



# Instrucciones para ayudarlo a completar el Formulario de solicitud de apelación del empleador



## Use el formulario correcto para solicitar una apelación

- Este formulario es para los empleadores que solicitaron participar en el Programa de Opciones Salud para Pequeñas Empresas (SHOP) del Mercado.
- Si fue denegado para participar como empleador en el Mercado SHOP facilitado por el gobierno federal, puede solicitar una apelación.
- Si su empresa no es elegible para participar en SHOP, puede volver a solicitar cada mes.
- Algunos estados operan su SHOP. Si no está seguro que este formulario es el adecuado para usted, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/](http://CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/) para aprender más el Mercado de su estado.
- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals) para aprender más sobre 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**

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 informarle que recibimos su solicitud de apelación. En él se explican el proceso de apelación, y las instrucciones para el envío de información adicional, si es necesario. Usted tiene 15 días a partir de la fecha de este aviso para enviar cualquier información adicional si es necesaria. En caso de que haya un problema con la solicitud de apelación, como por ejemplo falta alguna información le explicaremos cómo corregirlo. También le enviaremos un aviso a su empleador sobre la apelación. Su empleador puede enviar información para reforzar su apelación.
2. **Revisaremos su información.** Su solicitud de apelación será revisada con la información usada por el Mercado SHOP para determinar su elegibilidad.
3. **Le enviaremos una decisión sobre su apelación.** Una decisión final será 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 de idiomas

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 de SHOP al 1-800-706-7893. Los usuarios TTY deben llamar al 711 para comunicarse con un representante del servicio al cliente.

### Accesibilidad

Para solicitar un servicio o ayuda auxiliar, puede:

- Llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-844-716-3676.
- Enviar un fax al 1-844-530-3676.
- Enviar un correo electrónico a: [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov)
- Use esta dirección sólo para enviar una carta para solicitar un servicio o ayuda auxiliar:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
Oficina de Igualdad de Oportunidades y Derechos Civiles (OEOCR)  
Attn: CMS Alternate Format Team  
7500 Security Boulevard, Room N2-22-16  
Baltimore, MD 21244-1850

Para enviar su solicitud de apelación, consulte **Cómo presentar este formulario** en la página 1 de estas instrucciones. **No use la información de contacto de Accesibilidad para presentar una solicitud de apelación.**



## Elegir un representante autorizado

- Es posible que tenga un familiar, amigo, abogado, u otro portavoz, incluyendo un representante autorizado, que le ayude a hacer una solicitud de apelación o participar en su apelación. Esto es opcional. Si decide tener un representante autorizado, usted está dando a esta persona permiso para hablar con nosotros sobre su apelación. El representante autorizado, si elige uno, será el contacto principal para todos los avisos e información relacionada con su apelación de elegibilidad.
- Para designar a un representante autorizado, complete y envíe el formulario "Designar a un representante autorizado para mi apelación", disponible en [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/getting-help/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/getting-help/).
- Si hay más de un representante autorizado para el individuo que está presentando esta solicitud de apelación, complete un formulario "Designar a un representante autorizado para mi apelación" por separado para cada representante autorizado.



## Preguntas

Para más información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/small-businesses/) o llame al Centro de Llamadas de SHOP al 1-800-706-7893. Los usuarios TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 9 a.m. a 7 p.m. Hora del Este (ET).

### 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.CuidadoDeSalud.gov/es/individual-privacy-act-statement/). Estamos autorizados a recopilar información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluidos los números de seguro social, de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Ley pública n.º 111-148), según la enmienda de la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley pública n.º 111-152), que implementa las reglamentaciones de 45 CFR parte 155, subparte F, y la Ley del Seguro Social. Para obtener más información sobre la privacidad y la seguridad de su información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/).

### 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.



# SHOP Formulario de solicitud de apelación del empleador

Formulario Aprobado  
OMB No. 0938-1213  
SHOP Formulario de Solicitud del  
Empleador - Empleador

Escriba en letras mayúsculas usando tinta de color negro o azul solamente.  
Rellene los círculos (○) como este → ●.

## SECCIÓN 1: Información del Empleador.

Su Número de Identificación de solicitud del Empleador.

### EMPLEADOR DE CONTACTO

Este debe ser completado por la persona que solicita la apelación. El Mercado contactará a esta persona en relación a esta apelación. También hay espacio para la identificación de un segundo contacto para el empleador.

1. Nombre del contacto primario en la solicitud de SHOP (Primer nombre, segundo nombre y apellido)

¿Cuál es la fecha más temprana que seleccionó para tu grupo? (mm/dd/aaaa)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Título

Nombre de la empresa

Dirección postal de la empresa

Número de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono primario

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
| ( |  |  |  | ) |  |  |  | - |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|

Correo electrónico (opcional)

Número de Identificación del Empleador (EIN)

### CONTACTO SECUNDARIO (persona adicional que puede actuar en su nombre para lo relacionado a esta solicitud de apelación)

2. Nombre (Primer nombre, segundo nombre y apellido)

Título

Nombre de la empresa

Número de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono primario

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
| ( |  |  |  | ) |  |  |  | - |  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|

Correo electrónico (opcional)

