

Mercado de Seguros Médicos

**Formulario de solicitud de apelación del Mercado**

- Incluya cualquier documento que tenga para respaldar su apelación (Paso 4).
- Asegúrese que todos los declarantes de impuestos en la solicitud firmen el formulario (Paso 6).
- **Envíe este formulario por fax o por correo dentro de 90 días de la fecha del aviso de determinación de elegibilidad del Mercado que usted está apelando.**

Persona rellenando este formulario: Primer nombre

Apellido

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

Incluya en su solicitud **SOLAMENTE** a las personas cuya elegibilidad está siendo apelada. (Use papel adicional para agregar más nombres)

**Primera persona en la apelación**

Nombre de la primera persona en la apelación

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / 

Número de teléfono durante el día

(  )  

Dirección postal

Número de apartamento o suite

Ciudad

Estado

Código postal

**Segunda persona en la apelación**

Primer nombre de la segunda persona

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / **Tercera persona en la apelación**

Primer nombre de la tercera persona

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / **Cuarta persona en la apelación**

Primer nombre de la cuarta persona

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  /

**PASO 2 Razón para la apelación**

Número de identificación de la solicitud#  
(imprimido en la primera página del aviso de elegibilidad del Mercado)

Fecha en el aviso (dd/mm/aaaa)

 /  / 

**En ciudadosalud.gov usted indicó que está apelando debido a que perdió su elegibilidad para asistencia financiera por falta de o información incorrecta acerca de sus impuestos. ¿Qué oración mejor explica su situación?**

- Mi hogar presentó una declaración de impuesto federal Y el formulario 8962 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por su sigla en inglés) para cada año que alguien recibió pagos de crédito fiscal anticipados de la prima (APTC, por su sigla en inglés)
- Mi hogar presentó una declaración de impuesto federal, pero no presentó el formulario 8962 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por su sigla en inglés)
- Mi hogar no presentó una declaración de impuesto federal
- Otro:

**Explique porque usted cree que la decisión del Mercado de terminar su asistencia financiera es incorrecta.**

Si usted está apelando un aviso de elegibilidad del Mercado con fecha de más de 90 días antes de la fecha de hoy, por favor explique también la razón del retraso en la presentación de esta apelación.

### PASO 3 ¿Necesita acelerar su apelación (opcional)?



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 máxima función, usted puede solicitar una apelación más rápida (acelerada). (Por ejemplo, si usted está actualmente en el hospital o necesita medicamentos urgentemente.)

- Si, necesito acelerar mi apelación.** Por favor explique la razón por la cual necesita una apelación acelerada.

### PASO 4 Incluya documentación para respaldar su apelación (opcional)

Para ayudarnos a decidir su apelación lo más pronto posible, necesitamos estos dos documentos:

1. El registro de la transcripción de su cuenta del IRS (vea las instrucciones a continuación).
2. Una copia del formulario 8962 del IRS, si usted lo presentó.

Si usted está apelando su elegibilidad para asistencia financiera del:	Envíe el registro de la transcripción de su cuenta y el formulario 8962 para el año fiscal:
2018	2016
2019	2017
2020	2018

- Estoy incluyendo el registro de la transcripción de mi cuenta y/o el formulario 8962 del IRS con mi solicitud de apelación.**
- Enviaré el registro de la transcripción de mi cuenta y/o el formulario 8962 del IRS después.**

#### Como obtener el registro de la transcripción de su cuenta

Para obtener el registro de la transcripción de su cuenta, visite [IRS.gov/individuals/get-transcript](https://www.irs.gov/individuals/get-transcript) o llame al servicio de transcripción telefónica automática del IRS al 1-800-908-9946. **Es más rápido solicitar la transcripción en línea.**

## PASO 5 Manteniendo su asistencia financiera durante su apelación



Usted puede mantener el mismo nivel de asistencia financiera que usted estaba recibiendo (“continuación de beneficios”) mientras revisamos su apelación. **¿Desea solicitar la continuación de beneficios?**

- Si, deseo mantener mi asistencia financiera hasta que se decida mi apelación.** Entiendo que, si mi apelación es denegada, puede que tenga que pagar parte o todos los pagos de crédito fiscal anticipados de la prima (APTC, por su sigla en inglés) cuando presente mis impuestos al final del año.

**Deseo aplicar mi asistencia financiera al siguiente plan del Mercado:** \_\_\_\_\_

Ingrese el nombre de su plan del Mercado

- No, no deseo mantener mi asistencia financiera durante mi apelación.**
- No quiero decidir ahora.** Usted tendrá otra oportunidad para solicitar la continuación de beneficios después que su solicitud de apelación sea recibida.

**NOTA:** Usted debe continuar pagando su prima mensual para mantener su cobertura actual. Si su cobertura termina debido a que no pago su prima, puede que no sea elegible para inscribirse en un plan del Mercado hasta el próximo periodo de inscripción abierta, incluso si su apelación es favorable.

**PASO 6****Firmas de TODOS los declarantes de impuestos en su solicitud del Mercado mayores de 18 años (incluso si no están apelando)****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 sin su consentimiento la información sobre impuestos federales o 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 con un representante autorizado u otras personas. 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 hasta 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 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 proveo información falsa.

**Firmas de todos los declarantes de impuestos en su solicitud mayores de 18 años****1. Nombre impreso (Primer nombre, apellido)**

**Firma**

**Fecha (dd/mm/aaaa)**
 /  / 
**2. Nombre impreso (Primer nombre, apellido)**

**Firma**

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

**Firma**

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

**Firma**

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

**PASO 7 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 8 Envíe su solicitud de apelación por correo o por fax**

Envíe su solicitud de apelación por correo o por fax, junto con cualquier documento de respaldo, dentro de 90 días de la fecha del aviso que usted está apelando.

**Dirección postal:**

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

**Línea segura de fax:**

1-877-369-0130

El Centro de Apelaciones del Mercado le enviará un aviso dentro de 7-10 días laborables confirmando la recepción de su apelación y brindando más información acerca del proceso de apelación.

## ¿Necesita un representante autorizado? (opcional)



- Usted tiene derecho a elegir un representante autorizado para ayudarle con su apelación.
- Un representante autorizado puede ser un(a) amigo(a), familiar, o una persona de confianza.
- Esta persona actuará en su nombre en todos los asuntos relacionados con su apelación.
- **Todas las comunicaciones sobre su apelación (incluyendo los correos electrónicos y recordatorios de texto) se enviarán a esta persona, no a usted.**
- Si cambia de opinión después, y ya no desea ser representado(a) usted debe comunicarse con el Centro de Apelaciones del Mercado por teléfono o por escrito para solicitar que su representante autorizado sea removido.

Primer nombre del representante autorizado

Apellido

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 /  / 

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 aplica)

### 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

Al firmar, usted autoriza a este representante autorizado a firmar su solicitud de apelación, obtener información oficial sobre esta apelación y actuar en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con esta apelación. Si la apelación es solamente para usted, la primera persona enumerada en este formulario de apelación tiene que firmar aquí. Si usted está apelando para más de una persona en su hogar, el presentador de la solicitud del Mercado tiene que firmar aquí.

Firma de la primera persona enumerada en este formulario de apelación O el presentador de la solicitud del Mercado

Fecha de la firma (dd/mm/aaaa)

 /  / 

### Privacidad y uso de su información

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 [ciudadodesalud.gov/es/individual-privacy-act-statement](http://ciudadodesalud.gov/es/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 reglamentos en 45 CFR parte 155, sub parte F, y la Ley del Seguro Social. Para más información acerca de la privacidad y seguridad de su información, visite [ciudadodesalud.gov/es/privacy](http://ciudadodesalud.gov/es/privacy).

### Prohibición contra la discriminación

El Mercado de Seguros de Salud no excluye, niega beneficios, o discrimina en contra de personas debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, 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](http://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.