

Carta de Explicación para Confirmar Eventos de Vida

Si recibe un aviso del Mercado indicando que necesita presentar documentos para confirmar un cambio o evento en su vida, debe cargar o enviar por correo ciertos documentos al Mercado. Si no tiene ninguno de estos documentos, puede enviar una "carta de explicación."

Para hacer esto, guarde este archivo en su computadora, complete la sección relacionada con su evento de vida y cárguelo a su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov. Si necesita más espacio, puede continuar en una hoja de papel en blanco.

En CuidadoDeSalud.gov, seleccione "Carta de explicación" en el menú desplegable de tipos de documentos. O, puede enviarla por correo al Mercado con la página de código de barras de su aviso de elegibilidad. Aquí está la dirección postal: Mercado de Seguros Médicos, Attn: Documentación, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/help/how-to-upload-documents para más información.

Su Nombre _____

Su ID de la Solicitud _____

(Necesita escribir su ID de solicitud si envía este documento por correo. Para encontrar el número de identificación de la solicitud, busque su aviso. Se encuentra en la parte superior cerca de su dirección postal.)

Pérdida de Cobertura

¿Qué tipo de cobertura tenía/tiene?	¿Cuándo perdió/perderá su cobertura? MM / DD / AAAA
¿Por qué está perdiendo su cobertura?	
_____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?	
_____ _____	

Mudanza

- Marque esta casilla si tuvo cobertura al menos un día durante los 60 días anteriores a su mudanza.
- Marque esta casilla si se mudó de un país extranjero o territorio estadounidense.

¿Cuál es su dirección anterior?	¿Cuándo se mudó? MM / DD / AAAA
¿Cuál es su nueva dirección?	
_____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?	
_____ _____	

Matrimonio

Marque esta casilla si usted o su cónyuge tuvieron cobertura al menos un día durante los 60 días antes de casarse.

¿Quién se casó? Enumere los nombres.	¿Cuándo se casaron estas personas? ____ / ____ / ____ MM DD AAAA
¿Hay alguna otra información que desee incluir sobre este matrimonio? _____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados? _____ _____	

Denegación de Cobertura de Medicaid o CHIP

¿A quién se le negó la cobertura a través de Medicaid o CHIP? Enumere los nombres de todos los miembros en su solicitud que hayan sido denegados.	¿Cuándo se les negó cobertura a estas personas? ____ / ____ / ____ MM DD AAAA
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados? _____ _____	

Adopción, Colocación de Cuidado Temporal u Orden Judicial

¿Quién fue adoptado, colocado en cuidado temporal o se convirtió en dependiente a través de una orden judicial? Enumere los nombres de todos en su solicitud a los que esto le aplica.	¿Cuándo sucedió este evento? ____ / ____ / ____ MM DD AAAA
¿Hay alguna otra información que desee incluir sobre la adopción, colocación en cuidado temporal u orden judicial? _____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados? _____ _____	

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html), o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Pagado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

