

## **Modelo de Aviso de Elegibilidad para Cobertura 2016 del Mercado de Seguros Médicos- Proceso de Verificación del Período Especial de Inscripción**

Los Períodos Especiales de Inscripción proporcionan una vía importante en la cobertura de los consumidores que experimentan eventos calificados y necesitan inscribirse o cambiar su inscripción en un Plan Calificado de Salud a través del Mercado de Seguros Médicos fuera del Período de Inscripción Abierta o durante la Inscripción Abierta con una fecha de cobertura efectiva antes de la que generalmente se proporciona durante la Inscripción Abierta.

Con el fin de garantizar tanto la integridad del Mercado y mantener una reserva de riesgo equilibrada y estable, los Períodos Especiales de Inscripción solamente se pueden conceder a los consumidores para los que están destinados.

A partir de mediados de junio del 2016, los consumidores que califican para uno de los cinco Períodos Especiales de Inscripción (a continuación), recibirán un Aviso de Determinación de Elegibilidad del Mercado solicitando que presenten documentación para comprobar su elegibilidad para el tipo otorgado. Los cinco Períodos Especiales de Inscripción son los siguientes:

1. Pérdida de cobertura esencial mínima
2. Cambio de residencia principal
3. Nacimiento de un bebé
4. Adopción, colocación para adopción o cuidado temporal, o manutención de los hijos u otra orden judicial
5. Matrimonio

Los consumidores que califican para el **Período Especial de Inscripción** recibirán un Aviso de Determinación de Elegibilidad del Mercado con una lista de documentos aceptables que pueden proporcionar para comprobar su elegibilidad para el Período Especial de Inscripción.

El Mercado envía un Aviso de Determinación de Elegibilidad cuando los consumidores solicitan cobertura o informan cambios de vida a través del Mercado. **El siguiente Modelo de Aviso de Determinación de Elegibilidad del Mercado es para una familia de dos personas que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción debido a la pérdida de cobertura esencial mínima.**

**Nota:** Los mensajes del Mercado de seguros en cuanto a determinaciones de elegibilidad varían grandemente, dependen de las circunstancias específicas del individuo(s) que está solicitando, y de cuándo solicita (por ejemplo, si solicita durante el Período de Inscripción Abierta o si califica para un Período Especial de Inscripción).

Susan Griffith  
[address]

[date]

Fecha de la solicitud: [date]

Número de Identificación de Solicitud: [number]

**Importante:** Estos son sus **Resultados de Elegibilidad** para la cobertura del Mercado de Seguros Médicos.

**ACCIÓN REQUERIDA.** Podría perder su elegibilidad para la cobertura 2016 del Mercado o la ayuda con costos. Consulte la información a continuación de “¿Qué debo hacer ahora?” para saber cómo enviar los documentos que solicitó el Mercado.

Los siguientes **Resultados de Elegibilidad** para la cobertura 2016 son válidos sólo si su núcleo familiar envía los documentos para resolver el problema que tenemos que investigar.

## Resultados de Elegibilidad

Examine el cuadro siguiente para ver los resultados de su solicitud.

Miembro(s) de la familia	Resultados	Próximos pasos
Susan Griffith	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es elegible para el Período Especial de Inscripción pero se necesita más información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe enviar los documentos del Mercado que demuestran que es elegible para inscribirse a través de un Período Especial de Inscripción. Este aviso explica lo que necesita enviar y cómo enviarlo.</li> </ul>
Susan Griffith	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elegible para comprar cobertura médica a través del Mercado de seguros médicos, pero se necesita más información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elija un plan médico y haga el pago del primer mes.</li> </ul>

Miembro(s) de la familia	Resultados	Próximos pasos
Jack Griffith	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es elegible para el Período Especial de Inscripción pero se necesita más información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe enviar los documentos del Mercado que demuestran que es elegible para inscribirse a través de un Período Especial de Inscripción. Este aviso explica lo que necesita enviar y cómo enviarlo.</li> </ul>
Jack Griffith	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elegible para comprar cobertura médica a través del Mercado de seguros médicos, pero se necesita más información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elija un plan médico y haga el pago del primer mes.</li> </ul>

Si sus **Resultados de Elegibilidad** indican que es elegible para un crédito fiscal o reducciones de los gastos compartidos significa que parece no ser elegible para Medicaid debido al ingreso de su hogar y el tamaño de su familia o su estatus migratorio. Sin embargo, usted puede ser elegible para Medicaid si tiene una incapacidad o necesidades de cuidado médico especial. Para aprender más, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities](http://CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities) o vea "4. Cómo obtener ayuda con los costos de necesidades de cuidado médico especial" en la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año. Asegúrese de guardarlo, ya que puede no ser incluido en avisos subsiguientes.)

## ¿Qué debo hacer ahora?

Si sus "Próximos pasos" le dicen que envíe más información, siga las instrucciones. Si no lo hace, podría perder para lo que usted califica ahora porque su información no coincide con los datos que tenemos o no podemos verificar toda la información en su solicitud. Esto incluye la información que comprueba que es elegible para inscribirse a través de un Período Especial de Inscripción.

- **[Susan Griffith, Jack Griffith]** – Usted es elegible para un Período Especial de Inscripción porque perdió o perderá la cobertura médica. Tiene 60 días antes o 60 días después de la fecha en que pierde la cobertura para inscribirse o cambiar de plan médico. Si se inscribe o cambia de planes médicos durante este período, es necesario enviar al Mercado el comprobante de que se mudó el [date of triggering event]. **IMPORTANTE:** Si usted no envía los documentos para probar su elegibilidad para el [clock end DATE], podría ser declarado no elegible para este Período Especial de Inscripción. También podría perder su cobertura del Mercado y cualquier pago anticipado de la prima y reducciones de costos compartidos (si aplican), posiblemente a partir de la fecha en que su cobertura del Mercado comenzó.

Envíe copias de uno o más documentos para demostrar que ha perdido o perderá la cobertura médica calificada. Visite [CuidadoDeSalud.gov/help/losing-health-coverage](http://CuidadoDeSalud.gov/help/losing-health-coverage) para aprender más sobre los tipos de cobertura calificada. Ejemplos de documentos que puede enviar incluyen:

- Carta u otro documento de un empleador indicando que el empleador ha cancelado o cancelará cobertura o beneficios para el empleado o cónyuge o miembro de la familia

dependiente del empleado, incluyendo la fecha en que la cobertura terminó o terminará

- Carta u otro documento de un empleador indicando que el empleador dejó de contribuir al costo de la cobertura o dejará de contribuir al costo de la cobertura
- Carta u otro documento de un empleador indicando que el empleador cambió o cambiará la cobertura o beneficios para el empleado o cónyuge del empleado o miembro de la familia dependiente del empleado, por lo que ya no se considera como cobertura médica calificada
- Carta que muestra la oferta de COBRA por parte de un empleador o que indica cuando la cobertura COBRA del empleado terminó o terminará
- Carta de la compañía de seguros médicos que muestra la fecha de terminación de cobertura, incluyendo la fecha de terminación de una cobertura de COBRA
- La prueba de que usted tenía una cobertura esencial mínima en los últimos 60 días, como un comprobante de pago que muestren las deducciones para el seguro médico
- Carta que indica cuando la cobertura médica de los estudiantes terminó o terminará
- Carta o aviso por parte de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) que indica cuando la cobertura de Medicaid o CHIP terminó o terminará
- Carta o aviso por parte de un programa de gobierno, como TRICARE, el Cuerpo de Paz, AmeriCorps o Medicare, indicando cuando la cobertura se terminó o terminará
- Copia con fecha de licenciamiento militar o certificado de descargo incluyendo la fecha en que la cobertura finalizó o terminará, si está perdiendo la cobertura porque ya no estás en servicio militar activo
- Documentos de divorcio o anulación que incluyan la fecha en que termina responsabilidad de proporcionar cobertura médica
- Certificado de defunción o aviso público de muerte que incluye una prueba de la fecha en que se perdió o se perderá la cobertura debido a la muerte de un cónyuge u otro miembro de la familia
- Copia fechada y firmada de la verificación por escrito de un agente o una carta fechada del emisor, si está o estuvo inscrito en un plan de año no calendario que está terminando
- Copia de los recibos de pago de las horas actuales y anteriores, si la reducción del tiempo de trabajo provocó que perdiera la cobertura
- Si no tiene documentos para demostrar que es elegible para un Período Especial de Inscripción, es posible enviar al Mercado una carta explicando que tenía cobertura, por qué y cuándo perdió o perderá la cobertura y la razón por la que no puede proporcionar la documentación. El Mercado evaluará su carta.

Después de inscribirse en la cobertura y enviar la prueba al Mercado para su Período Especial de Inscripción, no es necesario tomar ninguna otra acción. Su cobertura se confirma a menos que nos comuniquemos con usted.

### **Cómo enviar los documentos que prueben su elegibilidad**

Cargar es la manera más rápida de enviarnos los documentos. Ingrese a su cuenta del Mercado y seleccione "Iniciar una nueva solicitud o actualizar una ya existente." Luego, seleccione su solicitud actual, y haga clic en "Detalles de la solicitud." Usted verá un botón para cada situación a resolver. Haga clic en el botón, luego seleccione un documento y cárguelo. O puede enviarnos copias. Mantenga los documentos originales y envíe una copia con su nombre y el número de solicitud en cada página, junto con la página de códigos de barras incluido con este aviso. Envíe las copias al:

Mercado de Seguros Médicos  
Attn: Procesamiento de Cobertura  
465 Industrial Boulevard  
London, Kentucky 40750-0001

Para obtener más información sobre cómo seleccionar documentos y cargarlos o enviarlos por correo al Mercado, consulte "2. ¿Cómo enviar más información" en la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año. Asegúrese de guardarlo, ya que puede no ser incluido en avisos subsiguientes.) También puede visitar [CuidadoDeSalud.gov/tips-and-troubleshooting/uploading-documents](http://CuidadoDeSalud.gov/tips-and-troubleshooting/uploading-documents). Para encontrar ayuda en persona cuando presente los documentos, visite [AyudaLocal.CuidadodeSalud.gov](http://AyudaLocal.CuidadodeSalud.gov).

- **Inscríbase en la cobertura ahora.** Si sus **Resultados de Elegibilidad** dicen que es elegible para un Período Especial de Inscripción, [special enrollment period end date] es el último día para elegir un plan del Mercado. Para hacer la selección, visite [Cuidadodesalud.gov](http://Cuidadodesalud.gov) para comparar los planes médicos, o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).
- Si se le pasa la fecha límite, tal vez no pueda inscribirse en un plan de seguro médico a través del Mercado de seguros hasta el próximo Periodo de Inscripción Abierta, a menos que usted califique para otro Período Especial de Inscripción.
- Si sus **Resultados de Elegibilidad** indican que debe enviar más información, su elegibilidad puede finalizar si no envía los documentos para resolver este problema.
- Usted y cualquier persona en su hogar tendrán que pagar una multa si no tiene cobertura médica calificada por 3 meses o más durante el año, a menos que califique para una exención. Para más información visite [CuidadoDeSalud.gov/es/fees-exemptions](http://CuidadoDeSalud.gov/es/fees-exemptions).

### **¿Cuándo empieza la cobertura del Mercado?**

Dado que nos informó que recientemente obtuvo o se convirtió en un dependiente mediante nacimiento, adopción, colocar en adopción o en cuidado de crianza, o mediante manutención de menores u otra orden judicial, la cobertura de su plan empezará el día en que obtuvo o se convirtió en dependiente, después del 1 de enero de 2016. Puede comunicarse con el Centro de Llamadas del Mercado si desea elegir una fecha de inicio de cobertura posterior.

- Debe pagar la prima del primer mes antes de que empiece la cobertura.

- Debe seleccionar su plan antes [special enrollment period end date].

## ¿Qué ocurre si la información indicada en mi solicitud cambia durante el año?

Si las circunstancias han cambiado y la información que nos dio cuando solicitó ya no es correcta, es necesario que nos informe dentro de los 30 días del cambio. Los cambios pueden afectar su elegibilidad para:

- Créditos fiscales
- Inscripción en un plan con copagos más bajos, coseguro y deducibles
- Cobertura a través de Medicaid o FAMIS

Si usted es elegible para un crédito fiscal y decide usarlo por adelantado para pagar sus primas pero no reporta un cambio que pueda afectar su elegibilidad, podría tener que devolver una parte o todo su crédito fiscal cuando presente su declaración de impuestos. Algunos cambios pueden hacer que sea elegible para un crédito fiscal mayor o una nueva ayuda con los costos. Para obtener una lista de los cambios que debe informar, consulte "1. Reportar cambios" en la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año.

- Si sus **Resultados de Elegibilidad** indican que debe enviar más información, su elegibilidad puede finalizar si no envía los documentos para resolver este problema.
- Usted y cualquier persona en su hogar tendrán que pagar una multa si no tiene cobertura médica calificada por 3 meses o más durante el año, a menos que califique para una exención. Para más información visite [CuidadoDeSalud.gov/es/fees-exemptions](http://CuidadoDeSalud.gov/es/fees-exemptions).

## ¿Cuándo empieza la cobertura del Mercado?

Dado que nos informó que recientemente obtuvo o se convirtió en un dependiente mediante nacimiento, adopción, colocar en adopción o en cuidado de crianza, o mediante manutención de menores u otra orden judicial, la cobertura de su plan empezará el día en que obtuvo o se convirtió en dependiente, después del 1 de enero de 2016. Puede comunicarse con el Centro de Llamadas del Mercado si desea elegir una fecha de inicio de cobertura posterior.

- Debe pagar la prima del primer mes antes de que empiece la cobertura.
- Debe seleccionar su plan antes del 15 de June de 2016.

## ¿Qué ocurre si la información indicada en mi solicitud cambia durante el año?

Si las circunstancias han cambiado y la información que nos dio cuando solicitó ya no es correcta, es necesario que nos informe dentro de los 30 días del cambio. Los cambios pueden afectar su elegibilidad para:

- Créditos fiscales

- Inscripción en un plan con copagos más bajos, coseguro y deducibles
- Cobertura a través de Medicaid o FAMIS

Si usted es elegible para un crédito fiscal y decide usarlo por adelantado para pagar sus primas pero no reporta un cambio que pueda afectar su elegibilidad, podría tener que devolver una parte o todo su crédito fiscal cuando presente su declaración de impuestos. Algunos cambios pueden hacer que sea elegible para un crédito fiscal mayor o una nueva ayuda con los costos. Para obtener una lista de los cambios que debe informar, consulte "1. Reportar cambios" en la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año.

Asegúrese de guardarlo, ya que puede no ser incluido en avisos subsiguientes.)

Si se inscribe en un plan del Mercado y más tarde es elegible para otra cobertura mínima esencial, como Medicaid, CHIP, Medicare o la cobertura por medio de un trabajo, usted no será elegible para recibir los anticipos del crédito fiscal, pero puede mantener su plan del Mercado y pagar la prima completa. Si es elegible para otra cobertura, debe comunicarse con el Mercado para poner fin a los pagos anticipados de sus créditos fiscales e informar al Mercado si también quiere terminar su plan médico. Si no cancela los pagos anticipados de sus créditos fiscales, la persona que presenta los impuestos a su nombre tendrá que pagar los créditos fiscales cuando presente su declaración de impuestos.

Para informar sobre los cambios de vida, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) y seleccione su solicitud actual, y seleccione "Informar sobre un cambio de vida." También puede ponerse en contacto con el Centro de Llamadas del Mercado. Si este aviso dice que usted es elegible para Medicaid o FAMIS, o póngase en contacto con la agencia estatal al número de teléfono que aparece al final de esta notificación.

Si utiliza los pagos adelantados del crédito fiscal para las primas para ayudar a pagar su prima del Mercado, tiene que presentar una declaración de impuestos para reportar estos pagos aunque no suela presentar una declaración de impuestos.

### **¿Qué debo hacer si pienso que mis Resultados de elegibilidad están equivocados?**

Si piensa que hemos cometido un error, puede apelar la determinación final de elegibilidad al Centro de Apelaciones del Mercado. Esto incluye la elegibilidad para comprar cobertura en el Mercado de seguros, créditos fiscales para la prima, reducción de costos compartidos y períodos de inscripción. Ver a continuación para más información sobre [state Medicaid name] o [state CHIP name]. Tenga en cuenta que:

- Si necesita servicios médicos de inmediato y una demora podría poner en peligro su salud, puede solicitar una apelación rápida (acelerada) utilizando el formulario de solicitud de apelación enviando un fax o una carta a la dirección indicada más abajo.
- Puede representarse a sí mismo o designar un representante que le ayude con su apelación. Esta persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado o alguien más.
- Puede solicitar a mantener su elegibilidad durante su apelación. Si era previamente elegible para la cobertura del Mercado o ayuda financiera y cambia su elegibilidad, puede apelar este cambio. En este caso, es posible que pueda mantener su elegibilidad anterior durante su apelación.

- El resultado de la apelación podría cambiar la elegibilidad de los otros miembros de su familia, incluso si no solicitan por una apelación.

### **¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una apelación?**

Generalmente, tiene 90 días desde la fecha de su aviso de elegibilidad para solicitar una apelación. Sin embargo, si este aviso dice que alguien tiene que "enviar más información al Mercado", entonces debe seguir los pasos descritos en la sección "¿Qué debo hacer ahora?" de este aviso. Hasta que no cargue o envíe por correo los documentos y sus datos para resolver la inconsistencia, el aviso de elegibilidad no es una determinación final de elegibilidad y no puede ser apelado.

### **¿Cómo solicito una apelación?**

- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals) para obtener una Solicitud de Apelación de su estado; o
- Escriba una carta solicitando una apelación. Incluya su nombre, dirección, y la razón por la que solicita la apelación. Si está solicitando una apelación para otra persona (como su hijo), también incluya su nombre.

Luego, envíe por fax su solicitud de apelación a la línea segura de fax: 1-877-369-0130, o envíelo por correo a:

Mercado De Seguros Médicos  
ATTN: Apelaciones  
465 Industrial Blvd.  
London, KY 40750-0061

### **Apelar su elegibilidad para Medicaid o CHIP**

Si este aviso dice que usted puede ser elegible para Medicaid o CHIP, o que su estado está revisando su elegibilidad para Medicaid o CHIP, su agencia estatal de Medicaid o CHIP le enviará un aviso para informarles si califica para estos programas gratis o de baja costo.

Si su estado determina que es elegible para Medicaid o CHIP:

- Su estado le indicará cómo solicitar una audiencia imparcial de Medicaid a través del proceso audiencia imparcial del estado.
- También podría volver a presentar su solicitud para la cobertura médica del Mercado a través del Mercado y recibir ayuda con los costos. Si está en desacuerdo con sus **resultados de elegibilidad**, actualizados, puede solicitar una apelación a través del Centro de Apelaciones del Mercado.

Para más información sobre su elegibilidad a Medicaid o CHIP, incluyendo su derecho a apelar su estado determina que no es elegible para Medicaid o CHIP, comuníquese con su agencia estatal de Medicaid o CHIP al número que se incluyen al final de este aviso.



## Más información sobre cómo obtener cobertura de Medicaid o CHIP

Si sus resultados de elegibilidad indican que es elegible para comprar una cobertura médica a través del Mercado, creemos que no califica para [state Medicaid name]. Algunas personas aún pueden calificar para [state Medicaid name], pero solo [state Medicaid agency name] puede tomar la decisión final.

Puede que quiera pedirle a [state Medicaid name] que continúe con su solicitud si usted:

- Necesita muchos servicios médicos o tiene facturas médicas;
- Tiene un ingreso familiar que se aproxima al límite de ingreso de [state Medicaid name] o no está de acuerdo con la cantidad de ingreso que se utilizó para evaluar su elegibilidad;
- Tiene una incapacidad.

Puede conservar la cobertura descrita en este aviso mientras [state Medicaid agency name] revisa su solicitud.

Estos son los pasos para continuar con su solicitud para [state Medicaid name] o [State CHIP name]

- Visite CuidadoDeSalud.gov, inicie sesión en su cuenta del Mercado, seleccione su solicitud más reciente y luego haga clic en “Elegibilidad y Apelaciones”. También puede iniciar sesión en su cuenta del Mercado, seleccionar su solicitud más reciente y revisarla hasta encontrar la pantalla “Resultados de Elegibilidad”. Marque la casilla para una “Determinación completa de Medicaid” y siga todos los pasos.
- Llame al Centro de Llamadas del Mercado y solicite que [state Medicaid agency] continúe revisando su solicitud para [state Medicaid program].

Le recomendamos que continúe con su solicitud para [state Medicaid name] aunque no sepa si es elegible. Dado que [state Medicaid agency name] -y no el Mercado- determinará su elegibilidad para [state Medicaid name] en última instancia, solo podrá solicitar una apelación una vez que [state Medicaid agency name] haya tomado la decisión final.

## Para más ayuda

- Visite CuidadoDeSalud.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios TTY deben llamar al 1-855-889-4325. También puede hacer una cita con un asistente para recibir ayuda. La información está disponible en AyudaLocal.CuidadodeSalud.gov.
- Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid al toll-free: 1-855-242-8282 (TTY: 1-855-242-8282) para información sobre Medicaid. Para más información sobre su programa estatal CHIP, comuníquese con [state CHIP agency name] al toll-free: 1-855-242-8282 (TTY: 1-855-242-8282).
- Servicios de Ayuda de Idioma. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. La información acerca de cómo tener acceso

a estos servicios de ayuda de idioma se incluye con este aviso, como página aparte. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para obtener información acerca de estos servicios.

- Si tiene una incapacidad y necesita arreglos razonables, llame al Mercado de Seguros. Estas acomodaciones están disponibles sin costo alguno.

Para obtener más información, sobre créditos fiscales, costos de su bolsillo reducidos y elegibilidad de Medicaid, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o vea la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año.)

Sinceramente,

Mercado de Seguros Médicos  
Departamento De Salud y Servicios Humanos  
465 Industrial Boulevard  
London, Kentucky 40750-0001

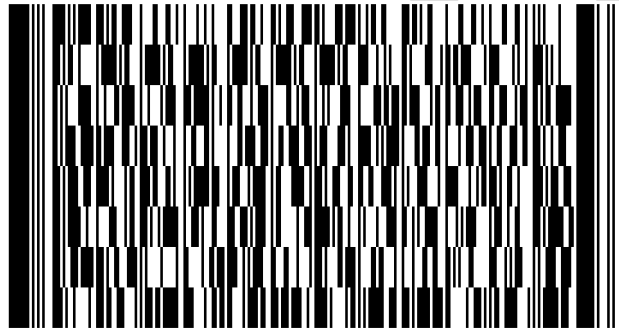
Las decisiones o evaluaciones en esta carta se hicieron basadas en el 45 CFR 155.305, 155.410, 155.420-430 y 42 CFR 435.603, 435.403, 435.406 y 435.911.

*Divulgación de Privacidad:* El Mercado de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal (PII en inglés) que ha proporcionado (visite [www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/](http://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/)) Este aviso fue generado por el Mercado según 45 CFR 155.230 y 45 CFR parte 155, subparte D. La información utilizada para crear este aviso se recolectó del Mercado de Seguros Médicos. Puede que el Mercado haya utilizado datos de agencias federales o estatales o de una agencia de informes de consumidor para determinar la elegibilidad de las personas que aparecen en su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada 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 solicitud de información es 0938-1207.

*No discriminación:* El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios, o discrimina de otra manera a cualquier persona por motivos de raza, color, nacionalidad, incapacidad, sexo o edad. Si cree 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](http://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles / Departamento de Salud y Servicios Humanos/200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

**¿Necesita enviar documentos?** Si su **Resultados de Elegibilidad** indican que debe enviar más información, favor de incluir una copia de esta página de código de barras. Esta página ayuda a que el Mercado asocie sus documentos fácilmente con su solicitud. Para obtener más información sobre cómo elegir los documentos y cargarlos o sobre cómo enviarlos al Mercado, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information](https://CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information), o consulte "2. ¿Cómo enviar más información" en la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año.)



2642585

## Entender sus Resultados de Elegibilidad

Estas páginas incluyen información importante sobre:

1. Reportar cambios
2. Cómo enviar más información
3. Apelar
4. Obtener ayuda con el costo de necesidades especiales de salud
5. Cobertura para las familias inmigrantes

### 1. Reportar Cambios

Si está inscrito en un plan médico a través del Mercado y la información en su solicitud cambia, informe los cambios en un plazo de 30 días. Si no informa los cambios, puede que no obtenga todos los ahorros para los que es elegible. Si está recibiendo un crédito fiscal para la prima, es posible que tenga que devolver parte o la totalidad de los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima cuando haga su declaración de impuestos. Ejemplos de cambios que debe informar incluyen:

- Mudarse.
- Cambios en el ingreso del hogar, especialmente si su hogar recibirá más dinero de lo que estimó en su solicitud. La tabla de **Resultados de Elegibilidad** mostrará la cantidad de ingresos que se utilizó para determinar su ayuda con los costos, si es elegible para esta ayuda.
- Cambios en el tamaño del hogar. Por ejemplo, alguien en su hogar se casa o se divorcia, está embarazada, o tiene un hijo; o su hijo se muda o no será reclamado como dependiente.
- Un cambio en el plan para presentar su declaración federal de impuestos para el año que está recibiendo la cobertura del Mercado, como si va a reclamar nuevos dependientes en su declaración de impuestos.
- Estar calificado para otra cobertura de salud.
- Los cambios en el estado de inmigración, como si su visa expira y no se renueva.
- Estar encarcelado (cárcel), que no sea en la espera de la disposición de los cargos.

Para reportar cambios, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov), seleccione su solicitud actual, luego seleccione “Reportar un cambio de vida.” También puede comunicarse en el Centro de Llamadas del Mercado.

#### Si se inscribe en su programa estatal de Medicaid o CHIP

Debe reportar cualquier cambio que pudiera afectar a su cobertura médica, como los mencionados anteriormente. Recibirá instrucciones de cómo informar de los cambios en la carta de inscripción que el estado le enviará. También puede llamar a la agencia estatal de Medicaid al número de teléfono incluido con este aviso.

### 2. Cómo enviar más información

Puede haber momentos en que necesita enviar los documentos para verificar alguna información en su solicitud. O es posible que sólo necesite más información antes de poder procesar su solicitud.

Si este aviso dice que necesita enviar más información, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) e inicie sesión en su cuenta del Mercado, a continuación, siga los pasos de cargar documentos. Esta es la manera más rápida de obtener sus documentos procesados. También puede enviar por correo las copias.

## Esto es lo que se necesita:

- Su cuenta del Mercado. El contacto principal del hogar para su solicitud del Mercado puede visitar [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) e ingrese a cargar documentos.
- El archivo electrónico del documento que tiene que cargar:
  - Debe ser .pdf, .jpeg, .jpg, .gif, .xml, .png, .tiff, o .bmp.
  - No puede ser mayor que 10 MB.
  - El nombre del archivo no puede incluir dos puntos, punto y coma, asterisco, o cualquier otro carácter especial. Aquí hay algunos ejemplos de caracteres especiales que no pueden estar en el nombre del archivo: / \ : \* ? " < > .

## Cuando esté listo para cargar su documento electrónico:

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) e inicie sesión en su cuenta del Mercado.
- Seleccione el botón verde "Comenzar una nueva solicitud o actualizar una existente."
- Haga clic en su nombre en la parte superior derecha de la pantalla y seleccione "Mis solicitudes y cobertura" del menú desplegable.
- Seleccione su solicitud bajo "Sus solicitudes existentes." Luego use el menú del lado izquierdo de su pantalla para hacer clic en "Detalles de la solicitud."
- Seleccione el botón verde "Cargar documentos" o "Cargar más documentos" a la derecha de cada inconsistencia que necesita resolver. Si tiene más de una, trabájelas una a la vez.
- Siga las instrucciones en su pantalla para cargar su documento.
  1. Haga clic en "Seleccionar archivo para cargar" para elegir el tipo de documento. Si tiene que resolver más de una inconsistencia, puede expandir o cerrar cada una a medida que trabaja en éstas.
  2. Busque el documento en su computadora, seleccione el documento y haga clic en "Cargar". Cuando la carga se realiza correctamente, aparece una marca al lado del nombre del archivo.
  3. Después de que el documento se ha cargado correctamente, aparecerá junto a la inconsistencia "Enviado" en la pestaña "Detalles de la solicitud".
  4. Pase a la siguiente inconsistencia. Repita los pasos 1 - 3 para cargar los documentos para cada una.

Si está teniendo problemas para cargar un documento, debe enviar copias. No envíe documentos originales. Si su aviso de **Resultados de Elegibilidad** incluye una página de código de barras impreso, incluya una copia de la misma. También puede incluir su nombre impreso y la identificación de la solicitud de sus **Resultados de Elegibilidad** cuando envíe sus documentos.

Mantenga todos los originales. Envíe por correo copias de los documentos a:

Mercado de Seguros Médicos  
Attn: Cobertura  
465 Industrial Boulevard  
London, Kentucky 40750-0001

También puede comunicarse con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2696. Usuarios TTY deben llamar al 1-855-889-4325. La llamada es gratuita.

## 3. Información adicional sobre las apelaciones

Si cree que sus **Resultados de elegibilidad** son incorrectos, en muchos casos puede apelar su elegibilidad a través del Centro de Apelaciones del Mercado para la cobertura médica del Mercado o ayuda para pagar la cobertura. Esto incluye su derecho a recibir créditos fiscales para la prima, reducciones de costos compartidos y períodos de inscripción. También puede solicitar una apelación a través del Mercado o por medio de su estado si se determinó que no es elegible para Medicaid o CHIP y cree que debería serlo.

Vea en sus **Resultados de elegibilidad** la sección “¿Qué debo hacer si pienso que mis Resultados de Elegibilidad son incorrectos?” Para más información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/Marketplace-appeals/](https://CuidadoDeSalud.gov/es/Marketplace-appeals/).

## 4. Obtener ayuda con los costos de necesidades especiales de atención médica

### ¿Cubre Medicaid necesidades especiales de atención médica?

Sí. Puede calificar para obtener la cobertura para más servicios de salud y pagar menos por los cuidados si tiene necesidades especiales de atención médica, al igual que si usted:

- Tiene una condición médica, de salud mental o abuso de sustancias que limita la capacidad de trabajar o ir a la escuela
- Necesita ayuda con las actividades diarias, como bañarse o vestirse
- Regularmente debe obtener la atención médica, cuidado personal, o los servicios de salud en el hogar, un centro de cuidado diurno para adultos u otro entorno de la comunidad
- Vive en un centro de atención a largo plazo, hogar de grupo u hogar de ancianos
- Es ciego
- Padece una enfermedad terminal

Para averiguar si califica, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado. También puede actualizar su solicitud del Mercado con esta información. Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://CuidadoDeSalud.gov), ingrese a su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud existente. Luego, seleccione "Informar un cambio de vida," continúe a través de la solicitud para responder a preguntas sobre sus necesidades especiales de atención médica y obtener nuevos **Resultados de Elegibilidad**. Si califica para otra cobertura médica puede mantenerla mientras que la agencia de Medicaid decide si reúne los requisitos para Medicaid.

## 5. Cobertura para las familias inmigrantes

Las personas que no se encuentren legalmente presentes pueden solicitar en nombre de los miembros de la familia que sean elegibles, como hijos o cónyuge legalmente presentes. Las personas que no se encuentren legalmente pueden completar una solicitud del Mercado para averiguar si son elegibles para el pago de Medicaid para el tratamiento médico de emergencia. Los inmigrantes legalmente presentes que no son elegibles para Medicaid debido a su estatus de inmigración pueden ser elegibles para la cobertura del Mercado y ayuda con los costos. La información proporcionada al Mercado será utilizada para determinar la elegibilidad para las opciones de cobertura médica y no será utilizada para fines de control migratorio. Si usted o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al Centro de Llamadas del Mercado.

**This Notice has Important Information.** This notice has important information about your application or coverage through the Health Insurance Marketplace. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1-800-318-2596 and wait through the opening. When an agent answers, state the language you need and you'll be connected with an interpreter.

**العربية (Arabic)** يحتوي هذا الإشعار على معلومات هامة بخصوص طلبك أو تغطيتك من خلال سوق التأمين الصحي. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى اتخاذ إجراء في مواعيد معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 1-800-318-2596 و انتظر عند سماعك الافتتاحية. عندما يجيبك الممثل قم بتحديد اللغة التي تحتاج و سيجري وصلك بالمترجم.

**中文 (Chinese)** 本通知包含您通过健康保险市场的申请或保险范围方面的重要信息。查阅本通知中的重要日期。您可能需要在某些截止日期前采取行动以续保或有助于节省某些费用。您有权免费获取本信息以及您所使用语种的帮助。请致电 1-800-318-2596 并聽完全部錄音。當有代表接聽時，請說明您所需的语种，屆時將有譯員與您聯繫。

**Français (French)** Cet avis contient des informations importantes concernant votre demande ou votre couverture à travers le Marché d'assurance maladie. Recherchez les dates clés dans le présent avis. Vous pourrez avoir besoin de prendre des mesures avant certaines dates limites afin de garder votre couverture santé ou de vous aider avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir ces informations et de l'aide dans votre langue sans frais. Appelez le 1-800-318-2596 et appuyez sur « 0 » à deux reprises attendre à travers l'ouverture. Quand l'agent répond indiquez la langue dont vous avez besoin et vous serez mis en relation avec un interprète.

**Kreyòl (French Creole)** Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan sou aplikasyon w lan oswa pwoteksyon atravè Health Insurance Marketplace la. Gade pou datkle nan avi sa a. Ou ka bezwen pran aksyon pa yon sèten dat limit pou ou kenbe asirans sante ou oswa èd ak depans yo. Ou gen dwa pou ou jwenn enfòmasyon sa a akèd nan lang ou sanpa sa pa koute ou anyen. Rele 1-800-318-2596 epi rete tann ouvèti an. Lè yon ajan reponn, di lang ou bezwen an epi ou pral konekte ak yon entèprèt.

**Deutsch (German)** Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag oder Versicherung durch den Health Insurance Marketplace. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie müssen möglicherweise bis zu bestimmten Stichtagen handeln, um Ihre Krankenversicherung aufrechtzuerhalten oder Hilfe mit Kosten zu erhalten. Sie haben das Recht, diese Informationen und Hilfe in Ihrer Sprache kostenlos zu erhalten. Rufen Sie 1-800-318-2596 an und warten Sie die Ansage ab. Wenn sich ein Mitarbeiter meldet, wählen Sie die Sprache aus, die Sie benötigen und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

**ગુજરાતી (Gujarati)** આ સૂચનામાં આરોગ્યવીમામાર્કેટસ્થળ સમારફતેતમારીઅરજીઅથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેનીમહત્વનીમાહિતીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારાઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઈપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજણાકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારફતે રાહ જુઓ. એક એજન્ટ જવાબ આપે, ત્યારે તેમને તમે જરૂરી ભાષા જણાવો અને તમને દુભાષિયો સાથે જોડવામાં આવશે.

**Italiano (Italian)** Questo avviso contiene importanti informazioni. Questo avviso contiene importanti informazioni riguardo la sua richiesta o copertura assicurativa tramite l'Health Insurance Marketplace. Controlli le date più importanti di questo avviso. Potrebbe avere la necessità di compiere alcune azioni al fine di conservare la sua copertura medica o per ridurre i costi. Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed assistenza nella sua lingua senza costi aggiuntivi. Chiami all'1-800-318-2596 e resti in attesa del primo operatore disponibile. Quando un nostro operatore risponderà, comunichi la lingua di cui ha bisogno e sarà collegato/a con un interprete.

**日本語(Japanese)** この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、Health Insurance Marketplace 経由のアプリケーションまたは補償範囲に関する重要な情報が含まれます。この通知では、重要な期日について確認してください。補償範囲や費用サポートを維持するには、指定の期日までにご対応いただく必要がある場合があります。これらの情報を無料で取得する権利および希望の言語でサポートを受ける権利があります。1-800-318-2596 にお問い合わせいただき、つながるまでお待ちください。エージェントにつながりましたら、必要とする言語をお伝え下さい。通訳者とつながります。



**한국어 (Korean)** 이 통지서에는 건강 보험 시장을 통한 귀하의 신청이나 보험 커버리지에 관한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지서에 나타난 중요한 날짜들을 잘 찾아 보십시오. 귀하는 귀하의 보험 커버리지를 계속 유지시키거나 경비를 절감하는 도움을 얻기 위해서 일정한 마감일 까지 필요한 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하는 귀하의 언어로 이 정보와 도움을 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 1-800-318-2596 로 전화하시고 시작하기 전에 기다리십시오. 직원이 전화를 받으면 귀하가 필요한 언어를 말씀하십시오. 그러면 통역사와 연결될 것입니다.

**Polski (Polish)** To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku o ubezpieczenie lub polisy zdrowotnej zakupionej przez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu aby przy podejmowaniu ewentualnych decyzji dotyczących odnowienia polisy lub pomocy związanej z kosztami, nie przekroczyć terminów. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji we własnym języku. W tym celu prosimy o telefon pod numer 1 800 318 2596, następnie proszę poczekać na zgłoszenie się operatora i wypowiedzenie preferowanego języka a rozmowa zostanie przełączona do tłumacza.

**Português (Portuguese)** Este aviso contém informações importantes sobre sua aplicação ou cobertura ao longo do Mercado de Planos de Saúde (Health Insurance Marketplace). Observe as datas importantes nesse aviso. Você poderá precisar tomar medidas, até determinados prazos, para manter sua cobertura médica ou ajuda de custo. Você tem o direito de obter tais informações e auxílio em seu idioma, sem custo algum. Ligue para 1-800-318-2596 e espere através da introdução. Quando o agente atende, afirme o idioma que precisa e você será transferido para um intérprete.

**Русский (Russian)** В настоящем уведомлении содержится важная информация о вашей страховке через рынок медицинского страхования. Вы можете найти важные даты в данном уведомлении. Возможно, вам придется предпринять некоторые действия к конкретным срокам, с тем, чтобы сохранить вашу медицинскую страховку или финансовую помощь на медицинские расходы. Вы имеете право на получение этой информации и помощи на родном языке бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-318-2596 и прослушайте вступительную информацию до конца. Когда ответит агент, укажите необходимый язык, и вас соединят с переводчиком.

**Español (Spanish)** Este aviso contiene información importante sobre su solicitud o la cobertura que tiene a través del Mercado de Seguros Médicos. Consulte las fechas importantes que figuran aquí. Es probable que deba tomar medidas antes de algunas fechas clave para mantener su cobertura de salud o seguir recibiendo ayuda para pagar los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y asistencia en su idioma en forma gratuita. Llame al 1-800-318-2596 y espere a través de la introducción. Cuando el agente atiende, indique el idioma que necesita y lo pondrán en comunicación con un intérprete.

**Tagalog (Tagalog)** Ang paunawa na ito ay may nilalamang mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o kaseguruhan sa pamamagitan ng Health Insurance Marketplace. Tingnan ang mga mahalagang petsa sa paunawang ito. Maaring mangailangang gumawa ka ng hakbang sa loob ng mga itinakdang petsa upang mapanatili ang iyong kaseguruhan pangkalusugan o makatanggap ng tulong sa mga gastos. Mayroon kang karapatang makuha ang impormasyon na ito at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 1-800-318-2596 at maghintay ng pagkakataong mabuksan ang linya. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin ang kailangan mong wika at ikaw ay iuugnay sa isang tagapagsalin sa Tagalog.

**Tiếng Việt (Vietnamese)** Thông báo này có thông tin quan trọng bàn về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình Thị trường bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1-800-318-2596 và đợi nghe hết lời mở đầu do máy nói. Cho tới khi gặp một nhân viên trả lời, xin nói ngôn ngữ của mình là gì và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

