



# Instrucciones para ayudarle a completar la solicitud de apelación del empleador

11/2018  
Formulario aprobado  
Formulario de solicitud de apelación empleador

## Utilice este formulario para solicitar una apelación

Si usted recibió un aviso del Mercado indicando que puede estar sujeto(a) al pago de responsabilidad compartida del empleador, puede solicitar una apelación enviando este formulario o enviando una carta por correo que incluya la información solicitada en este formulario.

Utilice este formulario si está apelando un aviso que recibió de:

- El Mercado de Seguros de Salud facilitado por el gobierno federal.
- Un Mercado estatal que opera en:

California	Distrito de Columbia	Nueva York
Colorado	Maryland	Rhode Island
Connecticut	Massachusetts	Vermont

Esta apelación puede determinar si un empleado era elegible para ayuda con los costos de cobertura a través del Mercado al mismo tiempo que usted podría haberles ofrecido cobertura de salud asequible que cumple con el estándar de valor mínimo. **Esta apelación NO determinará si su organización tiene que pagar el pago de responsabilidad compartida del empleador.** Solamente el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por su sigla en inglés), no el Mercado de Seguros de Salud ni el Centro de Apelaciones del Mercado, puede determinar cuáles empleadores están sujetos al pago de responsabilidad compartida del empleador como se establece en la sección 4980H del Código de Impuestos Internos.

**IMPORTANTE: A partir del año 2016**, el pago de responsabilidad compartida del empleador se aplica a los empleadores con 50 o más empleados a tiempo completo.

- Si usted desea apelar una decisión de 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) para obtener más información.

## Plazo para solicitar una apelación

Usted debe presentar su formulario de solicitud de apelación **dentro de 90 días** después de la fecha de su aviso del Mercado.

## Nombrando a un contacto secundario

Usted puede autorizar a un contacto secundario para ayudar con su apelación. El contacto secundario puede actuar en su nombre, hablar con el Centro de Apelaciones del Mercado, ver su expediente y recibir toda la correspondencia relacionada con su apelación. Para autorizar a un contacto secundario complete **el paso 2: Nombrando un contacto secundario.**

## Cómo enviar este formulario

Envíe una solicitud de apelación por cada empleado que aparece en el aviso que usted recibió del Mercado.

Ingrese su información directamente y luego imprima su formulario completado. O, imprima un formulario en blanco para completar a mano utilizando tinta negra o azul oscuro.

Firme el formulario completado y envíelo por correo al:

**Mercado de Seguros de Salud**

**Attn: Apelaciones**

**465 Industrial Blvd.**

**London, KY 40750-0061**

Usted también puede enviar el formulario por fax a la línea de fax segura: **1-877-369-0131**.

Usted recibirá toda correspondencia futura sobre esta apelación del Centro de Apelaciones del Mercado. El Centro de Apelaciones del Mercado es diferente del Mercado de Seguros de Salud.



## ¿Qué pasará a continuación?

1. Le enviaremos un aviso informándole que recibimos su solicitud de apelación. Si hay un problema con la solicitud de apelación, le diremos cómo corregir el problema. También enviaremos un aviso al empleado que aparece en el aviso que usted recibió del Mercado.
2. Revisaremos su apelación, incluyendo toda la documentación proporcionada por usted y/o el empleado asociado. Si hay un problema, como si falta información o necesitamos una aclaración, le diremos lo que falta y cómo puede proporcionar información adicional.
3. Enviaremos los avisos de decisión de apelación explicando el resultado de nuestra revisión a usted y al empleado asociado.



## 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, disco compacto de audio, 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.



## Preguntas

Si su estado no aparece en la lista anterior o para obtener más información 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](http://cuidadodesalud.gov/individual-privacy-act-statement). Este aviso fue generado por el Mercado de conformidad con 45 CFR parte 155, sub parte F. La información utilizada para crear este aviso se recolectó de la solicitud que usted llenó, de su solicitud de apelación y de otros materiales que usted presentó, y de otros materiales asociados con el proceso electrónico de verificación de elegibilidad utilizada para obtener una determinación de elegibilidad para la inscripción en un plan de salud autorizado a través del Mercado y programas de seguro económico. Para mayor información acerca de la privacidad y seguridad de su información, visite [cuidadodesalud.gov/privacy](http://cuidadodesalud.gov/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, 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](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.



# Formulario de solicitud de apelación del empleador

Utilice este formulario para apelar una determinación del Mercado de que un empleado era elegible para pagos de crédito fiscal anticipados de la prima y reducciones de costos compartidos, si aplica, en parte debido a que su negocio no ofrecía cobertura de salud que cumple con los requisitos de valor mínimo asequibles con respecto a este empleado. Ingrese su información directamente, y luego imprima y firme su formulario completado. O, imprima un formulario en blanco y complete con tinta negra o azul oscuro. Utilice mayúsculas.

## PASO 1: Díganos sobre el empleador que está solicitando esta apelación.

Ingrese su información directamente, y luego imprima y firme su formulario completado.

1. Nombre de la organización

Número de identificación federal del empleador (EIN por su sigla en inglés)      Número de teléfono de la organización

\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      (      )      -

Dirección postal principal de la organización

Suite #

Ciudad

Estado

Código postal

Primer nombre del contacto principal

Segundo nombre

Apellido

Número de teléfono del contacto principal

(      )      -

Título del contacto principal

Organización del contacto principal (si es diferente de la organización mencionada anteriormente)

Dirección postal del contacto principal

Suite #

Ciudad

Estado

Código postal

## PASO 2: Nombrando a un contacto secundario.

Este es alguien que puede actuar en nombre de su organización con respecto a esta solicitud de apelación.

Primer nombre del contacto secundario

Segundo nombre

Apellido

Número de teléfono del contacto secundario

(      )      -

Título del contacto secundario

Organización del contacto secundario (si es diferente de la organización mencionada anteriormente)

Dirección postal del contacto secundario

Suite #

Ciudad

Estado

Código postal

## PASO 3: Firma



Al completar, firmar y fechar a continuación, autorizo al Centro de Apelaciones del Mercado a realizar una revisión sobre si el empleador nombrado en este formulario ofreció cobertura esencial mínima a través de un plan patrocinado por el empleador que se considera asequible con respecto al empleado relevante y cumple con el estándar de valor mínimo.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi registro de apelación del Mercado y que cierta información sobre la determinación de elegibilidad del empleado relevante puede o no estar disponible para mí como se describe en 45 CFR §155.555 (g)(2) y 45 CFR §155.555 (h).

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

### Firma

1. Imprima el nombre del contacto principal (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

Título

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

/ /



## PASO 4: Díganos por qué está apelando la determinación del Mercado de la elegibilidad de este empleado para obtener ayuda con los costos de cobertura del Mercado.

¿Cuál es la fecha en el aviso del Mercado?  
(dd/mm/aaaa)?

/ /

¿Cuál es el número de identificación de la aplicación del empleado (si está disponible en su aviso)?

¿Cuál es el primer nombre del empleado?

¿Cuál es el apellido del empleado?

¿Cuál es la fecha de nacimiento del empleado (si está disponible)? (dd/mm/aaaa)

/ /

¿Cuál es la dirección postal del empleado (si está disponible)?

Dirección postal:

Ciudad

Estado

Código postal

¿De cual intercambio recibió el aviso del Mercado?

- El Mercado de Seguros de Salud facilitado por el gobierno federal
  Health Source Rhode Island  
 Access Health CT
  Maryland Health Connection  
 Connect for Health Colorado
  Massachusetts Health Connector  
 Covered California
  New York State of Health  
 DC Health Link
  Vermont Health Connect

Un individuo puede calificar para recibir ayuda con los costos de la cobertura del Mercado si su empleador no le ofreció cobertura o si la cobertura ofrecida por un empleador no cumple con los requisitos de valor mínimo o no es asequible con respecto al empleado.

Seleccione su razón para la apelar y luego utilice el espacio a continuación para explicar por qué este empleado no debería haber sido elegible para los pagos de crédito fiscal anticipados de la prima y las reducciones de costos compartidos, si aplica. Si es necesario, use papel adicional. Por favor, envíe una copia del aviso del Mercado que identifica a este empleado cuando envíe su solicitud de apelación. Si incluye documentos para respaldar su solicitud, envíenos copias. Mantenga todos los documentos originales.

- Este empleado estaba inscrito en una cobertura patrocinada por el empleador.  
 A este empleado se le ofreció una cobertura asequible patrocinada por el empleador que cumplía con el estándar de valor mínimo.  
 Este empleado era elegible para cobertura asequible patrocinada por empleador que cumplía con el estándar de valor mínimo después del final de un período de espera. (Nota: Tendrá que mostrar cuándo se le ofreció al empleado cobertura patrocinada por el empleador y cuándo finalizó el período de espera.)

**Nota:** Las siguientes razones para apelar están fuera de la jurisdicción del Centro de Apelaciones del Mercado:

- El nombre del empleado que aparece en el aviso del Mercado no ha trabajado para su compañía este año.
- El nombre del empleado que aparece en el aviso del Mercado no es un empleado a tiempo completo.
- El nombre del empleado que aparece en el aviso del Mercado no es un empleado de su compañía.
- Su compañía no emplea al menos 50 empleados.

## PASO 4: (continuación)



Explique por qué este empleado no debería haber sido elegible para los pagos de crédito fiscal anticipados de la prima y las reducciones de costos compartidos, si aplica. Envíe una copia del aviso del Mercado que identifica a este empleado cuando envíe su solicitud de apelación. Si incluye documentos para respaldar su solicitud, envíenos copias. Mantenga todos los documentos originales.

Lined area for providing explanation and supporting documents.

Para ver la documentación aceptable, consulte la guía de documentos del empleador en [cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Employer-Initiatives/Employer-Initiatives.html](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Employer-Initiatives/Employer-Initiatives.html). Por favor envíe una copia de la documentación necesaria para cada apelación única de empleados.