

## Formulario de designación de representante autorizado

- Complete el formulario indicándonos quién desea que actúe en su nombre para su apelación.
- Firme el formulario para darnos permiso para hablar con su representante sobre su apelación.
- Envíe por correo o fax el formulario firmado al Centro de Apelaciones del Mercado.

### PASO 1 Información sobre la persona que está nombrando al representante

Esta sección debe ser completada por la persona que está designando a un representante para su apelación. Generalmente, solo alguien que está apelando su propia elegibilidad (a veces referido como "apelante") puede designar a un representante.

Primer nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Número de identificación del caso de apelación (si tiene uno):

APL-

### PASO 2 Información sobre su representante

Ingrese la información de la persona que está designando para actuar como su representante. Un representante puede ser un miembro de la familia, un amigo(a), portavoz, abogado u otra persona de su confianza. Su representante será el contacto principal durante la apelación. **Todas las comunicaciones sobre su apelación (incluyendo los recordatorios por correo electrónico y mensajes de texto) se enviarán a su representante autorizado, no a usted.** Si usted desea cambiar a su representante autorizado después de haberlo designado y ya no desea que actúe en su nombre, debe llamar o escribir al Centro de Apelaciones del Mercado para revocarlo como su representante.

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:

Nombre de la organización (si aplica):

Número de identificación del caso (si aplica):

Envíe actualizaciones por texto al número de teléfono móvil (opcional):

Envíe actualizaciones por correo electrónico a (opcional):

## PASO 3 Firma

Firme a continuación para designar a la persona indicada en el paso 2 como su representante. Esto significa que les da permiso para 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 4 Envíe su formulario

Firme el formulario completado y envíelo ya sea:

- **Por correo:** Centro de Apelaciones del Mercado  
PO Box 311  
Pittston PA 18640
- **Por fax seguro:** 1-877-369-0129

### Para obtener 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).

### Privacidad y 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](https://www.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](https://www.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](https://www.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

Tiene derecho a obtener 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 más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

### Servicios de asistencia lingüística

Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-231-1751 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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