

# Instrucciones para ayudarlo a completar la Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

Durante el Periodo de Inscripción Abierta (1 de noviembre – 15 de enero) cada año (o fuera de, si es elegible), usted puede solicitar una cobertura de salud a través del Mercado de Seguros Médicos. El Mercado le ayuda a encontrar una cobertura de salud adecuada a su presupuesto y que satisfaga sus necesidades.

Cuando solicite, usted podrá saber si recibirá ahorros que pueda usar inmediatamente para ayudarlo a disminuir el costo de la prima de un plan del Mercado. También podrá saber si califica para cobertura gratis o a bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Hay diferentes maneras para solicitar. La forma más rápida es visitando [CuidadoDeSalud.gov](https://CuidadoDeSalud.gov). Si solicita en línea, obtendrá inmediatamente su Aviso de Elegibilidad.

Estas instrucciones incluyen ayuda adicional para algunos de los puntos de la solicitud en papel, pero no para todos.

## Antes de comenzar, tenga disponible esta información:

- Número de Seguro Social (SSN)
- Fecha de nacimiento
- Número de los documentos de los inmigrantes elegibles que quieren una cobertura de salud
- Talonarios o comprobantes de pago, formularios W-2 u otra información sobre los ingresos del hogar
- Número de póliza y de miembro para cualquier cobertura médica actual que tenga
- Información sobre cualquier cobertura médica por trabajo que esté disponible para usted o su hogar

**Esta solicitud tiene 6 pasos.**  
**Use tinta azul o negra para completar la solicitud.**

## Paso 1: Díganos sobre usted.

(Página 1)

Un adulto (18 años o más) deberá ingresar su información de contacto. Necesitamos esta información para que podamos hacerle un seguimiento si usted tiene alguna pregunta sobre su solicitud y para que podamos decirle para qué planes o programas califica.

## Paso 2: Díganos sobre su hogar

(Páginas 1–7)

Usted tiene que proveer información sobre todo el que esté en su declaración federal de impuestos y sobre todos los miembros de su hogar que vivan con usted, aunque no estén solicitando cobertura médica.

### Empiece por usted.

El tamaño y los ingresos de su familia determinan para qué programas usted califica. Lea con detalle la información al final de la página 1 ("¿A quién tiene que incluir en esta solicitud?") para saber a quiénes tiene que agregar en el Paso 2. La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas.

Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias de las páginas 5–7 y complételas por cada persona adicional.

**346 675 2448**

Utilice este gráfico para determinar quién debe o no ser incluido en esta sección.

|  | Incluya a estas personas, incluso si no están solicitando cobertura para sí mismos.   | No incluya a estas personas. Si quieren solicitar seguro médico, deben llenar una solicitud por separado.   |
|--|---|---|
| <b>Para los ADULTOS que necesitan cobertura:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las personas que están en la misma declaración federal de impuestos, incluidos cónyuges y dependientes</li> <li>Cualquier cónyuge que viva con usted, incluso si usted no está en la misma declaración de impuestos</li> <li>Cualquier hijo, incluidos los hijastros, que viven con usted, incluso si usted no está en la misma declaración de impuestos</li> </ul>                                  | <p>Ciertas personas que no están en su declaración federal de impuestos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cualquier persona no relacionada que viva con usted</li> <li>Cualquier miembro del hogar que no sea su cónyuge o hijos, incluidos padres o hermanos adultos, incluso si viven con usted</li> <li>Cualquier miembro del hogar, como hijos o hijas, que no viven con usted</li> </ul> |
| <b>Para los NIÑOS que necesitan cobertura:</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las personas que están en la misma declaración de impuestos federales, incluidos padres y hermanos.</li> <li>Cualquier padre, incluidos los padrastros, que vive con usted, incluso si no está en la misma declaración de impuestos</li> <li>Cualquier hermano (incluidos los hermanastros y medio hermanos) que viven con usted, incluso si no está en la misma declaración de impuestos</li> </ul> | <p>Ciertas personas que no están en la misma declaración de impuestos federales, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cualquier persona no relacionada que viva con usted</li> <li>Cualquier miembro del hogar que no sea padre o hermano, como los abuelos, incluso si viven con usted</li> <li>Cualquier miembro del hogar, incluidos los padres, que viven separados de usted</li> </ul>       |

## PERSONA 1: (Empiece por usted)

(Páginas 2-3)

### ¿Necesita cobertura médica?

Complete toda la página.

### ¿No necesita cobertura médica?

Complete los puntos 1-9.

#### Punto 5

En el caso de cualquier persona que se inscriba en una cobertura médica, compartimos su respuesta a la pregunta "Sexo" con su compañía de seguros. Si su sexo actual es diferente al sexo que le asignaron al nacer, puede seleccionar la respuesta según la información que desee compartir. La solicitud también incluye preguntas opcionales si desea compartir más detalles sobre su identidad de género. Si está embarazada, asegúrese de seleccionar "Mujer" para que pueda informarnos sobre el embarazo.

#### Punto 7

**Aún puede solicitar cobertura, aunque no planifique presentar una declaración federal de impuestos:**

- Si está casado y le interesa recibir un reembolso para la prima, deberá hacer su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge para recibir el reembolso.
- Si a usted lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, escriba los nombres del/de los contribuyente(s).
- Si lo declaran como dependiente, incluya qué relación tiene con ese contribuyente. Por ejemplo, si usted es el hijo de ese contribuyente, escriba "hijo".

#### Punto 10

**Si usted tiene una necesidad de atención médica especial o una condición de salud física, emocional o mental que limita las actividades (como tareas diarias, vestirse, bañarse, etc.), o vive en una institución médica o asilo de ancianos, responder "sí" no hará que aumenten los costos de su atención médica. Si usted tiene una incapacidad o necesita cuidado especial, podría calificar para una cobertura gratis o a bajo costo.**

**346 675 2448**

### Punto 13

**Si usted no es ciudadano estadounidense o nacional, pero tiene un estatus migratorio elegible para recibir cobertura a través del Mercado, rellene "sí" y proporcione el tipo de documento que tiene y el/los número(s) de identificación del documento(s).** (Vea los detalles en las páginas 6–8 de este documento). Si usted tiene más de uno de estos documentos, escribalos todos.

### Puntos 18–22

**Las preguntas sobre origen étnico, raza, identidad de género y orientación sexual son opcionales, pero éstas ayudan al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a mejorar el servicio a todas las personas que usan el Mercado.** Usamos esta información para asegurarnos de que todos tengan acceso justo a la cobertura. No compartiremos información sobre orientación sexual e identidad de género con su estado, compañía de seguros ni sus proveedores de salud, y debemos proteger la privacidad de su información. Sus respuestas sólo son accesibles para profesionales externos certificados, como asistentes, agentes o corredores, y socios de inscripción certificados. Proveer esta información no afectará la elegibilidad, opciones de plan médico ni los costos. Esta información no puede ser usada para discriminar o denegar cobertura médica o servicios de cuidado de salud.

## PERSONA 1: Información de empleo actual e ingresos (Páginas 3–4)

Le hacemos preguntas sobre sus ingresos actuales para averiguar si usted califica para ayuda para el pago de la cobertura y cuánto ayuda podrá recibir. Incluya cuánto gana en salario y en propinas antes de que le deduzcan los impuestos. No tiene que incluir las cantidades que su empleador le deduce del cheque para cuidado infantil, seguros médicos o planes de retiro que "no están sujetos a impuestos" (a veces llamados "deducciones antes de los impuestos").

### Si trabaja por cuenta propia:

Escriba el tipo de trabajo que hace y el ingreso neto que recibirá este mes. Ingreso neto es la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vaya a la tabla de deducciones a ingresos de trabajadores por cuenta propia en la página 8 de estas instrucciones para que sepa qué es lo que puede deducir de sus ingresos brutos.

### Punto 34

**Deducciones:** Enumere las deducciones que puede hacer en la Lista 1 del formulario 1040 del IRS.

## PERSONA 2 (Páginas 5–6)

### ¿La PERSONA 2 necesita cobertura médica?

Complete la página 5.

### ¿La PERSONA 2 no necesita cobertura médica?

Complete los puntos 1–10.

### Punto 2

**Use estos parentescos para describir qué relación tiene la PERSONA 2 con usted:**

- |  |   |
|--|---|
| ■ Cónyuge  | ■ Pareja de los padres                          |
| ■ Pareja   | ■ Abuelo/a                                      |
| ■ Hijo/a (incluido un niño adoptado)                     | ■ Nieto/a                                       |
| ■ Hijastro/a   | ■ Sobrina o sobrino                             |
| ■ Hijo/a de pareja doméstica (incluido hijo adoptado)    | ■ Tía o tío                                     |
| ■ Hermano/a (incluyendo medio hermano/a y hermanastro/a) | ■ Primo-hermano                                 |
| ■ Padre/madre (incluido padre/madre adoptivo)            | ■ Suegra o suegro                               |
| ■ Padrastro/Madrastra                                    | ■ Nuera o yerno                                 |
|  | ■ Cuñada o cuñado                               |
|  | ■ Otro pariente (por sangre o matrimonio)       |
|  | ■ No relacionado (ni por sangre, ni matrimonio) |

### Punto 5

En el caso de cualquier persona que se inscriba en una cobertura médica, compartimos su respuesta a la pregunta "Sexo" con su compañía de seguros. Si el sexo actual de la PERSONA 2 es diferente al sexo que le asignaron al nacer, la PERSONA 2 puede seleccionar la respuesta según la información que desee compartir. La solicitud también incluye preguntas opcionales si la PERSONA 2 desea compartir más detalles sobre su identidad de género. Si la PERSONA 2 está embarazada, asegúrese de seleccionar "Mujer" para que pueda informarnos sobre el embarazo.

**346 675 2448**

#### Punto 8

**Usted de todas maneras puede solicitar la cobertura aunque la PERSONA 2 no tenga pensado hacer una declaración federal de impuestos:**

- Si la PERSONA 2 está casada y le interesa recibir un reembolso por la prima, la PERSONA 2 deberá hacer su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge para recibir el reembolso.
- Si a la PERSONA 2 lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, escriba los nombres del/de los contribuyente(s).
- Si a la PERSONA 2 lo declaran como dependiente, incluya la relación de él o ella con el/los contribuyente(s).

Por ejemplo, si la PERSONA 2 es el hijo del contribuyente, escriba "hijo".

#### Punto 11

**Si la PERSONA 2 tiene un problema médico físico, emocional o mental que causa limitaciones en las actividades (como tareas diarias, vestirse o bañarse, etc.), o si la PERSONA 2 tiene una necesidad especial de atención médica, o vive en una institución médica o asilo de ancianos, responder "sí" no hará que aumenten los costos de su atención médica. Si la PERSONA 2 tiene una incapacidad o una necesidad de cuidado especial, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.**

#### Punto 14

**Si la PERSONA 2 no es ciudadano estadounidense o nacional, pero tiene un estatus migratorio elegible para recibir cobertura a través del Mercado, rellene "sí" y proporcione el tipo de documento que tiene y el/los número(s) de identificación del documento(s). (Revise los detalles en las páginas 6-8 de este documento). Si la PERSONA 2 tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos. Punto 12 no necesita ser completado si la PERSONA 2 no solicita la cobertura médica.**

#### Puntos 20-24

**Las preguntas sobre origen étnico, raza, identidad de género y orientación sexual son opcionales, pero éstas ayudan al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a mejorar el servicio a todas las personas que usan el Mercado. Usamos esta información para asegurarnos de que todos tengan acceso justo a la cobertura. No compartiremos información sobre orientación sexual e identidad de género con el estado, compañía de seguros ni proveedores de salud de la PERSONA 2, y debemos proteger la privacidad de su información. Las respuestas sólo son accesibles para profesionales externos certificados, como asistentes, agentes o corredores, y socios de inscripción certificados. Proveer esta información no afectará la elegibilidad de la PERSONA 2 para una cobertura de salud, sus opciones de plan de salud o sus costos en ninguna forma. Esta información no puede ser usada para discriminar o denegar cobertura médica o servicios de cuidado de salud.**

### PERSONA 2: Trabajo actual e información de ingresos (Páginas 6-7)

Proporcione información sobre los ingresos actuales de la PERSONA 2 para ver averiguar si es elegible para recibir ayuda para pagar por la cobertura. Incluya cuánto la PERSONA 2 gana en salario y en propinas antes de que le deduzcan los impuestos. No tiene que incluir las cantidades que el empleador deduce del cheque de la PERSONA 2 para cuidado infantil, seguro médico o planes de retiro que "no están sujetos a impuestos" (a veces llamados "deducciones antes de los impuestos").

**Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia:** Escriba el tipo de trabajo que hace la PERSONA 2 y cuántos ingresos netos ingresará este mes. Ingreso neto es la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vaya a la tabla de deducciones a ingresos de trabajadores por cuenta propia en la página 9 de estas instrucciones para que sepa qué es lo que puede deducir la PERSONA 2 de sus ingresos brutos.

#### Punto 36

**Deducciones:** Enumere las deducciones que puede hacer la PERSONA 2 en la página principal de su declaración federal de impuestos 1040.

**346 675 2448**

### **Paso 3: Miembro(s) del hogar Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)** (Página 8)

Si alguien de su hogar es indio americano o nativo de Alaska, marque "sí", complete el Apéndice B: Miembro del hogar Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN), y envíela junto con la solicitud. Los miembros de tribus reconocidas a nivel federal y las personas que son elegibles para recibir atención a través de proveedores del Servicio de Salud Indígena pueden ser elegibles para recibir protecciones especiales.

### **Paso 4: La cobertura médica de su hogar** (Página 8)

#### **Punto 1**

Si su estado indicó que alguna persona no califica para Medicaid o para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), en los últimos 90 días, escriba sus nombres y la fecha aquí.

#### **Punto 2**

Si a alguien en su hogar se le ofrece cobertura de salud basada en un empleo (ya sea su propio empleo o el empleo de otra persona):

- Complete "sí", incluso si se le ofrece cobertura pero no están inscritos actualmente.
- Escriba "no" si la única cobertura que se le ofrece a alguien en su hogar es COBRA o seguro para jubilados.

Si a alguien en su hogar se le ofrece cobertura, complete el Apéndice A: Cobertura de salud basada en el empleo, y envíelo con su solicitud.

También preguntamos si el empleador ofrece un Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) de cobertura individual o un HRA para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA). Estos no son planes de salud tradicionales basados en el empleo. El empleador elige un monto en dólares que reembolsará por gastos médicos en lugar de ofrecer un plan de salud.

El empleador no puede ofrecerle una cobertura individual HRA o QSEHRA y un plan tradicional basado en el trabajo. Si no está seguro si el empleador ofrece una cobertura individual HRA o QSEHRA, pregúntele. Si a alguien en su solicitud se le ofrece uno de estos, el Mercado se comunicará con usted para obtener más información.

**346 675 2448**

#### **Punto 3-4**

Si alguna de las personas que está solicitando cobertura médica está inscrita actualmente en algún tipo de cobertura médica de las que aparecen en la página 8 de la solicitud, marque el tipo de cobertura, escriba el nombre de la persona al lado de la cobertura que tiene e incluya cualquier otra información que se solicite.

### **Paso 5: Su acuerdo y firma** (Página 9)

Lea las declaraciones en esta página de la solicitud, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta. Si usted o alguna otra persona que está solicitando cobertura de salud en esta solicitud se encuentra preso (detenido o en la cárcel), escriba su nombre en el renglón correspondiente. Si la persona está pendiente de disposición de cargos, marque la casilla.

#### **Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud:**

- Pueden firmar el formulario por usted, pero deberán completar el Apéndice C: Ayuda para Completar esta Solicitud y enviarlo con su solicitud.
- Usted (PERSONA 1 en la solicitud) debe firmar el Apéndice C para permitir que el representante autorizado firme esta solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con esta solicitud.

### **Paso 6: Envíe por correo postal su solicitud completada.** (Página 10)

Haga una copia de su solicitud para guardarla en sus registros, luego envíe por correo todas las páginas originales a:

**Mercado de Seguros Médicos**  
**Departamento de Salud y Servicios Humanos**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0001**

Use la cantidad correcta de franqueo cuando envíe su solicitud. La cantidad del franqueo dependerá del peso de la solicitud, el cual estará basado en el número de páginas.

Si usted no tiene toda la información o no puede terminar todos los puntos, envíenos su solicitud de todas maneras. Nos comunicaremos con usted dentro de 1-2 semanas.

## Estatus migratorio y tipos de documentos

Si usted no es ciudadano pero es elegible, y está solicitando cobertura de salud, escriba el nombre de sus documentos de inmigración en la página 2 (y en la página 5, si algún miembro del hogar está solicitando cobertura). En la lista siguiente verá algunos tipos comunes de documentos. Si su documento no está en la lista, puede escribir el nombre del documento. Si no está seguro o tiene un estatus elegible, pero no tiene ningún documento, llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para ayuda. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

| SI TIENE:   | ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:   |
|---|--|
| Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de extranjero</li> <li>Número de la tarjeta</li> </ul>   |
| Permiso de reingreso (I-327)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de extranjero</li> </ul>   |
| Documento de viaje para refugiado (I-571)                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de extranjero</li> </ul>   |
| Permiso de trabajo (I-766)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de extranjero</li> <li>Número de tarjeta</li> <li>Fecha de expiración</li> <li>Código de la categoría</li> </ul> |
| Visa de inmigrante con lectura electrónica de datos (con nota temporal I-551) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de extranjero</li> <li>Número de pasaporte</li> <li>País que lo emite</li> </ul>                                 |
| Sello temporal I-551 (en el pasaporte o I-94/I-94A)                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> </ul>   |
| Registro de Entradas/Salidas (I-94/I-94A)                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de I-94</li> </ul>   |
| Registro de Entradas/Salidas en el pasaporte extranjero (I-94)                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de I-94</li> <li>Número de pasaporte</li> <li>Fecha de expiración</li> <li>País que lo emite</li> </ul>          |
| Pasaporte extranjero  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de pasaporte</li> <li>Fecha de expiración</li> <li>País que lo emite</li> </ul>                                  |
| Certificado de Elegibilidad para Estatus de Estudiante no Emigrante (I-20)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de identificación SEVIS</li> </ul>   |
| Certificado de Elegibilidad para Estatus de Visitante de Intercambio (DS2019) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de identificación SEVIS</li> </ul>   |
| Notificación (I-797)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de extranjero o un número de I-94</li> </ul>   |
| Otro  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de extranjero o un número de I-94</li> <li>Descripción del tipo o nombre del documento</li> </ul>                |

Para más documentos o estatus de migración elegibles, vaya a la página siguiente.

**346 675 2448**

**Usted también puede escribir estos documentos o estatus:**

- Un documento que indique que se es miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá (**Nota:** Esto se considera como un estatus migratorio elegible para Medicaid, pero no para un plan de salud del Mercado.)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE.UU.
- Cubano/haitiano admitido
- Cónyuge maltratado, hijo o padre bajo la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA en inglés)

**Para las personas que trabajan por cuenta propia** (continuación de la página 3)

**Si usted tiene cualquiera de estos gastos, puede substraerlos de su ingreso bruto para obtener la cantidad de sus ingresos netos como trabajador por cuenta propia:**

- Gastos de auto y camión (para viajes durante el día de trabajo, no para ir y venir de la casa al trabajo)
- Salario del empleado y beneficios suplementarios
- Interés (incluya los intereses de la hipoteca de la casa pagada a los bancos, etc.)
- Renta o arrendamiento de propiedad para negocios y servicios públicos
- Publicidad
- Reparaciones y mantenimiento
- Impuestos deducibles de empleo por cuenta propia
- Contribuciones a un plan de pensión simplificada para empleados (SEP en inglés), SIMPLE o plan de jubilación calificado
- Seguro de propiedad, seguridad e interrupción de actividades empresariales
- Depreciación
- Servicios legales y profesionales
- Comisiones, impuestos, licencias y cargos
- Contratos laborales
- Ciertos viajes de negocio y comidas
- Costo del seguro médico para autónomos

**346 675 2448**

# Instrucciones para ayudarlo a completar un Apéndice

## Apéndice A: Cobertura Médica de un Empleo

Si alguien de su hogar tiene una oferta de cobertura médica de un trabajo, aunque sea a través del padre/madre o cónyuge, proporcione información sobre la oferta de cobertura, independientemente de si la persona tiene la cobertura en estos momentos.

### Puntos 15–16

Indique el monto de la prima que usted o cualquier miembro de su hogar tendría que pagar por el plan de menor costo que cubra solo al empleado o al empleado y al hogar.

Complete una página para cada empleador que ofrezca cobertura de salud. Puede usar nuestra hoja de trabajo de la Herramienta de cobertura del empleador ([CuidadoDeSalud.gov/downloads/es/employer-coverage-tool.pdf](https://CuidadoDeSalud.gov/downloads/es/employer-coverage-tool.pdf)) para ayudarlo a recopilar esta información.

## Apéndice B: Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Si usted o un miembro de su hogar es indio americano o nativo de Alaska, complete el Apéndice B. Le preguntarán a qué tribu pertenece, ingresos y otra información.

**346 675 2448**

## Apéndice C: Ayuda para completar esta solicitud

- **Consejeros certificados de solicitudes, navegadores, consejeros que atienden en persona y otros asistentes:** Estas personas y organizaciones profesionales están capacitados para ayudar a los consumidores que están en busca de opciones para una cobertura médica a través del Mercado, incluyendo ayuda para llenar esta solicitud. Estos servicios son gratis para los consumidores. Usted puede pedirles una certificación que demuestra que están autorizados para hacer este trabajo. Ellos pueden ayudarlo a completar esta sección. El número de identificación es el número de identificación del navegador. Esta identificación (13 letras y números) es única y se le da a cada navegador.
- **Agentes y corredores:** Los agentes y corredores pueden ayudarlo a solicitar ayuda para pagar por la cobertura y a inscribirse en un plan del Mercado. Pueden hacerle recomendaciones específicas acerca del plan en el que debe inscribirse. También tienen licencia y están regulados por los estados y generalmente reciben pagos y comisiones de las compañías de seguros de salud cuando inscriben a un cliente. Ellos pueden ayudarlo a completar esta sección.

### Escriba los dos números de identificación de agentes y corredores.

- **Número de identificación de usuario de FFM:** Es un número de identificación único que crea el agente o corredor cuando se inscribe en el Mercado.
- **Número Nacional de Productor (NPN):** Un número único (de un máximo de 10 dígitos) que se le asigna a cada agente o corredor con licencia. Puede encontrar el NPN de un agente o corredor autorizado fácilmente visitando el sitio de Internet del Productor Nacional de Seguro en [npr.com](https://npr.com).

- **Usted puede elegir un representante autorizado.** Esta es la persona que usted seleccione para actuar en su nombre con el del Mercado, como un miembro del hogar u otra persona de confianza. Algunos representantes autorizados pueden tener autoridad legal para actuar en su nombre.

## **Apéndice D: Preguntas sobre cambios en su vida**

Un cambio en su vida que puede hacerlo elegible para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en un seguro médico. Ejemplos de cambios de vida son mudarse a un nuevo estado, ciertos cambios en sus ingresos y los cambios en el tamaño del hogar (por ejemplo, si se casa, divorcia o tiene un bebé). Para una lista completa de los cambios de vida, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period](https://CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period).

**346 675 2448**

## Ley de Privacidad

### Permiso para enviar la información

Al enviar esta solicitud, usted nos dice que tiene permiso de todas las personas cuya información aparece en la solicitud tanto para enviar su información al Mercado como para recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.

### Declaración de la ley de privacidad (vigente desde 10/1/2013)

Estamos autorizados para recopilar la información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluidos los números del Seguro Social, en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Ley pública No. 111-148), según enmendada por la Ley de Reconciliación del Cuidado de Salud y Educación de 2010 (Ley pública No. 111-152), y la Ley de Seguro Social.

Necesitamos la información proporcionada sobre usted y otras personas enumeradas en este formulario para determinar la elegibilidad para: (1) la inscripción en un plan de salud autorizado a través del Mercado de Seguros Médicos federal, (2) programas de seguro a bajo precio (como Medicaid, CHIP, pago de crédito tributario anticipado de la prima y reducción de los costos compartidos), y (3) certificaciones de exenciones de los requisitos de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, vamos a verificar la información proporcionada en el formulario, vamos a comunicarnos con usted o con su representante autorizado y, finalmente, le proporcionaremos la información al plan de salud que usted haya seleccionado para que puedan inscribir a cualquier persona elegible en un plan de salud autorizado o programa de seguros a bajo precio. También usamos la información proporcionada como parte de una operación que se lleva a cabo en el Mercado de Seguros, que incluye actividades como verificar la continuidad de la elegibilidad para todos los programas, procesamiento de apelaciones, dar información y administrar los programas de seguros a bajo precio para las personas elegibles, desarrollar actividades de supervisión y control de la calidad, combatir el fraude y responder a cualquier preocupación sobre la seguridad o la confidencialidad de la información.

Aunque proporcionar la información que se pide (incluidos los números del Seguro Social) es voluntaria, no hacerlo puede demorar o impedir que usted pueda obtener cobertura de salud a través del Mercado de Seguros, el pago de crédito tributario anticipado de la prima. Si usted no proporciona la información correcta en este formulario, o proporciona con conocimiento y con intención información falsa o fraudulenta, podría estar sujeto a una penalidad u otro tipo de acción legal.

Con el fin de verificar y procesar las solicitudes, determinar la elegibilidad y operar el Mercado de Seguros, necesitamos compartir parte de la información que recibimos con entidades fuera de CMS, entre ellas:

1. Otras agencias federales, (como el Servicio de Rentas Internas, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Interna), agencias estatales (como el Medicaid o CHIP) o agencias de gobiernos locales. Podemos usar la información que usted provea en programas de computación para determinar correspondencia con cualquiera de estos grupos para realizar determinaciones de elegibilidad, para verificar la continuidad de la elegibilidad para inscribirse en un plan de salud autorizado o programas de beneficios

federales, o para procesar apelaciones de determinación de elegibilidad; La información proporcionada por los solicitantes no se utilizará para comprobar el cumplimiento de las leyes de inmigración;

2. Otras fuentes de verificación incluyen las agencias de informes de crédito;
3. Los empleadores identificados en las solicitudes para la determinación de elegibilidad;
4. Solicitantes/personas inscritas, y representantes autorizados de solicitantes/personas inscritas;
5. Agentes, corredores de seguros y entidades que lanzan planes de salud autorizados, según sea aplicable, que estén certificados por CMS y que ayuden a los solicitantes/personas inscritas;
6. Contratistas de CMS dedicados al desempeño de una función para el Mercado de Seguros; y
7. Cualquier otra persona según lo exija o lo permita la ley en conformidad con la Notificación de Registro del Sistema de la Ley de Privacidad asociada con esta recopilación (Sistema de Intercambios de Seguros de Salud de CMS (HIX), Sistema de CMS No. 09-70-0560, según enmendado, Registro federal 78, 8538, 6 de marzo de 2013, y Registro federal 78, 32256, 29 de mayo de 2013).

### Verificación de la identidad

Para proteger su privacidad, tendrá que pasar la Verificación de su identidad antes de solicitar otros privilegios de acceso a la cuenta. Usted está autorizando a Experian, un proveedor de verificación de identidad externo, para que acceda a su información personal con el fin de verificar su identidad en nombre de CMS. A continuación le presentamos algunos puntos para que tenga en cuenta.

Asegúrese de haber proporcionado correctamente su nombre legal, su domicilio actual, su número de teléfono principal, la fecha de su nacimiento y su dirección de correo electrónico. Nosotros utilizaremos su información personal solamente para que Experian verifique su identidad.

La verificación de su identidad requiere que Experian use la información de su perfil en el informe del consumidor. Como resultado, usted verá en su informe de Experian el enunciado "soft inquiry" (Revisión de historial crediticio sin afectar puntaje). Solamente usted podrá ver esta revisión, nunca se le divulgará a terceros y no afectará su puntaje de crédito. La revisión ("soft inquiry") se titula "Servicios de Comprobación de CMS" y se quitará del informe de Experian a los 25 meses.

Tal vez usted tenga que acceder a su información personal y la información en el informe del consumidor, dado que la solicitud de Experian tal vez necesite que responda algunas preguntas de acuerdo con la información que consta en sus expedientes.

Esta declaración es la notificación requerida por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(3)). Puede obtener más información sobre cómo administramos su información visitando [CuidadoDeSalud.gov/how-we-use-your-data](http://CuidadoDeSalud.gov/how-we-use-your-data).

***Esta valiosa información llega a usted gracias a la colaboración de:***

***Helping Families LLC***

***Visite nuestra pagina para más información: [Helping-families.net](https://helping-families.net)***

***o llámle para más ayuda: 346 675 2448***

CMS no excluye, niega beneficios ni discrimina de otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género) o edad en la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sea llevados a cabo por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS acuerde llevar a cabo sus programas y actividades.

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.  
También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice), (en inglés)  
o llame al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

### **Mercado de Seguros Médicos**

CMS Producto No. 11708-S  
Septiembre 2024

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



**CuidadoDeSalud.gov**