Mercado SHOP
Seguro Médico para los Pequeños Negocios

03/2018

Formulario aprobado
OMB No. 0938-1213

Instrucciones para ayudarlo a completar la solicitud SHOP de apelación de elegibilidad del empleado

Use el formulario adecuado para solicitar una apelación

- Este formulario está destinado a los empleados de negocios que participan en el Mercado del Programa de Opciones de Salud para los Pequeños Negocios (SHOP, por sus siglas en inglés)
- Si usted ha presentado una solicitud para la cobertura del Mercado SHOP de su empleador y esta fue denegada, usted puede solicitar una apelación.
- Algunos estados operan su propio SHOP. Si no está seguro de que este formulario sea el correcto para usted, visite **CuidadoDeSalud.gov/small-businesses/** y obtenga más información acerca del SHOP de su estado.
- Visite **CuidadoDeSalud/marketplace-appeals** y obtenga más información acerca de las apelaciones del Mercado.

Período de tiempo para solicitar una apelación

Debe recibir su formulario de solicitud de apelación **en un plazo de 90 días** desde la fecha del aviso de elegibilidad de SHOP que está apelando.

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

O envíe el formulario y los documentos por fax a una línea segura de fax: 1-877-369-0131.

Mantenga copia de todos los formularios en su registro.

Cómo enviar información adicional

Puede presentar información adicional junto con este Formulario de solicitud de apelación para respaldar su apelación. Envíe sólo copias. Mantenga todos los documentos originales. Vamos a considerar toda la información enviada a tiempo al hacer una determinación final. Presente toda la información disponible cuando envíe este Formulario de solicitud de apelación.

¿Qué ocurre después?

1. **Nos comunicaremos con usted.** Le enviaremos un aviso para informarleque recibimos su solicitud de apelación. En él se explican el proceso deapelación, y las instrucciones para el envío de información adicional, si esnecesario. Usted tiene 15 días a partir de la fecha de este aviso para enviarcualquier información adicional si es necesaria. En caso de que haya unproblema con la solicitud de apelación, como por ejemplo falta algunainformación le explicaremos cómo corregirlo. También le enviaremosun aviso a su empleador sobre la apelación. Su empleador puede enviarinformación para reforzar su apelación.
2. **Revisaremos su apelación.** Su solicitud de apelación será revisada con lainformación usada por el Mercado SHOP para determinar su elegibilidad.
3. **Le enviaremos una decisión sobre su apelación.** Una decisión finalserá enviada por correo a usted y a su empleador en los próximos 90 días después de que hayamos recibido su solicitud de apelación.

Ayuda adicional

Servicios de ayuda con el 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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 para comunicarse con un representante del centro de llamadas. El horario de atención es de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m. hora del Este (ET).

Accesibilidad
Para solicitar formularios y avisos de apelación en un formato alternativo como Braille, letra grande, CD de datos, CD 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 pueden llamar al 1-855-739-2231. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:30 p.m. Hora del Este (ET); y sábados de 10:00 a.m. a 5:30 p.m. (ET). También puede hacer una solicitud por escrito por fax (1-877-360-0130) o enviarla por correo postal (Centro de Apelaciones del Mercado, P.O. Box 311, Pittston, PA 18640). Los alojamientos son ofrecidos sin costo alguno para usted.

Para enviar su solicitud de apelación, consulte “Cómo presentar este formulario” en la página 1 de estas instrucciones.

Elija un representante autorizado

Tiene derecho a elegir un representante autorizado para ayudarle con su apelación.

Esta es una persona de confianza que tiene su permiso para hablar con nosotros sobre su apelación, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su apelación, incluyendo obtener su información y firmar su solicitud de apelación en su nombre.

Para designar a un representante autorizado, complete y envíe por correo el formulario “Designe un representante autorizado para mi apelación”, disponible en **CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/getting-help**. También puede llamar al Centro de Apelaciones del Mercado para solicitar este formulario. Si ya completó un formulario de representante autorizado para su solicitud del Mercado, debe completar un formulario adicional para su apelación.

Preguntas

Para obtener más información, visite **CuidadoDeSalud/small-businesses/**, o llame al centro de llamadas de SHOP al 1-800-706-7893. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., hora del este.

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites (PRA)
De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés) las personas no están obligadas a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1213. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es aproximadamente 1 hora por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del tiempo estimado 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. **** Exención de responsabilidad de CMS ** No envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos ni ningún documento que contenga información confidencial a la Oficina de Liquidación de Informes de la PRA. Favor de tener en cuenta que cualquier correspondencia no asociada a la recopilación de información aprobada bajo el número de control OMB afiliado con en este formulario, no será revisada, reenviada ni retenida. 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 de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal que proporcionó. Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite CuidadoDeSalud.gov/es/individual-privacy-act-statement/. Estamos autorizados a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación adicional, incluyendo números de Seguro Social, de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud aBajo Precio (Ley Pública No. 111-148), enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de la Salud y la Educación de 2010 (Ley Pública No. 111-152),y según las regulaciones implementadas en 45 CFR parte 155, subparte F, y el Acta del Seguro Social. Para más información sobre la privacidad y seguridad de su información, visite **CuidadoDeSalud.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**, 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.

Mercado SHOP
Seguro Médico para los Pequeños Negocios

Formulario aprobado
OMB No. 0938-1213
SHOP Formulario de Solicitud del Empleador – Empleado

Solicitud SHOP de apelación del empleado

Ingrese su información directamente, luego imprima y firme su formulario completo. O imprima un formulario en blanco para completar con tinta negra o azul oscura. Use mayúsculas y complete los círculos (◯) de esta manera → ●.

SECCIÓN 1: Información para el empleado.

Esta sección debe ser completada por la persona que está solicitando la apelación o por el representante autorizado.

1. Nombre de la persona a quien se le denegó la cobertura SHOP (nombre)

(Segundo nombre)

(Apellido)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

/ /

Dirección del empleado

Apartamento o número de habitación

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono para contactarlo durante el día

( ) -

Dirección de correo electrónico (opcional)

2. Empleador

Dirección postal del empleador

Apartamento o número de habitación

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del empleador

( ) -

Número de identificación (EIN) del empleador (opcional). Puede encontrar este número en su formulario W-2.

-

SECCIÓN 2: Razón de la presente apelación.

Su aviso de determinación de elegibilidad explica si es elegible para la cobertura SHOP ofrecida por su empleador. Puede apelar la determinación de elegibilidad por cualquiera de estas razones::

- No es elegible para la inscribirse
- Piensa que SHOP no determinó su elegibilidad en una manera oportuna.

Si su empleador no fue elegible para participar en SHOP, usted no podrá apelar la decisión, pero su empleador sí puede.

Díganos cuándo se inscribió o intentó inscribirse en la cobertura SHOP ofrecida por su empleador.

○ Durante la Inscripción Abierta ○ Durante un Período Especial de Inscripción

Fecha del aviso de elegibilidad (ubicada en la esquina superior derecha del aviso) (mm/dd/aaaa)

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Fecha en que su empleador eligió la cobertura SHOP para comenzar (mm/dd/ aaaa)

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Fecha de finalización de la cobertura SHOP de su empleador (mm/dd/aaaa)

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Explique el motivo de su apelación. Su explicación debe incluir el motivo por el que cree que cometimos un error. Agregue más páginas si es necesario. Si incluye documentos que respalden su solicitud, envíenos copias. Guarde todos los documentos originales.

SECCIÓN 3: Firma

Esta información aplica a todos los individuos que firman a continuación y son mayores de 18 años.

Estoy firmando este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he facilitado respuestas verdaderas a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Comprendo que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si facilitara información falsa.

Nombre en letra de molde de la persona solicitando la apelación (o representante autorizado, si aplica) (Primer nombre, segundo nombre y apellido)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

__ __ / __ __ / __ __ __ __