

# Instrucciones para ayudarlo a completar la Solicitud de Apelación de Elegibilidad del Mercado

Formulario Aprobado

OMB No. 0938-1213

Formulario de Solicitud de Apelación  
- Individual D

## Use el formulario adecuado para solicitar una apelación

Complete y envíe por correo el formulario de solicitud adecuado para su apelación.

- Use este formulario en los siguientes estados:
 

Alabama	Louisiana	Tennessee
Alaska	Montana	West Virginia
Arkansas	New Jersey	Wyoming
- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/) para:
  - Obtenga un formulario de solicitud de apelación para otros estados.
  - Aprenda más sobre apelaciones en el Mercado.
- Si tiene una necesidad inmediata de servicios médicos y una demora podría poner en peligro su salud, puede solicitar una revisión acelerada (rápida) de la apelación. **Consulte la Sección 4.**
- 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 para los Pequeños Negocios (SHOP), 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/).



## Período de Tiempo para solicitar una apelación

Si solicitó para uno de los estados mencionados anteriormente, debe enviar su solicitud de apelación **en un plazo de 90 días** desde la fecha de su aviso de Resultados de Elegibilidad del Mercado.



## Cómo enviar este formulario

Ingrese su información directamente e imprima el formulario completado. O imprima el formulario en blanco y complételo usando tinta negra o azul.

Firme el formulario y envíelo a:

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

También puede enviar el formulario a una línea segura de fax: **1-877-369-0130**.

Recibirá toda la correspondencia futura sobre esta apelación del Centro de Apelaciones del Mercado. El Centro de Apelaciones del Mercado no es el Mercado de Seguros Médicos.



## ¿Qué ocurre después?

1. Le enviaremos un aviso para informarle que recibimos su solicitud de apelación. En caso de que haya un problema, por ejemplo si falta información o si necesitamos alguna aclaración, le diremos qué falta y cómo puede brindar información adicional.
2. Revisaremos su apelación, incluso toda la documentación que proporcionó. Es posible que lo contactemos para solicitar información adicional o para discutir su apelación.
3. Es posible que le preguntemos si desea resolver su apelación de manera informal. Si está satisfecho con su resolución informal, recibirá una decisión de resolución informal por correo.
4. Si no está satisfecho con su resolución informal, puede pedirnos que programemos una audiencia para su apelación. La mayoría de las audiencias se realizan por teléfono. Si no asiste a su audiencia, su apelación será descartada.
5. Después de su audiencia recibirá una decisión de apelación final.



## Ayuda adicional

### Servicios de Ayuda de Idioma

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

### Accesibilidad

Para solicitar este formulario en un formato alternativo como Braille, letra grande, Disco Compacto (CD) de datos o audio o para solicitar un lector cualificado, 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 Audiencias e Investigaciones (OHI), Attn: Equipo de Formato Alternativo de CMS, 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 apelación, consulte "Cómo enviar este formulario" en la página 1 de estas instrucciones. Si envía su solicitud de apelación a la dirección del Equipo de Formato Alternativo, es posible que tenga un retraso en el procesamiento de su apelación.



## Elija un representante autorizado

Usted tiene el derecho de elegir un representante autorizado para ayudarlo con su apelación. Esta es una persona de confianza que tiene su permiso para hablar con nosotros sobre su apelación, consultar su información y actuar por usted en temas relacionados con su apelación, incluso para obtener información suya y firmar su solicitud de apelación en su nombre.

Para designar a un representante autorizado, complete y envíe el formulario "Designar a un representante autorizado para mi apelación", disponible en [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/getting-help/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/getting-help/). También puede llamar al Centro de Apelaciones del Mercado para solicitar este formulario. Aunque haya completado un formulario de representante autorizado para su solicitud del Mercado, debe completar otro para su apelación.



## Preguntas

Si su estado no se encuentra en la lista de arriba, o para saber más sobre su apelación, llame al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-855-739-2231. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 8:30 p.m. Hora del Este (ET); y sábados de 10 a.m. a 5:30 p.m. ET.

### 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. **\*\* Descargo de Responsabilidad de CMS \*\* Por favor no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, expedientes médicos o cualquier documento que contenga información confidencial a la Oficina de Reducción de Trámites PRA. tenga en cuenta que cualquier correspondencia no asociada con la recopilación de información aprobada bajo el número de control asociado (OMB) con este formulario, no será revisado, enviado o retenido. Si tiene preguntas o inquietudes sobre dónde enviar sus documentos, comuníquese con el Centro de Apelaciones del Mercado.**

### Privacidad y Uso de Su Información

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.CuidadoDeSalud.gov/es/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, subparte 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.CuidadoDeSalud.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.







## SECCIÓN 5: Firma

Esta información es para todas las personas que firman a continuación y tienen 18 años o más.

### Su aprobación para permitir que el Mercado comparta información tributaria federal e información de la Administración del Seguro Social para usar durante una apelación.

Durante su apelación, 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 Impuestos Internos 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 Impuestos Internos. 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.

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

Al firmar a continuación, cada miembro adulto del hogar da su consentimiento para la divulgación de su información tributaria federal y también para la divulgación de su información mensual y anual de Beneficios del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social.

La autorización es válida hasta que ocurra una de las siguientes situaciones:

- La resolución de la apelación; o
- Mi notificación escrita de que quiero que saquen a uno o todos mis representantes autorizados de esta apelación.

Firmo este formulario bajo protesta de decir la verdad, lo que significa que brindé respuestas verdaderas a todas las preguntas y respondí según mi leal saber y entender. Comprendo que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si brindo información falsa.

### Firma

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

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/			/				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

### Firmas de todas las personas de 18 años o más incluidas en la Sección 1

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

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/			/				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

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

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/			/				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

## SECCIÓN 5: Firma (continuación)

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

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/				/						
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

**Firmas de otros miembros del hogar listados en la solicitud de cobertura del Mercado**

Aunque no estén incluidos en esta apelación, cada miembro adulto de la casa que tenga 18 años o más debe estar de acuerdo con la divulgación de su propia información tributaria federal y también consentir la comunicación mensual y anual del Beneficio del Seguro Social en el marco del Título II de la Ley del Seguro Social mediante su firma a continuación.

5. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/				/						
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

6. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/				/						
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

7. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/				/						
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

8. Nombre impreso (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

			/				/						
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--