

**Proceso de Confirmación para el Período Especial de Inscripción del Mercado: "Aviso de Terminación" para los Consumidores Cuya Cobertura Terminará por No Comprobar Elegibilidad para un SEP y Necesitan Regresar al Mercado para Obtener Cobertura 2017.**

A partir de marzo de 2016, los consumidores que solicitaron la cobertura del Mercado estaban obligados a reconocer que se les podría pedir proporcionar documentación para verificar su elegibilidad para un Período Especial de Inscripción (SEP). Este aviso es un ejemplo para un individuo o una familia cuya cobertura del Mercado terminará por no proporcionar documentación comprobando elegibilidad para el SEP que utilizó para inscribirse en cobertura fuera del período de Inscripción Abierta.

Los consumidores que reciben este tipo de aviso **deben regresar al Mercado para seleccionar un plan durante la Inscripción Abierta para obtener cobertura del Mercado en 2017.**

Los consumidores que necesitaban comprobar su elegibilidad para un SEP recibieron varios avisos del Mercado pidiéndoles documentación. El Mercado también se comunicó con ellos por teléfono y enviaron avisos por correo electrónico a los consumidores que solicitaron comunicación electrónica.

Mientras que estos consumidores no fueron elegibles para el SEP que usaron en 2016, aún pueden inscribirse en la cobertura del Mercado durante la Inscripción Abierta o durante otro SEP, si califican para uno.

Sin embargo, como su cobertura 2016 será cancelada, estos consumidores no serán automáticamente re-inscritos en la cobertura de 2017. Los consumidores que deseen cobertura para 2017, deben regresar al Mercado para seleccionar un plan durante la Inscripción Abierta entre el 1 de noviembre de 2016 al 31 de enero de 2017.

Insert: Date

Insert: Household Contact Name

Insert: Consumer Address

**URGENTE: Su cobertura del Mercado finalizará el [Insert: Termination date]. Para obtener cobertura 2017, debe regresar al Mercado y seleccionar un plan.**

Fecha de solicitud: [Insert: Application date]

ID de solicitud: [Insert: Application\_ID]

Estimado(a): [ Insert Household Contact Name]:

Usted está recibiendo este aviso porque su cobertura para 2016 finalizará el [**Termination Date**] para usted y cualquiera en su hogar que se inscribió en un plan del Mercado. Según nuestros registros, usted no fue elegible para el Período Especial de Inscripción que utilizó para inscribirse a principios de este año.

Para obtener la cobertura del Mercado para 2017, **debe elegir un plan durante la Inscripción Abierta**. La Inscripción Abierta corre del 1 de noviembre de 2016 al 31 de enero de 2017. Para que su cobertura comience el 1 de enero de 2017, debe crear una nueva solicitud o actualizar una existente en [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) y seleccionar un plan para el 15 de diciembre de 2016. Si ya ha hecho esto, regrese al Mercado y confirme la fecha en que comienza su cobertura.

**Favor de leer este aviso en su totalidad. Tiene más información sobre cómo obtener cobertura en 2017 y el por qué su cobertura 2016 está terminando.**

Por favor, mantenga este aviso en sus archivos.

### **¿Cómo puedo estar seguro que tengo cobertura para 2017?**

La Inscripción Abierta termina el 31 de enero de 2017. Su cobertura 2017 comenzará dependiendo de cuando seleccione un nuevo plan. **No se le inscribirá automáticamente en**

**la cobertura para 2017, incluso si recibió una carta indicando que sería inscrito automáticamente. Asegúrese de solicitar y seleccionar un plan para el 15 de diciembre de 2016 para la cobertura que comienza el 1 de enero de 2017, y pagar la prima del primer mes.**

### **¿Y si ya seleccioné un plan del Mercado para 2017?**

Incluso si ha completado su solicitud de 2017 y eligió un plan, necesita regresar al Mercado para asegurarse de que su cobertura comenzará el 1 de enero de 2017. También debe pagar la prima del primer mes para garantizar la cobertura del 1 de enero.

### **¿Por qué está terminando mi cobertura de 2016?**

Usted se inscribió en la cobertura del Mercado para 2016 utilizando un Período Especial de Inscripción. El Mercado le pidió enviar documentación para comprobar que usted, y otros en su solicitud, eran elegibles para inscribirse con este Período Especial de Inscripción. Usted recibió dos avisos del Mercado que le solicitando que cargará o enviará por correo documentación, fechados **[insert: Initial Notice or eligibility notice generation date]** y **[insert: non-responder or insufficient documentation notice date]**. [Su cobertura está terminando porque no envió la documentación para verificar que usted o alguien en su solicitud era elegible para este Período Especial de Inscripción.][Su cobertura está terminando porque la documentación que envió no incluyó información comprobando que usted o alguien en su solicitud era elegible para este Período Especial de Inscripción.]

### **¿Qué debo hacer si pienso que hay un error con mis Resultados de Elegibilidad?**

Si piensa que hemos cometido un error, es posible que pueda apelar nuestra decisión.

#### **¿Qué debo saber sobre cómo solicitar una apelación?**

- Por lo general, usted tiene 90 días a partir de la fecha del presente aviso para solicitar una apelación con el Mercado.
- Usted puede designar a un representante autorizado, como un amigo, pariente, abogado, o alguien más que le ayude con su apelación. O, usted puede solicitar y presentar la apelación por su cuenta.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de los otros miembros de su familia, incluso si no solicitan una apelación.

#### **¿Cómo envío una solicitud de apelación?**

- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/appeal-forms](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/appeal-forms) para encontrar y completar el formulario de solicitud de apelación para su estado .Si prefiere, puede escribir una carta. Incluya su nombre, dirección, y la razón por la que está solicitando la apelación. Si está solicitando una apelación para otra persona (como su hijo), también incluya su nombre.
- Envíe su solicitud de apelación al Mercado por fax, correo postal o electrónico:
  - Si envía por fax, utilice la línea segura de fax: 1-877-369-0129.
  - Si es por correo, envíe el formulario a:

Mercado de Seguros Médicos  
Attn: Centro de Apelaciones del  
Mercado  
465 Industrial Blvd.  
London, KY 40750-0001

- Incluya una copia de este aviso con su solicitud de apelación.
- Si necesita servicios de salud urgentes y una demora podría poner su salud en grave peligro, puede solicitar una apelación rápida (acelerada) mediante el formulario de solicitud de apelación o una carta.

¿Qué sucede después de presentar una apelación?

- El Centro de Apelaciones del Mercado revisará su solicitud de apelación. Usted recibirá una carta por correo informándole que recibimos su solicitud.
- Puede que se le pregunte si desea resolver su apelación de manera informal. Si está satisfecho con su resolución informal, obtendrá un aviso con decisión de la resolución informal por correo.
- Como parte de su apelación, usted tiene el derecho a una audiencia. Una audiencia es una manera más formal para que usted presente su caso y obtenga una decisión sobre su apelación. Si desea una audiencia, un oficial de audiencia federal la llevará a cabo, normalmente por teléfono. Por lo general, recibirá una carta en el correo 15 días antes de la audiencia con la fecha, hora y las instrucciones sobre cómo llamar a la audiencia. Si no se presenta a su audiencia, su apelación puede ser descartada. Si es descartada, su última determinación de elegibilidad del Mercado se mantendrá vigente. Después de que se decida su apelación de elegibilidad, usted recibirá una carta por correo explicándole la decisión.

### **Para obtener más ayuda**

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov), o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de 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](http://AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).
- 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.

Atentamente,

Departamento de Salud y Servicios  
Humanos 465 Industrial Boulevard  
London, Kentucky 40750-0001

*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 [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso fue generado por el Mercado según 45 CFR 155.230 y 45 CFR 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 otras agencias federales y 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 Trámites 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 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.

**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 الى اتخاذ اجراء في مواعيد معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بلغتك من دون اي 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，屆時將有譯員與您联系。

**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. મનેકોઇપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજણકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 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. Chiama 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.

