

# Instrucciones para ayudarlo a completar la Solicitud de Apelación del Empleador

Formulario aprobado

OMB No. 0938-1213

Formulario de solicitud de apelación

- Empleador



## Use el formulario adecuado para solicitar una apelación

- Si recibió un aviso del Mercado afirmando que puede estar sujeto al Pago de Responsabilidad Compartida del Empleador, puede solicitar una apelación si presenta este formulario o lo envía por correo en una carta junto con la información solicitada en este formulario.
- El Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal
- Un Mercado estatal que opera en:
 

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

Esta apelación puede determinar si un empleado fue elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura a través del Mercado, al tiempo que usted haya podido ofrecerle una cobertura válida que cumplía con el estándar de valor mínimo.

**Esta apelación NO determinará si su organización debe abonar el Pago de Responsabilidad Compartida del Empleador.** Sólo el Servicio de Rentas Internas (IRS), no el Mercado de Seguros Médicos ni el Centro de Apelaciones del Mercado, puede determinar los empleadores que están sujetos al Pago de Responsabilidad Compartida del Empleador, como se indica en la sección 4980H del Código de Impuestos Internos.

**IMPORTANTE: Durante 2015,** el Pago de Responsabilidad Compartida del Empleador se aplica, por lo general, a los empleadores con 100 o más empleados equivalentes a tiempo completo (FTE) y puede aplicarse a ciertos empleadores con 50 o más empleados FTE. **A partir de 2016,** el Pago de Responsabilidad Compartida del Empleador se aplicará a los empleadores con 50 o más empleados FTE.

Para apelar una decisión de 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/) para obtener más información.



## Período de Tiempo para solicitar una apelación

Debe enviar su solicitud de apelación **en un plazo de 90 días** desde la fecha de su aviso de Resultados de Elegibilidad del Mercado.



## Designación de un contacto adicional

Usted puede autorizar a un contacto adicional para ayudarlo con su apelación. El contacto adicional puede actuar en representación suya, hablar con el Centro de Apelaciones del Mercado, consultar su expediente y recibir toda la correspondencia relacionada con su apelación. Para autorizar a un contacto adicional, complete la **Sección 2: Designación de un contacto adicional.**



## Cómo enviar este formulario

Complete y firme este formulario y envíelo con copias de cualquier documentación complementaria a la dirección que aparece a continuación.

**Mercado de Seguros Médicos**  
**Departamento de Salud y Servicios Humanos**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0061**

También puede enviar el formulario a una línea segura de fax: **1-877-369-0131.**

Recibirá toda la correspondencia futura sobre esta apelación del Centro de Apelaciones del Mercado. El Centro de Apelaciones del Mercado es diferente al 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 con la solicitud de apelación, le explicaremos cómo corregirlo. También le enviaremos un aviso al empleado que aparece en el aviso que recibió del Mercado.
2. Revisaremos su apelación, incluso toda la documentación adicional proporcionada por usted y/o por el empleado asociado. Es posible que solicitemos información adicional.
3. Le enviaremos avisos de decisión de apelación que explicarán la resolución de nuestra revisión a usted y al empleado asociado.



## 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.



## 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.cms.gov/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.cms.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.



