia (incluyendo el nombre de la persona que gana el ingreso, el nombre de la empresa, las fechas en las cuales se reciben los ingresos y la cantidad neta de ganancias o pérdidas)</li><li>• Declaraciones de beneficios del Seguro Social</li></ul>
Perdió asistencia financiera para su cobertura del Mercado porque el Mercado le dijo que usted no presentó documentos que demuestran que no era elegible para otros tipos de cobertura de salud.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicaid - carta de la agencia de Medicaid de su estado o el Programa de Seguros Médicos para los Niños (CHIP, por su sigla en inglés) declarando que usted no es elegible para Medicaid o CHIP</li><li>• Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por su sigla en inglés) - carta del Departamento de Asuntos de los Veteranos declarando que no está inscrito(a) en cobertura de salud</li><li>• Cobertura de empleador (incluyendo COBRA) - carta de la compañía de seguros de salud o del empleador indicando que no era elegible o mostrando información de terminación</li><li>• TRICARE - carta de la Agencia de Salud del Departamento de Defensa que declara que usted no es elegible para la cobertura de salud</li><li>• Cuerpo de Paz - carta del Cuerpo de Paz indicando que usted no es elegible para la cobertura de salud</li><li>• Medicare - carta del Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por su sigla en inglés) o de la Administración del Seguro Social (SSA, por su sigla en inglés) indicando que usted no es elegible para Medicare</li></ul>
Perdió su cobertura porque el Mercado le dijo que usted no presentó documentos que demuestran su ciudadanía o su estado migratorio.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tarjeta de residente permanente (I-551)</li><li>• Tarjeta de autorización de empleo (I-766)</li><li>• Pasaporte de los Estados Unidos o extranjero no expirados</li><li>• Licencias de conducir o identificación estatal junto con certificado de nacimiento de los Estados Unidos</li><li>• Aviso de acción (I-797)</li><li>• Registro de salida (I-94)</li><li>• Certificado de ciudadanía (N-560 / N-561)</li><li>• Tarjeta de indígena (I-872)</li><li>• Registros escolares mostrando el nombre del niño y el lugar de nacimiento en los Estados Unidos junto con identificación escolar con foto del individuo</li></ul>
El Mercado le dijo que usted no era elegible para inscribirse o cambiar planes a través del Mercado fuera del período de inscripción abierta.	<p>La razón por la cual usted cree que se le debe permitir inscribirse es porque:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Perdió o está perdiendo cobertura - carta de la compañía de seguros, o la agencia que administró el seguro, mostrando el último día de cobertura</li><li>• Se le negó el programa Medicaid o el Programa de Seguros Médicos para los Niños (CHIP, por su sigla en inglés) - carta de denegación o terminación de la agencia de Medicaid de su estado</li><li>• Se casó - certificado de matrimonio, licencia de matrimonio o declaración jurada firmada</li><li>• Tuvo un bebé, adoptó o colocó a un niño para el cuidado de crianza temporal - certificado de nacimiento, registros hospitalarios, certificado de adopción, orden de manutención de menores, o orden judicial</li><li>• Se mudó permanentemente - licencia de conducir, identificación del estado, contrato de arrendamiento, recibo de pago de hipoteca o factura de servicios públicos</li></ul>



# Solicitud de apelación de elegibilidad del Mercado

Ingrese su información directamente, luego imprima y firme su formulario completado. O, imprima un formulario en blanco para rellenar con tinta negra o azul oscuro. Utilice letras mayúsculas y rellene los círculos (○) de esta forma →●. 11/2018  
Formulario aprobado

## PASO 1: Díganos sobre la persona que está solicitando esta apelación (también llamado el apelante).

<b>1. Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<b>Apellido</b>	<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> / /
<b>Dirección postal</b>	<b>Número de apartamento o suite</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b> <b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono durante el día</b> (      )      -	

**Si otros miembros de su hogar están apelando, escriba sus nombres y fechas de nacimiento a continuación.**

Use papel extra, si es necesario. Nota: El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar, incluso si no apelan sus propias determinaciones de elegibilidad.

<b>2. Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<b>Apellido</b>	<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> / /

<b>3. Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<b>Apellido</b>	<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> / /

<b>4. Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<b>Apellido</b>	<b>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> / /

## PASO 2: Recordatorios Electrónicos.



¿Desea recibir actualizaciones acerca de su apelación del Centro de Apelaciones del Mercado por correo electrónico o mensajes de texto? Si es así, seleccione el método de comunicación preferido (las notificaciones no incluirán información de salud personal).

Obtenga recordatorios de su apelación con:

Texto al número de teléfono móvil

Número de teléfono móvil:

(            )            -

Para obtener información acerca de la privacidad de los recordatorios electrónicos, visite: [ciudadodesalud.gov/es/privacy](http://ciudadodesalud.gov/es/privacy)

Correo electrónico (Recuerde revisar su carpeta de correo no deseado (spam))

Dirección de correo electrónico:

No quiero recordatorios

## PASO 3: Díganos por qué está apelando.

¿Cuál es la fecha del aviso que está apelando?  
(dd/mm/aaaa)

/            /

Ingrese el número de identificación de la solicitud del Mercado asociado con el aviso de elegibilidad que el apelante está apelando. Cada solicitud del Mercado tiene un número de identificación única o número de identificación de solicitud.

Marque cada opción que corresponda con la razón por la cual usted o a alguien en su hogar esta apelando.

- El Mercado determinó que no era elegible para la cobertura.
- Perdí la asistencia financiera para mi cobertura del Mercado, también llamada pagos de crédito fiscal anticipados de la prima o las reducciones de costos compartidos.
- Estoy en desacuerdo con la cantidad de asistencia financiera (pagos de crédito fiscal anticipados de la prima o las reducciones de costos compartidos) por la cual me encontraron elegible.
- El Mercado determinó que no era elegible para inscribirme o cambiar planes a través del Mercado fuera de un período de inscripción abierta.
- Solicité una exención de la tarifa por no tener cobertura de salud y el Mercado dijo que no calificué para una exención.
- El Mercado no proporcionó una determinación de elegibilidad de manera oportuna después que solicité la cobertura.  
Ingrese la fecha de su solicitud, si tiene esta información (dd/mm/aaaa)

/            /

Si usted no seleccionó una razón para su apelación, por favor proporcione información sobre su apelación en el paso 4.





## PASO 6: Firma.

Esta información se aplica a todas las personas que firmen a continuación y que tengan 18 años o más.



### Su aprobación para permitir que el Mercado comparta la información de impuestos federales y la información de la Administración del Seguro Social para su uso durante una apelación.

Durante su apelación, es posible que tengamos que compartir con usted o con su representante autorizado la información que el Mercado usó para determinar su elegibilidad. Esta información puede incluir información sobre ingresos de empleo de una agencia de informes de consumidores, información sobre los 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. El Mercado no puede compartir la información sobre impuestos federales ni la información mensual y anual del beneficio del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social de la Administración del Seguro Social a un representante autorizado u otras personas 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 los individuos, cuyas firmas se proporcionan a continuación, así como cualquier representante autorizado, cualquier información de impuestos federales en mi registro de elegibilidad que fue proporcionada por el Servicio de Impuestos Internos. También doy mi consentimiento a la divulgación en el Mercado de mi información mensual y anual del beneficio del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social a estos mismos individuos junto con otra información en mi registro de elegibilidad del Mercado, recopilada en base a la solicitud que llené (o se completó para mí) o que me enumeró como un miembro del hogar, y de otras fuentes de datos como la verificación de ingresos y el empleo de una agencia de informes del consumidor que se utilizaron para hacer la determinación de elegibilidad del Mercado.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi registro de apelación de elegibilidad del Mercado durante el proceso de apelaciones.

Cada miembro adulto del hogar debe consentir a la divulgación de su propia información de impuestos federales y también consiente 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 antes de:

- La resolución de la apelación; o
- Mi notificación por escrito de que quiero que cualquier o todos mis representantes autorizados sea(n) removido(s) de esta apelación.

Estoy firmando este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado verdaderas respuestas a todas las preguntas, y he respondido a mi leal saber. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proveo información falsa.

### Firma

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

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

/ /

### Firmas de cada persona que usted enumeró en el Paso 1, mayores de 18 años

#### 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)

/ /



**PASO 6: Firma (Continuación).**

Esta información se aplica a todas las personas que firmen a continuación y que tengan 18 años o más.

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

**Firma**

**Fecha (dd/mm/aaaa)**

/ /

**Firmas de cualquier otro miembro del hogar que aparece en la solicitud para la cobertura del Mercado**

Incluso si no están incluidos en esta apelación, cada miembro adulto del hogar de 18 años o más debe consentir en la divulgación de su propia información de impuestos federales y también consentir en la publicación de la información mensual y anual del beneficio del Seguro Social bajo Título II de la Ley del Seguro Social, mediante la firma a continuación.

**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)**

/ /