

Rolando Barrero Valmaceda
3103 Shadow Walk Ln
Tucker, GA 30084

28 de enero de 2016

Fecha de la solicitud: 28 de enero de 2016
Número de Identificación de Solicitud: 1939695902

Importante: Sus **Resultados de Elegibilidad** para cobertura del Mercado de Seguros Médicos

Hemos revisado su solicitud para ver si puede obtener cobertura médica a través del Mercado de seguros y ayudar a pagar por cobertura y servicios médicos a través de:

- Una deducción fiscal que se puede utilizar de inmediato para reducir sus costos mensuales de las primas
- Planes médicos que reducen los costos de su bolsillo
- COMPASS (Medicaid) y Georgia PeachCare for Kids (Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)), que son programas conjuntos federales y estatales que ayudan con los costos médicos de personas con ingresos limitados o necesidades de cuidados médicos especiales

Guarde este aviso. Incluye información importante sobre fechas que pueden afectar su elegibilidad para cobertura, sus costos y próximos pasos.

Sus Resultados de Elegibilidad

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

Miembro(s) de la familia	Resultados	Próximos pasos
Rolando Barrero Valmaceda	<ul style="list-style-type: none">• Elegible para un periodo de inscripción especial	

Miembro(s) de la familia	Resultados	Próximos pasos
Rolando Barrero Valmaceda	<ul style="list-style-type: none"> Puede elegir un plan médico con copagos, coseguro, y deducibles reducidos (05) 	<ul style="list-style-type: none"> Elija un plan médico y haga el pago del primer mes.
Rolando Barrero Valmaceda	<ul style="list-style-type: none"> Elegible para comprar cobertura médica a través del Mercado de seguros médicos, pero se necesita más información. Elegible para un crédito fiscal (\$788.00 cada mes, que es de \$9,456.00 anual, para su unidad familiar), pero se necesita más información. Este cálculo se basa en el ingreso familiar anual de \$30,000.00. Esta es la cantidad que proporcionó en su solicitud del Mercado o la cantidad proveniente de las fuentes de datos de los ingresos disponibles más recientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíe más información al Mercado de seguros médicos.
Rebeca Acevedo	<ul style="list-style-type: none"> Elegible para un periodo de inscripción especial 	
Rebeca Acevedo	<ul style="list-style-type: none"> Puede elegir un plan médico con copagos, coseguro, y deducibles reducidos (05) 	<ul style="list-style-type: none"> Elija un plan médico y haga el pago del primer mes.
Rebeca Acevedo	<ul style="list-style-type: none"> Elegible para comprar cobertura médica a través del Mercado de seguros médicos, pero se necesita más información. Elegible para un crédito fiscal (\$788.00 cada mes, que es de \$9,456.00 anual, para su unidad familiar), pero se necesita más información. Este cálculo se basa en el ingreso familiar anual de \$30,000.00. Esta es la cantidad que proporcionó en su solicitud del Mercado o la cantidad proveniente de las fuentes de datos de los ingresos disponibles más recientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Envíe más información al Mercado de seguros médicos.

Si sus **Resultados de Elegibilidad** indican que es elegible para un prima crédito fiscal o reducciones de los gastos compartidos significa que no sea 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 especiales de cuidado de la salud. Para aprender más, vea "5. Cómo obtener ayuda con el gasto de sus necesidades especiales de cuidados de la salud" incluido en esta notificación.

¿Por qué no califico para otros programas?

- Rolando Barrero Valmaceda – No es elegible para Medicaid ni para el Programa de Seguros Médicos para los Niños (CHIP) porque su estado no expandió los beneficios para individuos en su situación.
- Rebeca Acevedo – No es elegible para Medicaid ni para el Programa de Seguros Médicos para los Niños (CHIP) porque su estado no expandió los beneficios para individuos en su situación.

¿Qué debo hacer ahora?

Esto es lo que cada persona en su hogar tiene que hacer para tomar los "Próximos pasos" que se enumeran en sus **Resultados de Elegibilidad**. 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.

- Rolando Barrero Valmaceda, Rebeca Acevedo - Necesita enviar al Mercado una prueba de que es ciudadano. Si no presenta la documentación en la fecha siguiente, su elegibilidad para la cobertura médica puede terminar: 2 de mayo de 2016.

Si es ciudadano, sólo necesita un documento de la primera lista a continuación para probar la ciudadanía estadounidense o la nacionalidad:

- Pasaporte de los EE.UU.
- Certificado de Naturalización (N-550/N-570)
- Certificado de Ciudadanía (N-560/N-561)
- Licencia de manejar emitida por el estado (disponible en Michigan, Nueva York, Vermont y Washington)
- Documento de tribu india reconocida federalmente que incluya su nombre y el nombre de la tribu india federalmente reconocida que ha emitido el documento y que indica su membresía, inscripción o afiliación con la tribu. Los documentos que puede proporcionar incluyen:
 - Una tarjeta de inscripción tribal
 - Un Certificado de Grado de Sangre India
 - Un documento de censo Tribal
 - Documentos con membrete Tribal firmados por un funcionario Tribal

Si es ciudadano o nacional estadounidense pero no tiene ninguno de los documentos indicados anteriormente, puede enviar dos documentos: uno de cada una de las listas que aparecen a continuación:

Envíe un documento de la lista A:

- Certificado de nacimiento público de los EE.UU.
- Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero (FS-240, CRBA)
- Certificación de Informe de Nacimiento (DS-1350)

- Certificación de Nacimiento en el Extranjero (FS-545)
- Tarjeta de Identificación de Ciudadano de los EE.UU. (I-197 o la versión anterior I-179)
- Tarjeta de las Marianas del Norte (I-873)
- Decreto de adopción definitivo indicando el nombre de la persona y el lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro de Empleo del Servicio Civil de los EE.UU. indicando empleo antes del 1 de junio de 1976
- Registro militar indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro médico de los EE.UU. de una clínica, hospital, médico, comadrona o institución indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro de seguro de vida, médico o de algún otro tipo de los EE.UU. indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro religioso indicando el nombre del niño y el lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro de censo Federal o Estatal indicando ciudadanía americana o lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Documentación de un niño adoptado nacido en el extranjero que recibió ciudadanía americana automática (IR3 o IH3)

Y un documento de la lista B:

- Licencia de manejar emitida por un Estado o Territorio o tarjeta de identificación emitida por un gobierno Federal, estatal o local
- Tarjeta de identificación escolar
- Tarjeta de las fuerzas armadas de los EE.UU. o registro de inducción en las fuerzas armadas o tarjeta de identificación de dependiente Militar
- Tarjeta de Marino Mercante Guardacostas de los EE.UU.
- Tarjeta de Registro de Votante
- Un registro de clínica, médico, hospital o escuela, incluyendo registros preescolares o de guardería infantil (para los menores de 19 años)

Un consumidor también puede proporcionar lo siguiente en combinación con un documento de la Lista A:

- Dos documentos que contengan información consistente sobre la identidad del solicitante, como identificación de empleadores, de la escuela secundaria y diplomas universitarios, certificados de matrimonio, sentencias de divorcio, títulos de propiedad o títulos
- Rolando Barrero Valmaceda, Rebeca Acevedo -Usted debe demostrarle al Mercado de seguros que tiene un Número de Seguro Social (SSN) válido. Para hacerlo, envíe una copia de uno de estos documentos:
 - Tarjeta de Seguro Social
 - Formulario(s) de impuestos

El Mercado de seguros le ayudará a resolver la discrepancia para su elegibilidad para la cobertura. La

Administración del Seguro Social es la que mantiene los SSN. Para resolver las discrepancias del SSN para cualquier otro propósito excepto su elegibilidad para el Mercado de seguros, comuníquese con el Seguro Social llamando al número gratis 1-800-772-1213 de 7 a.m.-7 p.m. Hora del Este, de lunes a viernes (TTY: 1-800-325-0778).

Si no envía la documentación para el día siguiente, su elegibilidad para obtener la cobertura terminará el: 2 de mayo de 2016.

- Rolando Barrero Valmaceda - Debe enviar al Mercado prueba de su ingreso anual para todos los miembros de su hogar que ahorran ingresos y están obligados a presentar una declaración de impuestos. Envíe los documentos que coinciden con la cantidad de ingresos en su solicitud. No es necesario enviar prueba de ingresos que ya no recibe. Ejemplo de los documentos que puede enviar:
 - Formulario 1040 de declaración de impuestos (versiones federales o estatales aceptables) - Debe contener nombre y apellido, la cantidad de ingresos, y el año.
 - W2 y / o 1099 (incluye 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099, 1099INT) - Debe contener nombre y apellido, la cantidad de ingresos, año y nombre del empleador (si corresponde).
 - Talón de pago - Debe contener nombre y apellido, la cantidad de ingresos y período de pago o la frecuencia de pago con fecha de pago. Si un talón de pago incluye las horas extraordinarias, por favor indique la cantidad promedio de horas extras por cada cheque de pago.
 - Documentación Empleo Propio (incluye 1040 Anexo C, el más reciente trimestre o del año hasta la fecha de estado de ganancias y pérdidas, libro mayor trabajo por cuenta propia) - Debe contener nombre y apellido, nombre de la empresa, y la cantidad de ingresos. Si la presentación de un libro de empleo propio, incluya fechas incluidas en el libro mayor, y cantidad neta de la ganancia / pérdida.
 - Declaraciones de Seguro Social (Seguridad Social beneficia a la carta) - Debe contener nombre y apellido, monto del beneficio, y la frecuencia de pago.
 - Beneficios de desempleo (desempleo Carta de Beneficios) - Debe contener nombre y apellido, de origen / agencia, la cantidad del beneficio y la duración (fecha de inicio y final, si es aplicable).

Estos documentos no necesariamente deben tener fecha del 2016. Por ejemplo, puede proporcionar talonarios de pago recientes si no espera que su ingreso al cambie en 2016. Si espera que su ingreso aumente o disminuya en 2016, puede presentar otros documentos, como por ejemplo un comprobante con la fecha en que terminará su contrato. Si alguna parte del ingreso proviene de su trabajo como cuenta propia, debe llenar el informe de contabilidad que incluya un estimado de lo que piensa ganar.

Si no presenta la documentación en la siguiente fecha, tendrá que pagar más por que la cantidad de su crédito fiscal y su coseguro, copagos y deducibles reducidos (si aplica) pueden terminar el 27 de abril de 2016.

Guarde todos los documentos originales. Envíe una copia electrónica de uno de estos documentos al Mercado accediendo a su cuenta del Mercado o enviándola por correo a:

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

Para obtener más información sobre elegir los documentos y cargarlos o sobre cómo enviarlos al Mercado, consulte "8. Cómo enviar más información" en "Cómo entender sus Resultados de Elegibilidad" incluidos con este aviso.

- **Inscríbase en la cobertura ahora.** Si sus **Resultados de Elegibilidad** dicen que es elegible para un Período Especial de Inscripción, 1 de marzo de 2016 es el último día para elegir un plan del Mercado. Para hacer la selección, visite 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 Período 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.
- Si sus **Resultados de Elegibilidad** indican que usted o alguno de sus familiares son o pueden ser elegibles para cobertura gratis o a bajo costo a través de sus programas estatales de Medicaid o CHIP. La agencia estatal se comunicará con usted para darle más información sobre sus beneficios de salud, servicios y cuánto pagará por los mismos. Si ellos no se comunican con usted, llámelos al número de teléfono que aparece al final de este aviso. Cuando es elegible para Medicaid o CHIP, todavía puede comprar un plan del Mercado, pero no recibirá ayuda para pagarlo. Medicaid y CHIP son programas gratuitos o de bajo costo, por lo que si usted califica para cualquiera de ellos no califica para créditos fiscales. Si alguien está inscrito en Medicaid, al mismo tiempo que están usando los pagos adelantados del crédito fiscal tendrán que devolver la cantidad recibida estos créditos fiscales cuando presenten sus impuestos.

¿Cuándo empieza la cobertura del Mercado?

Si es elegible para comprar un plan del Mercado su cobertura bajo ese plan comenzará dependiendo en el día en que seleccionó su plan.

- Para que la cobertura empiece el 1 de enero debe inscribirse antes del 15 de diciembre.
- Para que la cobertura empiece el 1 de febrero debe de inscribirse antes del 15 de enero.
- Para que la cobertura empiece el 1 de marzo debe de inscribirse antes del 31 de enero.
- Usted deberá pagar la prima del primer mes antes de que empiece su cobertura.
- Si usted está añadiendo un niño a su plan en base a nacimiento, adopción, o cuidado temporal, la cobertura del niño empezará en su fecha de nacimiento, pero no antes del 1 de enero de 2016. También puede elegir comenzar la cobertura del niño en el primer día del mes siguiente a la fecha de su nacimiento, adopción, colocación para adopción o colocación en hogares temporero.
- Si usted nos indicó que está a punto de perder otra cobertura médica, su cobertura médica bajo el Mercado empezará el primer día del mes siguiente a la fecha en que perdió otra cobertura médica.

¿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
- la inscripción en un plan con copagos más bajos, coseguro y deducibles
- Cobertura a través de COMPASS o Georgia PeachCare for Kids

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 más grande o una nueva ayuda con los costos. Para obtener una lista de los cambios que debe informar, consulte "7. Cambios de Información" en "Explicación de Resultados de Elegibilidad" incluida con esta notificación.

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 créditos fiscales anticipado para las primas, 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](https://www.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 esta notificación dice que usted es o puede ser elegible para COMPASS o Georgia PeachCare for Kids, 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 ha recibido una determinación final y piensa que cometimos un error, en muchos casos puede apelar nuestra decisión de elegibilidad para la cobertura médica, incluyendo Medicaid, CHIP, la compra de cobertura médica a través del Mercado, crédito fiscal, reducciones de costo compartido y períodos de inscripción.

A continuación hay información importante que debe tener en cuenta al solicitar una apelación:

- Generalmente, tiene 90 días después de la fecha de esta notificación para solicitar una apelación en el Mercado.
- Puede nombrar un Representante Autorizado para ayudarle con su apelación. Éste puede ser un amigo, pariente, abogado u otra persona. También, puede solicitar y participar en su apelación por usted mismo.
- Si solicita una apelación, puede mantener su elegibilidad para la cobertura mientras su apelación está pendiente.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de los otros miembros de su familia, incluso si no han solicitado una apelación.
- Si no es elegible para Medicaid y apela nuestra decisión, tendrá la posibilidad de elegir si el Mercado o la agencia de Medicaid de su estado evalúa su apelación de Medicaid. Más información sobre las opciones se incluye en el formulario de solicitud de apelación. Si escribe su propia carta para apelar una denegación de elegibilidad para Medicaid, especifique si desea que su apelación de Medicaid se hecha por la agencia de Medicaid o el Mercado.

Para solicitar una apelación, puede hacer uno de los siguientes pasos:

- Vaya a <https://www.cuidadodesalud.gov/es/marketplace-appeals> para encontrar y completar el formulario de solicitud de apelación para su estado y enviarlo por correo al: Mercado de Seguros Médicos, 465 Industrial Blvd., Londres, KY 40750-0061. Si puede, incluya una copia de esta notificación de determinación de elegibilidad con su formulario de solicitud de apelación; o

- Envíe por correo su propia carta solicitando una apelación a: Mercado de Seguros Médicos, 465 Industrial Blvd., Londres, KY 40.750-0061. Si escribe su propia 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 el nombre de la persona para la que usted está presentando la apelación. Si puede, incluya una copia de esta notificación de determinación de elegibilidad con su carta solicitando una apelación.

Al enviar su solicitud de apelación al Mercado de Seguros Médicos, use los nueve dígitos completos del código postal para asegurar un procesamiento eficiente de su solicitud de apelación.

Para obtener más información, consulte "1. Información importante sobre las apelaciones" en "Resultados de Elegibilidad" incluido con este aviso.

Para continuar con su solicitud de Medicaid o CHIP

Si sus **Resultados de Elegibilidad** dicen que "Puede ser elegible para COMPASS" o "Puede ser elegible para Georgia PeachCare for Kids" entonces esta sección, "Su solicitud de Medicaid o CHIP" NO LE APLICA a usted, y no tiene que emprender ninguna acción.

Esta solicitud del Mercado de seguros analiza si usted califica o no para Medicaid basándose en muchas razones, pero si sus **Resultados de Elegibilidad** dicen que es elegible para comprar una cobertura a través del Mercado de seguros, no pensamos que usted califique para COMPASS. Algunas personas de todos modos podrían calificar para COMPASS pero solamente Georgia Department of Human Services (DHS), Division of Family and Children Services (COMPASS) puede tomar la decisión final.

Usted le puede pedir a Georgia Department of Human Services (DHS), Division of Family and Children Services (COMPASS) que continúe revisando su solicitud en busca de otras maneras para calificar para COMPASS. Hay más información sobre esto a continuación en la sección "5.Cómo obtener ayuda con el gasto de sus necesidades especiales de cuidados de la salud" en "Resultados de Elegibilidad" incluido con este aviso. Usted debe pedirle a COMPASS que continúe con su solicitud si usted:

- Necesita muchos servicios médicos o tiene facturas médicas grandes o
- Tiene un ingreso familiar cercano al límite de ingreso de COMPASS, o no está de acuerdo con el ingreso en su solicitud.

Si sus **Resultados de Elegibilidad** dicen "Puede ser elegible para COMPASS", entonces el Mercado de seguros ya ha enviado su información a Georgia Department of Human Services (DHS), Division of Family and Children Services (COMPASS) y ellos estarán revisando su solicitud.

Si no está seguro si debe pedir a Georgia Department of Human Services (DHS), Division of Family and Children Services (COMPASS) que busque otras maneras en las que usted podría calificar, entonces debe hacer esta solicitud. Usted puede mantener la cobertura descrita en este aviso mientras Georgia Department of Human Services (DHS), Division of Family and Children Services (COMPASS) revisa su solicitud. Si usted no quiere que COMPASS vuelva a revisar su solicitud, entonces no tiene que emprender ninguna acción. Si sus

Resultados de Elegibilidad dicen que “Puede ser elegible para COMPASS”, todavía va a recibir una decisión final del estado sobre este asunto.

Para pedirle a Georgia Department of Human Services (DHS), Division of Family and Children Services (COMPASS) que continúe la revisión de su solicitud en busca de otras maneras de calificar, entre a su cuenta del Mercado de seguros o llame al Centro de Llamadas para hacernos saber. Si usted no pide que Georgia Department of Human Services (DHS), Division of Family and Children Services (COMPASS) vuelva a revisar su solicitud, su solicitud dejará de ser considerada, y usted no podrá apelar el hecho de que no vaya a ser inscrito en el programa COMPASS a menos que también apele su elegibilidad para los créditos fiscales y reducción de

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.
- Contacte la agencia estatal de Medicaid toll-free:1-877-423-4746 (TTY:1-800-255-0135) para información sobre COMPASS. Para más información sobre su programa estatal CHIP, contacte PeachCare for Kids (CHIP) toll-free:1-877-427-3224 (TTY:1-866-485-9248).
- Para obtener servicios de asistencia de lenguaje. Si necesita ayuda con un idioma distinto del Inglés, tiene el derecho de recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Información sobre cómo acceder a estos servicios de asistencia lingüística se incluye con este aviso, en una página separada. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para obtener información sobre estos servicios.
- Si tiene una incapacidad y necesita acomodo razonable, llame al Centro de Llamadas del Mercado. Estos acomodos están disponibles sin costo alguno.

Para obtener más información, sobre créditos fiscales, bajos costos fuera de su bolsillo y Elegibilidad de Medicaid vea "Explicación de Resultados de Elegibilidad" incluida con este aviso.

Sinceramente,

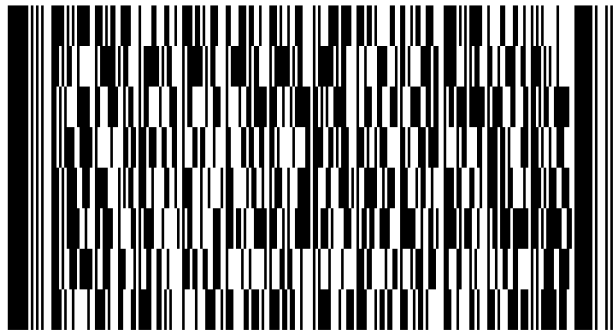
Mercado de Seguros Médicos
Departamento De Salud y Servicios Humanos
465 Industrial Boulevard
London, Kentucky 40750-0001

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/) 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.

¿Necesita enviar documentos? Si su **resultados de elegibilidad** indican que debe enviar más información, si su aviso incluye una página de un código de barras impreso, incluya una copia de esta. Esta página ayuda a que el Mercado asocie sus documentos fácilmente con su solicitud. Para obtener más información sobre elegir los documentos y cargarlos o sobre cómo enviarlos al Mercado, consulte "8. Cómo enviar más información" en "Cómo entender sus Resultados de Elegibilidad" incluidos con este aviso.



GA,1939695902

Cómo entender sus Resultados de Elegibilidad

Estas páginas incluyen información importante acerca de

1. Apelaciones
2. Crédito fiscal para las primas
3. Gastos directos de su bolsillo más bajos
4. Medicaid y CHIP
5. Cómo obtener ayuda con el gasto de necesidades de cuidado de la salud especiales
6. Cobertura para familias de inmigrantes
7. Informar cambios
8. Cómo enviar información

1. Información importante acerca de las apelaciones

Si piensa que sus **Resultados de Elegibilidad** son incorrectos, en muchos casos puede apelar su elegibilidad a través del Centro de Apelaciones del Mercado para cobertura médica del Mercado para ayudar a pagar la cobertura. Esto incluye su elegibilidad para comprar cobertura médica a través del Mercado, un crédito fiscal para las primas, reducciones de gastos compartidos y períodos de inscripción.

También puede solicitar una apelación si no es elegible para Medicaid o CHIP y piensa que debería serlo. En algunos estados, puede apelar su elegibilidad para Medicaid y CHIP en el Centro de Apelaciones del Mercado. En otros estados, las agencias estatales de Medicaid o CHIP manejarán este tipo de apelaciones. En todos los estados, para las apelaciones de Medicaid, puede pedir que la agencia estatal de Medicaid realice su apelación de Medicaid. Vea "Si piensa que debería ser elegible para los programas de Medicaid o CHIP en su estado" a continuación para saber más información.

Cuándo puede apelar a través del Centro de Apelaciones del Mercado

Generalmente tiene 90 días a partir de la fecha de sus **Resultados de Elegibilidad** para solicitar una apelación. Sin embargo, si esta notificación indica que alguien debe "enviar más información al Mercado", entonces usted debe seguir los próximos pasos descritos en esta notificación. Hasta que se resuelva problema en su solicitud, esta determinación no es una determinación final de elegibilidad y no puede apelarse.

Antes de que solicite una apelación a través del Centro de Apelaciones del Mercado

- Si necesita servicios médicos inmediatamente y una demora podría poner en serio peligro a su salud, puede pedir una apelación rápida (expeditiva) mediante el uso del Formulario de solicitud de apelación o el envío de una carta a la dirección a continuación.
- Puede designar a un representante autorizado para que lo ayude con su apelación. Esta persona puede ser un amigo, pariente, abogado u otro. O puede manejar su apelación usted mismo.

Cosas a saber acerca de apelar a través del Centro de Apelaciones del Mercado

- Puede ser capaz de mantener su elegibilidad para cobertura durante su apelación.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar incluso si no piden una apelación.
- No todas las apelaciones incluyen una audiencia, pero si lo hacen, la mayoría se llevan a cabo por teléfono.

El Centro de Apelaciones del Mercado revisará su solicitud de apelación. Obtendrá una carta por correo que le hará saber que tienen su solicitud. Pueden preguntarle si desea resolver su apelación informalmente. Si está satisfecho con su resolución informal, obtendrá una decisión informal de resolución en el correo.

Como parte de su apelación tiene el derecho a una audiencia. Una audiencia es un modo formal que usted tiene para presentar su caso y obtener una decisión acerca de su apelación. Si desea una audiencia, un oficial de audiencias federal la realizará, generalmente por teléfono. En general, obtendrá una carta por correo 15 días antes de la audiencia con la fecha, la hora y las instrucciones sobre cómo llamar para la audiencia. Si no se presenta a la audiencia, su apelación podría desestimarse. Si su apelación se desestima, es igual a si nunca hubiera presentado una apelación y la determinación de su elegibilidad del Mercado permanecerá sin efecto. Después de que su apelación de elegibilidad se decide obtendrá una carta por correo que le explicará la decisión.

Para solicitar una apelación a través del Centro de Apelaciones del Mercado, puede hacer una de las siguientes:

- Visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/what-you-can-appeal/ para obtener un Formulario de solicitud de apelación de elegibilidad del Mercado de su estado.
- Escriba una carta en la que solicite una apelación. Incluya su nombre, dirección y razón por la que solicita la apelación. Si solicitará una apelación para otra persona (como su hijo), incluya también su nombre.

Envíe por correo el formulario completo o la carta a: Mercado de Seguros Médicos, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0061. Asegúrese de completar el código postal de esta dirección del Mercado. Si fuera posible, incluya una copia de sus **Resultados de Elegibilidad** con su solicitud.

Cómo apelar si piensa que debería ser elegible para los programas de Medicaid o CHIP en su estado

Si su notificación indica que no califica para Medicaid o CHIP, debe solicitar una apelación a través del Centro de Apelaciones del Mercado, o puede pedir la agencia estatal de Medicaid que maneje su apelación puede pedir una determinación completa de Medicaid a través de su solicitud del Mercado, o llamando al Centro de Llamadas del Mercado. Vea su aviso para más información.

Si su notificación indica que su estado está revisando su elegibilidad para Medicaid o CHIP, o que usted puede ser elegible para Medicaid o CHIP, entonces su estado enviará una notificación para hacerle saber si califica para estos programas. Si su estado determina que no es elegible, entonces su estado le indicará cómo pedir una audiencia estatal justa de Medicaid. Si su estado decide que no es elegible, también puede reenviar su solicitud del Mercado obtener cobertura médica a través del Mercado u obtener ayuda con los gastos. Si luego está de acuerdo con los **Resultados de Elegibilidad** actualizados, puede solicitar una apelación a través del Centro de Apelaciones del Mercado.

2. Más información sobre las deducciones fiscales

¿Qué son los pagos adelantados (anticipos) del crédito fiscal?

Una deducción fiscal es el dinero que el gobierno federal paga por adelantado directamente a su plan médico. Una deducción fiscal reduce el costo mensual (llamado “prima”) que usted paga por su seguro médico. En algunos casos, usted no paga ninguna prima si sus créditos fiscales cubre el total de la prima. Las deducciones fiscales ayudan a las personas con ingresos demasiados altos para calificar para Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), pero que tal vez aún no puedan pagar por cobertura médica.

Su determinación de elegibilidad es una estimación del crédito fiscal que obtiene con su declaración de impuestos. Incluso si usted recibe pagos adelantados del crédito fiscal para ayudar con los pagos, el crédito final es basado en su declaración de impuestos de fin de año. Cuando usted presenta su declaración de

impuestos, puede que tenga que pagar parte o la totalidad del crédito si los ingresos que usted estimo fueron menores que el ingreso que realmente ganó o si otros cambios afectaron su elegibilidad.

¿Cómo califico para los anticipos del crédito fiscal?

El Mercado de seguros verificará sus ingresos y el tamaño de su familia y otra información, para determinar si califica para una deducción fiscal. La deducción fiscal está solamente disponible si usted se inscribe para conseguir cobertura a través del Mercado de seguros. Si usted es elegible para Medicare o para la mayoría de otros tipos de cobertura de seguro médico, entonces usted no califica para una deducción fiscal. Si usted es elegible para cobertura a través de un trabajo, sólo puede calificar para una deducción fiscal si su empleador no ofrece cobertura médica accesible o la cobertura no cumple un estándar de valor mínimo.

Además, sus ingresos en general, deben estar entre 100 y 400 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL), aunque algunas personas que residen legalmente en los EE.UU. pueden calificar con un ingreso por debajo del nivel de pobreza. El Mercado no cuenta con sus obligaciones personales financieras cuando determina su elegibilidad para la cobertura o ayuda con los costos. Para obtener más información acerca de los límites de ingresos para un crédito fiscal, visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs/>.

¿Cuánta deducción fiscal puedo conseguir?

La cantidad de su deducción fiscal (crédito fiscal) está basada en:

- El número de personas en su familia. Su familia incluye la persona que paga impuestos y su cónyuge y dependientes que presentan en su declaración de impuestos
- Cuánto ingreso de su hogar espera informar en su declaración federal de impuestos para el año que desea cobertura
- El costo de un plan médico “categoría plata” en su área a través del Mercado. Un plan médico categoría plata es un plan que ofrece el conjunto de beneficios esenciales de salud requerido por el Mercado de seguros y que también cubre el 70% de los costos de cuidado médico para una persona promedio.

Para obtener más información acerca de las categorías y los planes de planes de salud disponibles en su área <https://www.cuidadodesalud.gov/es/choose-a-plan/plans-categories/>.

¿Debo esperar a presentar mi declaración federal de impuestos antes de obtener mi deducción fiscal?

Usted no tiene que esperar a presentar su declaración federal de impuestos para conseguir su deducción fiscal. Usted puede recibir parte o la totalidad de su deducción fiscal aplicada a la prima del plan médico que usted elija. La deducción fiscal reducirá la prima que usted paga por adelantado al plan médico. Usted tomará la decisión cuando se comunice con nosotros para elegir un plan. Usted no tendrá que esperar a presentar su declaración federal de impuestos para recibir su deducción fiscal.

Usted puede decidir inscribirse en un plan sin obtener la deducción fiscal, o aplicando una cantidad menor al de la deducción anticipada, sino obtener la cantidad total basada en sus ingresos actuales en vez de los ingresos anticipados en la solicitud, al presentar su declaración de impuestos. Aún si usted no debe pagar impuestos en su declaración, puede ser elegible para una deducción fiscal. Usted debe inscribirse en un plan para que el IRS determine si usted califica para una deducción fiscal al presentar su declaración de impuestos.

No estoy seguro de cuánto serán mis ingresos anuales, así que sólo indiqué un estimado en mi solicitud. ¿Qué ocurre si me equivoco?

Al presentar su declaración federal de impuestos, el IRS comparará los ingresos indicados en su solicitud y otras fuentes de datos con los ingresos que usted actualmente está declarando.

- Si sus ingresos son menores a la cantidad que indicó en su solicitud, puede que reciba un reembolso.
- Si sus ingresos son mayores a la cantidad que indicó en su solicitud, tal vez tenga que devolver parte de la deducción fiscal que recibió.

Si a usted le preocupa tener que devolver cualquier crédito fiscal, puede elegir recibir una deducción mensual más reducida. Es importante informar de cualquier cambio en los ingresos y tamaño del hogar al Mercado para asegurarse de que está recibiendo la cantidad de crédito fiscal más precisa. Si usted no reporta cambios, es posible que deba devolver el dinero cuando presente su declaración federal de impuestos.

¿Tengo que solicitar un nuevo crédito fiscal de cada año?

Para ser elegible para un crédito fiscal para las primas, debe actualizar su información de ingresos y del hogar todos los años durante la Inscripción Abierta. Cuando complete su solicitud del Mercado, tiene una opción para permitir que el Mercado usar sus fuentes de datos para ayudarlo con su renovación cada año. Si está de acuerdo con esta opción, el Mercado usará las fuentes de datos más recientes disponibles para su hogar y así determinar su elegibilidad para un crédito fiscal para las primas para el próximo año.

Si decidió no permitir al Mercado usar sus fuentes de datos para ayudarlo con su renovación, tendrá que asegurarse de que usted hace la actualización durante cada Período de Inscripción Abierta. Si lo prefiere, puede cambiar su información de acuerdo. Visite CuidadoDeSalud.gov, ingrese a su cuenta del Mercado, seleccione su solicitud más reciente y luego seleccione "Informar sobre un cambio de vida." Vaya a través de su solicitud, lea la declaración para permitir al Mercado utilizar sus fuentes de datos para ayudarlo con su renovación en el futuro y haga clic en si está de acuerdo.

¿Qué pasa si mis Resultados de Elegibilidad dicen que no soy elegible para un crédito fiscal para las primas porque presenté una declaración de impuestos separada de mi esposo?

Si está casado(a), tiene que presentar la declaración de impuestos federal conjunta con su cónyuge para el año que desea calificar para un crédito fiscal para las primas. Hay algunas excepciones. Si reclama ser "jefe de familia" en su declaración de impuestos, o si usted es una víctima de violencia doméstica o un cónyuge abandonado, llame al Centro de Llamadas del Mercado para más información. Se puede visitar de forma gratuita AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov para obtener ayuda en persona en su área.

¿Qué pasa si mi elegibilidad resultados dicen que soy elegible para comprar un plan catastrófico?

Las personas menores de 30 años y personas con exenciones de dificultad pueden comprar un plan médico catastrófico a través del Mercado. Este tipo de plan tiene primas mensuales más bajas y sobre todo le protege de los gastos médicos muy altos. Si compra un plan catastrófico del Mercado, no obtendrá créditos fiscales para las primas. Independientemente de sus ingresos, usted paga el precio estándar para el plan catastrófico.

¿Qué pasa si mis Resultados de Elegibilidad se basan en la información que incluye una proyección de los ingresos de mi hogar?

Esto significa que el Mercado utilizó la información más reciente que tenía disponible cuando calculó la cantidad del crédito fiscal para la prima al que es elegible con un ajuste para tener en cuenta la inflación. Usted es responsable de proveer al Mercado información actualizada.

¿Qué sucede si no reconcilio mi crédito fiscal en mi declaración de impuestos?

Si se inscribe en la cobertura del Mercado y usted es elegible para un crédito fiscal para las primas para ayudarlo a pagar sus primas, debe reportar dichos pagos cuando presente su declaración de impuestos para el año asociado al crédito de cobertura y de impuestos. Si no lo hace, no recibirá otro crédito fiscal a través del Mercado hasta que esto se resuelva.

¿Qué debo hacer si se hicieron pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima (APTC) a mi compañía de seguros para mi cobertura en el pasado, pero la declaración federal de impuestos no se presentó para informar estos pagos?

Si se han realizado los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima a su compañía de seguro médico para reducir sus costos de las primas en el pasado, la persona que presenta los impuestos para su hogar debe reportar estos pagos al IRS en la declaración federal de impuestos usando "el Formulario del IRS 8962, Crédito Fiscal para las Primas" durante el período de presentación de impuestos. Esto es cierto incluso si por lo general no tiene que presentar impuestos. Si no lo hace, tendrá que pagar más por su cobertura y los servicios cubiertos (si aplica), ya que no seguirá siendo elegible para los pagos adelantados del crédito fiscal para las primas.

- Debe presentar una declaración de impuestos cada año que se obtiene APTC. Use "Formulario 8962." La información del Formulario 1095-A, Declaración del Seguro Médico del Mercado, se debe utilizar para completar el "Formulario de 8962." Para obtener este formulario, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov), inicie sesión en su cuenta del Mercado y vea sus notificaciones del Mercado. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado.
- La presentación electrónica puede ayudar a evitar errores y encontrar créditos y deducciones que pueden estar disponibles. En muchos casos, la presentación por vía electrónica es gratuita. Más información acerca de Free File y e-file está disponible en [IRS.gov](https://www.irs.gov).

3. Más información sobre los costos más bajos fuera de su bolsillo

¿Qué son los copagos, coseguros y deducibles?

Los copagos, coseguros y deducibles son el dinero que usted paga por el costo de su atención médica. También se les llama "costo compartido". Su compañía de seguros paga el resto.

- Un copago es una cantidad que es posible que tenga que pagar cada vez que recibe un servicio, como ir al médico o para conseguir una receta. Por lo general es una cantidad fija en dólares, generalmente como \$20.
- El coseguro es la parte de los costos de un servicio de salud cubierto calculado como un porcentaje de la cantidad permitida por el servicio. Usted paga el coseguro, más cualquier deducible que usted debe.
- Un deducible es la cantidad de dinero que debe gastar cada año en atención médica antes de que el plan comience a pagar. Incluso después de pagar el deducible, es posible que aún tenga que pagar copagos o coseguro cuando recibe servicios.

¿Cómo califico para conseguir copagos y deducibles más bajos?

Sus ingresos deben estar entre ciertos límites para también calificar para un plan del Mercado de seguros con copagos y deducibles reducidos. Si usted califica, deberá inscribirse en un "plan categoría plata" para recibir los descuentos. Los miembros de las tribus reconocidas por el gobierno federal también pueden calificar para obtener estas reducciones de costos compartidos cuando se inscriben en un plan de Bronce, Oro o Platino.

Los planes que se venden en el Mercado se dividen en 4 categorías principales del plan de salud: Bronce, Plata, Oro y Platino. Van desde los planes de bronce con primas más bajas y mayores costos fuera de su bolsillo a planes plata con primas más altas y menores costos fuera de su bolsillo. No importa cual elija, todos los planes cubren todas las beneficios esenciales de salud.

Puede hacer su selección del plan al comparar los planes y se inscribe a través del Mercado.

¿Cómo decide el Mercado de seguros la cantidad de mis copagos?

Usted califica para inscribirse en planes con copagos y deducibles reducidos en base a:

- Si usted es elegible para un crédito tributario
- El número de personas en su familia (la persona que paga los impuestos y los dependientes incluidos en su declaración federal de impuestos)
- Los ingresos indicados en su declaración federal de impuestos (los ingresos en base a los cuales usted y sus dependientes pagan impuestos)
- Si usted es un Indio americano o un nativo de Alaska y un miembro de una tribu reconocida federalmente

4. Más información sobre Medicaid y CHIP

Medicaid y CHIP proporcionan cobertura médica a millones de estadounidenses, incluyendo a las personas que tienen bajos ingresos a familias y los niños, mujeres embarazadas, ancianos y las personas con incapacidades. Medicaid cubre los servicios que incluyen visitas al médico, pruebas de laboratorio y la atención hospitalaria. También cubre servicios adicionales para niños hasta cierta edad. Ambos programas son administrados conjuntamente por los gobiernos federal y estatal y los detalles varían un poco entre los estados. Puede calificar para estos programas basados en el tamaño de su hogar, ingresos y otros factores como la edad o si tiene alguna incapacidad.

Si tiene cobertura de Medicaid o CHIP (no sólo cobertura Medicaid de emergencia), se le considera cubierto por la ley de salud. Usted no tiene que comprar un plan de Mercado. Tampoco tiene que pagar la multa que las personas sin cobertura médica deben pagar.

¿Tiene facturas médicas previas?

Medicaid tal vez pague facturas médicas previas incurridas en los últimos tres meses. Si desea averiguar si Medicaid pagará por las facturas médicas recientes, comuníquese con Medicaid llamando al número de teléfono indicado arriba en esta notificación. Tal vez tenga que enviar a Medicaid copias de sus facturas médicas incurridas en los tres últimos meses.

¿Cuánto tiempo puedo mantener mi cobertura médica de Medicaid?

Deberá renovar su cobertura médica de Medicaid cada año. Esté atento a recibir una carta por correo indicándole si necesita enviarnos más información en la fecha de la renovación.

5. Obtener ayuda con los costos de necesidades especiales de cuidado de salud

¿Cubre Medicaid los cuidados para necesidades especiales?

Sí. Una persona puede calificar para obtener más servicios médicos y pagar menos por los cuidados si tiene necesidades de cuidados médicos especiales, tales como:

- Padece de una condición médica, mental o de abuso de sustancias que limita su capacidad para trabajar o estudiar
- Necesita ayuda con las actividades diarias, tales como: bañarse o vestirse
- Recibe regularmente cuidados médicos, cuidados personales, o servicios médicos en el hogar, en un centro de ayuda para adultos durante el día, u otro centro de la comunidad
- Reside en un centro de cuidados a largo plazo, un hogar grupal, o residencia de ancianos
- Es ciego
- Padece de una enfermedad terminal

Para ver si califica, llame a la agencia de Medicaid de su estado. También puede actualizar su solicitud del Mercado con esta información. Visite CuidadoDeSalud.gov e ingrese a su cuenta del Mercado, y seleccione

su solicitud existente. Seleccione "Informar de un cambio de vida," continuará a través de su solicitud respondiendo preguntas acerca de sus necesidades especiales de cuidado de salud y así obtener nuevos **Resultados de Elegibilidad**. Si califica para otra cobertura de salud, puede mantener su cobertura mientras que la agencia de Medicaid decide si usted califica.

6. Cobertura para familias de inmigrantes

Los individuos que no están legalmente presentes pueden realizar una solicitud por parte de miembros de su familia que podrían ser elegibles, como hijos o un cónyuge legalmente presentes. La información proporcionada al Mercado se utilizará para determinar la elegibilidad para las opciones de cobertura médica únicamente y no se utilizará con fines migratorios. Los inmigrantes legalmente presentes que no son elegibles para Medicaid por su estatus migratorio pueden ser elegibles para cobertura del Mercado y ayuda con los gastos. Si usted o alguien a quien ayuda tienen preguntas acerca del Mercado, tiene el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin cargo. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al Centro de Llamadas del Mercado.

Si es un inmigrante legalmente presente y sus **Resultados de Elegibilidad** indican que puede comprar cobertura médica a través del Mercado pero que no califica para ayuda con el pago de primas, y piensa que esto es un error, llame al Centro de Llamadas del Mercado.

7. ¿Qué tipo de cambios debo reportar?

Si la información indicada en su solicitud cambia, usted deberá reportarnos los cambios en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio. Si usted no reporta los cambios, tal vez tenga que devolver parte o la totalidad de los pagos adelantados del crédito fiscal cuando presente su declaración de impuestos. Algunos cambios también pueden afectar su elegibilidad, como por ejemplo si su plan médico deja de participar en el Mercado de seguros o si le ocurre una circunstancia excepcional. Algunos ejemplos de cambios que usted debe reportar incluyen:

- Una mudanza
- Cambios en los ingresos familiares
- Cambios del tamaño de la familia. Por ejemplo, una persona de su familia se casa o se divorcia, se queda embarazada, o tiene un niño
- Alguien ahora califica para otra cobertura médica
- Cambios del estatus migratorio por ejemplo si su visa expira o si no la ha renovado.
- Usted es encarcelado, a menos que una disposición de cargos esté pendiente
- Existirán cambios en su declaración de impuestos para el año en que tiene cobertura del Mercado por ejemplo, declarará dependientes adicionales en su declaración de impuestos.

Para reportar cambios, acceda a su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov/marketplace, o llame al 1-800-318-2596.

Si se inscribe en el programa de Medicaid o CHIP de su estado

Debe reportar cualquier cambio que pudiera afectar a su cobertura de salud, como los mencionados anteriormente. Obtendrá instrucciones sobre cómo reportar cambios en la carta de inscripción que el estado le enviará. También puede llamar a la agencia de Medicaid de su estado en el número de teléfono que se incluye con este aviso.

8. Cómo enviar más información

Puede haber ocasiones en las que deba enviar documentos para verificar algo que puso en su solicitud. O puede que simplemente necesitemos más información antes de procesar su solicitud.

Si su notificación indica que debe enviar más información, visite CuidadoDeSalud.gov e inicie sesión en su cuenta del Mercado, luego siga los pasos para cargar documentos. Este es el modo más rápido de hacer que se procesen sus documentos. También puede enviar copias por correo.

Esto es lo que necesitará:

- Su cuenta del Mercado. El contacto principal del hogar de su solicitud del Mercado puede visitar CuidadoDeSalud.gov e iniciar sesión para cargar documentos.
- Un archivo electrónico del documento que debe cargar.
 - Debe ser un .pdf, .jpeg, .jpg, .gif, .xml, .png, .tiff, o .bmp.
 - No puede ser mayor a 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 aparecer en el nombre del archivo: / \ : * ? " < > .

Cuando está listo para cargar su documento electrónico:

- Visite CuidadoDeSalud.gov e inicie sesión en su cuenta del Mercado.
- Seleccione su solicitud existente.
- Utilice el menú del lado izquierdo de su pantalla para hacer clic en "Detalles de la solicitud".
- Haga clic en el primer botón "Verificar". Hay uno para cada problema que debe resolver. Si hay más de uno, resuélvalos uno a uno.
- Siga las instrucciones de la pantalla para cargar su documento.
 1. Haga clic en "Seleccionar" para elegir el tipo de documento. No están enumerados todos los tipos. Si debe cargar un documento que no está enumerado, elija "Otro".
 2. Haga clic en "Seleccionar archivo para cargar". Verá sus archivos electrónicos.
 3. Haga clic en el archivo electrónico que desea cargar. Luego haga clic en "Abrir" y espere a que aparezca el nombre de archivo en su página de "Detalles de la solicitud". Esto puede llevar unos minutos. Si necesita cargar otro archivo, utilice el menú desplegable para seleccionar el próximo tipo de documento y luego haga clic en "Seleccionar archivo" nuevamente.
 4. Seleccione "Cargar" al lado de cada archivo que desee enviar.
 5. Seleccione "Regresar" para completar su carga. El botón "Enviado" verifica que su carga fue exitosa. Puede seleccionar el botón "Presentado" de nuevo si tiene que subir más de un documento para resolver su inconsistencia o asunto.
 6. Seleccione el siguiente botón "Verificar", si hay uno. Repita los pasos 1 - 5 para cargar documentos para cada asunto.

Si tiene problemas para cargar un documento, debe enviar copias por correo. No envíe los documentos originales. Si su notificación de **Resultados de Elegibilidad** incluye una página de un código de barras impreso, incluya una copia de esta. También puede incluir su nombre impreso y la Identificación de la Solicitud de sus **Resultados de Elegibilidad** cuando envíe sus documentos.

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

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

También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-855-889-4325. La llamada es gratuita.

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 و صلك بالمترجم.

中文 (Chinese)

本通知包含您通过健康保险市场的中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 并听完全部录音。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 lanoswapwoteksyonatravèHealthInsurance Marketplace la. Gade pou datkle nan avi sa a. Ou ka bezwen pran aksyon payansètendatlimit pou ou kenbe asirans sante ou oswaèdakdepansyo. Ou gendwa pou ou jwenn enfòmasyon sa a akèd nan lang ou sanpa sa pakoute 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 આરોગ્ય વીમામાર્કેટપ્લેસકેમાધ્યમસેઆપકેઆવેદનયાકવરેજસેસમ્બંધિતમહત્વપૂર્ણજાનકારીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારોઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઈપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજાણકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 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.

हिन्दी (Hindi) इस सूचना में स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेस के माध्यम से आपके आवेदन या कवरेज से सम्बंधित महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में मुख्य तिथियों के लिए देखें। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत से सम्बंधित मदद के लिए निश्चित समय सीमा के भीतर का र्वाइ कर लेने की आवश्यकता हो सकती है। आप को कोई लागत के बिना अपनी भाषा में जानकारी और सहायता प्राप्त करने का अधिकार है। 1-800-318-2596 पर कॉल कीजिये और उद्घाटन संदेश के समाप्ति की प्रतीक्षा कीजिये। एजेंट से आप की जरूरत भाषा व्यक्त कीजिये और आपको एक दुभाषिया के साथ जोड़ा जाएगा।



January 2015

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 przekazana 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.

اردو (Urdu)

اس نوٹس میں آپ کی درخواست کا Health Insurance Marketplace کے ذریعہ کوریج کے بارے میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو تلاش کریں۔ آپ کو اپنی صحت کا کوریج برقرار رکھنے یا لاگوں میں مدد کے لیے مخصوص حتمی تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ آپ کو یہ معلومات اور مدد بخیر کسی لاگت کے بغیر اپنی زبان میں حاصل کرنے کا حق ہے۔ 1-800-318-2596 پر کال کریں اس کے شروع ہونے کا انتظار کریں۔ جب کوئی ایجنٹ جواب دے تو، اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور آپ کو ایک مترجم کے ساتھ مربوط کر دیا جائے گا۔

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.



January 2015