Mercado de Seguros Médicos

OMB Exempt

# Solicitud de apelación de elegibilidad del Mercado

- Envíe este formulario **dentro de los 90 días** a partir de la fecha del aviso de elegibilidad del Mercado que usted está apelando.
- Incluya cualquier documento que tenga para respaldar su apelación (Paso 6).
- Asegúrese que el declarante de impuestos en la solicitud del Mercado firme el formulario (Paso 7).

**Persona rellenando este formulario:**

**Primer nombre:**

**Apellido:**

## PASO 1 ¿De quién es la elegibilidad que se está apelando?

Incluya solamente a las personas en su solicitud del Mercado de Seguros Médicos cuya elegibilidad está siendo apelada.

**Primera persona**

**Primer nombre:**

**Apellido:**

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):**

**Correo electrónico:**

**Número de teléfono durante el día:**

**Dirección postal:**

**Número de apartamento o suite:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código postal:**

**Segunda persona**

**Primer nombre:**

**Apellido:**

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):**

**Correo electrónico:**

**Tercera persona**

**Primer nombre:**

**Apellido:**

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):**

**Correo electrónico:**

**Cuarta persona**

**Primer nombre:**

**Apellido:**

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):**

**Correo electrónico:**

# PASO 2 Razón por la apelación

Número de identificación de la solicitud # (que puede encontrar en la primera página del aviso de elegibilidad del Mercado):

**Fecha del aviso (mm/dd/aaaa**):

**¿Qué decisión(es) del Mercado está apelando?** *(Seleccione todas las que correspondan)*

- ☐ El Mercado determinó que no soy elegible para comprar un plan del Mercado.
- ☐ El Mercado determinó que no soy elegible para ayuda financiera con los costos del Mercado (incluyendo créditos tributarios de la prima o reducciones de costos compartidos).
- ☐ No estoy de acuerdo con el monto de la ayuda financiera para el cual el Mercado determinó que soy elegible.
- ☐ El Mercado determinó que no soy elegible para un Período Especial de Inscripción para inscribirme o cambiar mi plan del Mercado.
- ☐ El Mercado determinó que no soy elegible para un plan catastrófico.
- ☐ El Mercado determinó que no soy elegible para Medicaid o el Programa de Seguros Médicos para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés).

  **NOTIFICACIÓN:** Usted también puede apelar una denegación de elegibilidad para Medicaid o CHIP a través de su estado, en lugar del Centro de Apelaciones del Mercado. Este proceso puede ser más rápido.
  **¿Desea apelar a través de su estado?** ☐ **Sí**
- ☐ El Mercado determinó que no soy elegible para una exención del requerimiento de tener seguro médico.
- ☐ Deseo apelar otra decisión no enumerada:

**Explique por qué usted cree que la decisión del Mercado es incorrecta.**

Si usted está presentando esta apelación más de 90 días después de la fecha en el aviso de elegibilidad del Mercado que usted está apelando, por favor también explique la demora en presentar su apelación.

## PASO 3 ¿Necesita acelerar ("seguimiento rápido") su apelación debido a razones médicas?

Si usted cree que el esperar por una decisión a través del proceso convencional puede poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar una apelación acelerada (seguimiento rápido). (Por ejemplo, si usted está actualmente en el hospital o necesita medicamentos con urgencia).

¿Necesita acelerar su apelación?

☐ No.

☐ Sí. Por favor explique la razón por la cual necesita una apelación acelerada.

## PASO 4 Reciba actualizaciones electrónicas (opcional)

Reciba actualizaciones sobre su apelación del Centro de Apelaciones del Mercado. Las notificaciones no incluirán información de salud personal.

Texto al número de teléfono móvil:

Correo electrónico:

# PASO 5 Designación de un representante autorizado (opcional)

Usted puede elegir que alguien de confianza (como un familiar, amigo, portavoz o abogado) actúe en su nombre para su apelación al darle autorización a esta persona para ser su representante autorizado(a).

Si usted designa un representante autorizado, el mismo será el contacto principal durante su apelación. Todas las comunicaciones sobre su apelación (incluyendo los correos electrónicos y recordatorios de texto) se enviarán a su representante autorizado, no a usted.

¿Desea designar un representante?

☐ **No. Proceda al paso 6.**

☐ **Sí. Rellene la sección a continuación.** Si cambia de opinión, usted debe llamar o escribir al Centro de Apelaciones del Mercado para remover a su representante autorizado.

---

**Primer nombre:**

**Apellido:**

**Fecha de nacimiento:**

**Correo electrónico:**

**Número de teléfono durante el día:**

**Dirección postal:**

**Número de apartamento o suite:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código postal:**

**Nombre de la organización:**

**Número de identificación (si corresponde):**

**Texto al número de teléfono móvil (opcional):**

**Enviar actualizaciones por correo electrónico a (opcional):**

---

Firme a continuación para darle permiso a la persona enumerada en esta sección para firmar su solicitud de apelación, obtener información oficial sobre su apelación y actuar en su nombre durante su apelación.

**Nombre impreso (Primer nombre, apellido)**

**Firma**

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

# PASO 6 Envíe documentos para respaldar su apelación (opcional)

Es posible que desee enviar documentos con su solicitud para ayudar a comprobar por qué usted cree que la decisión del Mercado era incorrecta. Envíe cualquier documento que crea que ayudará a su caso.

- Estos podrían ser documentos como declaraciones de impuestos, talones de pagos, formularios W-2, pasaportes, u otros documentos que muestran sus ingresos o que comprueban otra información.
- Vea una lista completa de documentos aceptables en CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information/documents-and-deadlines/.
- Envíe copias, no originales, ya que no se devolverán sus documentos.

**¿Está apelando una decisión del Mercado debido a la falta de información sobre sus impuestos?**

Envíe una transcripción de registro de cuenta y una copia del formulario 8962 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), si lo presentó. Visite, irs.gov/es/individuals/get-transcript o llame al IRS al 1-800-908-9946 para obtener estos documentos. **Solicitar su transcripción en línea es la manera más rápida.**

# PASO 7 Firma

**Firme a continuación para permitir que el Mercado comparta la información de impuestos federales e información de la Administración del Seguro Social para su uso durante una apelación.**

Durante su apelación, es posible que necesitemos compartir con usted o con su representante autorizado la información que el Mercado utilizó 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 sobre 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, recopilada en base a la solicitud que completé (o fue completada para mí), o 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.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente de apelación de elegibilidad del Mercado durante el proceso de apelación. Cada miembro adulto del hogar debe consentir a la divulgación de su propia información de impuestos federales y también consentir a la divulgación de la información de 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 la resolución de la apelación; o mi notificación por escrito de que deseo 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 respuestas verdaderas a todas las preguntas, y he respondido a mi leal saber. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa.

**Firma del declarante de impuestos enumerado en su solicitud del Mercado (incluso si no está apelando)**

**Nombre impreso (Primer nombre, apellido)**

**Firma**

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

# PASO 8 Cómo enviar su apelación

**Firme el formulario completado y envíe sus documentos ya sea:**

- **Por correo:** Mercado de Seguros Médicos
  Attn: Apelaciones
  465 Industrial Blvd.
  London KY 40750-0061
- **Por fax seguro:** 1-877-369-0130

**Le enviaremos un aviso informándole que recibimos su solicitud de apelación e información adicional sobre el proceso de apelación dentro de 7-10 días.**

---

**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 sus siglas en inglés).

**La privacidad y el uso de su información**
El Mercado de Seguros Médicos 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. 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 sus siglas 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.

**Prohibición contra la discriminación**
El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega los beneficios o discrimina de otra manera a cualquier persona por motivos de raza, color, nacionalidad, incapacidad, sexo o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por alguna de estas razones, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints (en inglés), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos/200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, DC 20201.

**Accesibilidad**
Usted tiene derecho a recibir información 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 información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

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

**This Notice has Important Information.** This notice has important information about your Marketplace eligibility appeal. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1-855-231-1751 and tell the agent the language you need and you'll be connected with an interpreter.

**العربية (Arabic) هذا الإشعار به معلومات هامة.** هذا المعلومات به معلومات هامة عن جاذبيتك للأهلية في السوق. ابحث عن التواريخ الأساسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى اتخاذ إجراء بحلول مواعيد نهائية معينة. لديك الحق في الحصول على هذا المعلومات والمساعدة بلغتك دون تكلفة. اتصل برقم 1-855-231-1751 وأخبر المندوب باللغة التي تحتاجها وسيتم الاتصال بك بحضور مترجم.

**中文 (Chinese) 本通知包含重要資訊。本通知包含與您的** Marketplace **資格申訴相關的重要信息。 請在此通知中**查找關鍵日期。**您**可能需要在一定的截止日期前採取行動。**您有權免費獲取此資訊及以您的語言提供的幫助。**請致電 1-855-231-1751 **并將您**所需要的語言告訴代理，**會有譯員與您**聯絡。

**Français (French) Cet avis contient des informations importantes.** Cet avis contient des informations importantes sur l'appel que vous avez fait au sujet de votre admissibilité au Marché de l'assurance santé. Vérifiez les dates clés dans cet avis. Il se peut que vous ayez des démarches à entreprendre avant certaines dates. Vous pouvez obtenir ces informations ainsi que de l'aide dans votre langue gratuitement. Appelez le 1-855-231-1751 et dites à l'agent la langue souhaitée, on vous mettra alors en contact avec un(e) interprète.

**Kreyòl (French Creole) Avi sa a gen Enfòmasyon Enpòtan ladan.** Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan ladan konsènan kontestasyon kalifikasyon pou Mache ou a. Chèche dat kle yo ki nan avi sa a. Ou ka bezwen aji avan sèten dat limit. Ou gen dwa pou jwenn enfòmasyon sa a ak èd nan lang ou gratis. Rele 1-855-231-1751 epi di ajan an ki lang ou bezwen epi y ap mete ou an kontak ak yon entèprèt.

**Deutsch (German) Dieser Hinweis enthält wichtige Information.** Dieser Hinweis enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Berufung von Anspruchsberechtigung bei Marketplace. Suchen Sie in diesem Hinweis nach den relevanten Daten. Behalten Sie Fristen im Auge. Ein kostenloser Service bei dem Sie Informationen und Hilfe in Ihrer Muttersprache erhalten steht Ihnen unter der Nummer 1-855-231-1751 zur Verfügung. Rufen Sie an und geben Sie Ihre Muttersprache an. Sie werden daraufhin mit einem Dolmetscher verbunden.

**ગુજરાતી (Gujarati) આ નોટિસ માં અગત્યની માહિતી છે.** આ નોટિસમાં તમારી માર્કેટપ્લેસ અપીલ વિશે અગત્યની માહિતી છે. આ નોટિસમાં રહેલી મહત્વની તારીખો જુઓ. તમારે અમુક ડેડલાઈન્સ સુધીમાં ચોક્કસ પગલાં લેવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ પ્રકારના ખર્ચા વિના આ માહિતી મેળવવાનો અને તમારી ભાષામાં મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-855-231-1751 પર કોલ કરો અને એજન્ટને તમને જોઈતી ભાષા વિશે કહો. તમારો સંપર્ક તરત જ એક દુભાષિયા સાથે કરાવવામાં આવશે.

**Italiano (Italian) Questo avviso contiene informazioni importanti.** Questo avviso contiene informazioni importanti relative all'appello da lei presentato a Marketplace circa la sua idoneità. Cerchi nell'avviso le date chiave: potrebbe esserle richiesto di agire entro certe scadenze. Lei ha diritto a ricevere gratuitamente aiuto e spiegazioni nella sua lingua. Chiami il numero 1-855-231-1751 e dica all'operatore la lingua di cui ha bisogno; l'operatore la metterà in contatto con un interprete.

**日本語 (Japanese) 本通知**には**重要な情報**が**含まれて**います。**本通知**には、 Marketplace **資格申立**に**関**する重要な**情報**が**含**まれています。**本通知内**の主な日付を確認してください。指定された日付に申立を行う必要があります。あなたは、本情報を取得する**権**利があり、無料の言語**翻訳**サービスを受けることができます。**1-855-231-1751** にお**電話**いただければ、 あなたの**国**の言語で話すことができる通**訳**者につながります。

**한국어 (Korean)** 이 통지에는 중요한 정보가 있습니다. 이 통지에는 마켓플레이스 적격성 항소에 대한 중요한 정보가 있습니다. 이 통지서에서 중요한 날짜를 찾으십시오. 일정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하는 이 정보를 얻고 무료로 언어 도움을 받을 수있는 권리가 있습니다. **1-855-231-1751** 로 전화하여 상담원에게 필요한 언어를 알려 주시면 통역사와 연결됩니다.

**Polski (Polish) To zawiadomienie zawiera ważne informacje.** To zawiadomienie zawiera ważne informacje na temat Państwa odwołania w kwestii kwalifikowalności na Marketplace. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty w tym zawiadomieniu. Być może będą Państwo musieli podjąć jakieś działania w określonych terminach. Mają Państwo prawo do uzyskania tej informacji w swoim języku bez ponoszenia dodatkowych kosztów. Prosimy o telefon pod numer 1-855-231-1751, aby porozmawiać z naszym przedstawicielem i powiedzieć, o jaki język chodzi, a zostaniecie Państwo połączeni z tłumaczem.

**Português (Portuguese) Este comunicado contém informações importantes.** Este comunicado contém informações importantes sobre o seu pedido de notificação de elegibilidade do Marketplace. Procure datas importantes neste aviso. Talvez você precise tomar medidas de acordo com determinados prazos. Você tem o direito de obter essas informações e conseguir ajuda, sem custo algum, no seu próprio idioma. Ligue para 1-855-231-1751 e informe o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita para que você seja conectado com um intérprete.

**Русский (Russian) В этом уведомлении содержится важная информация.** В этом уведомлении содержится важная информация о Вашей апелляции относительно соответствия требованиям системы Marketplace. Найдите важные даты в этом уведомлении. Возможно, Вам нужно предпринять действия к определенному сроку. У Вас есть право получить эту информацию и помощь на Вашем родном языке бесплатно. Позвоните по номеру 1-855-231-1751 и сообщите агенту, какой язык Вам нужен, и Вас соединят с переводчиком.

**Español (Spanish) Este Aviso contiene Información Importante.** Este aviso tiene información importante acerca de su apelación de elegibilidad del Mercado. Preste atención a las fechas importantes que aparecen en este aviso. Es posible que deba tomar acción dentro de ciertos plazos. Usted tiene derecho a recibir esta información y asistencia en su idioma sin costo alguno. Llame al 1-855-231-1751 e indique al agente el idioma que necesita y lo pondrán en comunicación con un intérprete.

**Tagalog (Tagalog) Ang Abisong Ito ay May Mahalagang Impormasyon.** Ang abisong ito ay may mahalagang impormasyon tungkol sa apela mo sa pagiging nararapat sa Marketplace. Maghanap ng mga pangunahing petsa sa abisong ito. Maaaring kailanganin mong kumilos bago sumapit ang mga partikular na deadline. May karapatan kang makuha ang impormasyong ito sa wika mo ng wala kang gagastusin. Tumawag sa 1-855-231-1751 at sabihin sa agent ang kailangan mong wika at ikokonekta ka sa tagapagsalin ng wika.

**Tiếng Việt (Vietnamese) Thông Báo Này có chứa Thông Tin Quan Trọng.** Thông báo này có thông tin quan trọng về kháng cáo tính đủ điều kiện của Thị Trường. Tìm những ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể cần phải thực hiện theo thời hạn nhất định. Quý vị có quyền nhận thông tin này và nhận được trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị. Vui lòng gọi số 1-855-231-1751 và báo cho đại l biết ngôn ngữ quý vị cần và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.