

**Antecedentes (Para referencia interna. No incluido en el aviso para el consumidor):** El Mercado de Seguros Médicos enviará el Formulario 1095-A a cada contribuyente de impuestos (según se define en 45 CFR 155.300), o a un adulto responsable en una póliza, en o antes del 31 de enero de cada año. El siguiente documento representa una portada que el Mercado incluirá con el 1095-A completado, que será enviado a cada contribuyente de impuestos o adulto responsable. Las personas recibirán un Formulario 1095-A completado si ellos o un miembro de su familia se inscribieron en un plan de salud calificado (QHP) a través del Mercado para cualquier mes en el año de cobertura, con o sin recibir un pago anticipado (anticipo) de la prima (APTC). Formulario 1095-A enumera las personas que se inscribieron en un QHP, la prima QHP, y cualquier APTC que se pagó en nombre de la persona inscrita al emisor. Esta portada le llegará a las personas que están recibiendo un 1095-A formulario **corregido**.

[Insert FNLNS of Tax filer or Responsible Adult]  
[Insert Address line 1]  
[Insert Address line 2]  
[Insert City, State Zip Code]

[Insert Notice Date]

Identificación de la solicitud (ID): [Insert Application ID]

Nombre del Plan: [Insert Plan Name]

**Debe presentar una declaración de impuestos si el Formulario 1095-A adjunto muestra que recibió pagos adelantados (anticipos) del crédito fiscal para las primas. Vea Parte III, Columna C en su formulario.**

Estimado(a) [Insert FNLNS of Tax filer or Responsible Adult]:

Adjunto se encuentra el “Formulario 1095-A **corregido** Declaración del Mercado de Seguros Médicos” para el año de cobertura [coverage year]. Usted necesitará la información de este formulario cuando presente su declaración federal de impuestos para [coverage year].

Este formulario 1095-A corregido reemplaza su Formulario 1095-A original. La corrección puede ser el resultado de un error que usted o su compañía de seguro informaron en su Formulario 1095-A original. Ignore todas las versiones anteriores del Formulario 1095-A para la póliza del Mercado número asignado [xxxxx] (vea el cuadro 2 de este formulario). Este aviso **no le** aplica a un Formulario 1095-A con un número de póliza diferente, si tiene uno.

**Usted puede recibir más de un Formulario 1095-A**

Este aviso sólo le aplica al Formulario 1095-A para la póliza del Mercado número asignado [xxxxx]. Es posible que reciba más de un Formulario 1095-A, debido a que diferentes miembros de su hogar tenían diferentes planes, actualizó su información de cobertura durante [insert applicable coverage year] o cambió de plan durante [insert applicable coverage year]. Asegúrese de mantener todos los Formularios 1095-A con sus documentos importantes de impuestos.

**Usted debe presentar una declaración de impuestos**

Aunque por lo general no presente una declaración de impuestos, usted debe presentar una declaración si usted u otro miembro de su familia recibió pagos por adelantado del crédito fiscal para las primas en [insert applicable coverage year] para reducir los costos de las primas. Si los pagos adelantados son hechos a su nombre o a nombre de una persona en su familia y no presenta una declaración de impuestos, usted no será elegible para los anticipos del crédito fiscal o reducciones de costos compartidos que le ayudarán en el futuro con los pagos de cobertura en el Mercado.

Cuando presente su declaración de impuestos electrónicamente o por correo, deberá llenar y presentar el Formulario 8962 (Crédito Tributario para la Prima). **Utilice la información en este Formulario 1095-A corregido para completar el Formulario 8962.** El Formulario 1095-A también le indica los meses de [insert applicable coverage year] en los cuales usted y otros miembros de su familia estaban asegurados. Usted necesitará esa información para completar su

declaración de impuestos. Si desea más información sobre el Formulario 1095-A, lea la sección "Instrucciones para el Beneficiario" en la parte posterior del formulario adjunto. Si necesita el Formulario 8962, visite [IRS.gov/aca](https://www.irs.gov/aca).

### **Cambios en la información de su Formulario 1095-A**

Si piensa que la información en el Formulario 1095-A adjunto no es la correcta, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para saber cómo obtener un Formulario 1095-A corregido. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325.

### **La importancia del Formulario 1095-A**

El Formulario 1095-A incluye:

- Información sobre usted y otros miembros de su familia que se inscribieron en un plan del Mercado durante [insert applicable coverage year].
- Información sobre la prima de su plan y otra información que podría necesitar para llenar su declaración federal de impuestos.
- La cantidad de los pagos adelantados (anticipos) del crédito fiscal para la prima que se le pagó a su plan médico en [insert applicable coverage year] a su nombre o a nombre de los demás miembros de su familia.

Para obtener más información sobre la información en su formulario, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/tax-form-1095](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/tax-form-1095).

### **Es posible que necesite más información para completar su declaración de impuestos**

Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/tax-tool](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/tax-tool) para obtener la información adicional que necesita para calcular su crédito fiscal para las primas si:

- Tuvo cambios en su hogar que no informó al Mercado, como tener un bebé, mudarse, casarse o divorciarse o perder a un dependiente.
- Su Formulario 1095-A corregido tiene ceros impresos en la Parte III, columna B para los meses que tuvo cobertura.

También puede visitar [IRS.gov](https://www.irs.gov) para encontrar más detalles en las Instrucciones para el Formulario 8962.

### **¿Tendré que presentar una declaración enmendada?**

Puede que tenga que presentar una declaración enmendada si ya presentó su declaración federal de impuestos para [year] y al menos una de las siguientes situaciones es cierta:

- Utilizó la información de un Formulario 1095-A anterior con el número de la póliza antes mencionada.
- Su Formulario 1095-A corregido tiene ceros impresos en la Parte III, columna B durante los meses que tuvo cobertura.

Para obtener más información al presentar una declaración de impuestos enmendada, visite [IRS.gov](https://www.irs.gov) y escriba las palabras claves "declaración enmendada".

### **También puede obtener el Formulario 1095-B o Formulario 1095-C**

Si usted o miembros de su familia tuvieron cobertura en [insert applicable coverage year] a través de otros programas o planes fuera del Mercado, también podría estar recibiendo el Formulario 1095-B (Cobertura de Salud) o Formulario 1095-C (Oferta y Cobertura Provista por Empleador). Es importante seguir las instrucciones que aparecen en estos formularios, para llenar su declaración de impuestos correctamente.

### **La prima mensual de inscripción que aparece en su Formulario 1095-A (Parte III, Columna A) puede ser diferente a la cantidad de la prima mensual total de su plan**

Esto no siempre significa que hay errores que deben ser corregidos. La prima mensual de su Formulario 1095-A puede ser diferente de lo que espera porque:

- Su plan incluye beneficios además de los beneficios de salud esenciales requeridos por la ley de cuidado de la salud, como beneficios dentales o de visión para adultos. En este caso, la prima mensual de inscripción en el Formulario 1095-A puede mostrar sólo la cantidad de su prima que se aplica a los beneficios esenciales de salud.

- Usted o un miembro de la familia comenzó o finalizó la cobertura a mediados del mes. En este caso, su Formulario 1095-A mostrará sólo la parte del mes en que proveyó la prima.
- Estuvo inscrito en un plan dental independiente y un dependiente menor de 18 años fue inscrito en el plan. En este caso, la prima mensual de inscripción en el Formulario 1095-A puede ser mayor de lo esperado, ya que incluye una parte de las primas de los planes dentales para beneficios pediátricos.

Si alguno de estos le aplica, la prima indicada en el Formulario 1095-A es probablemente correcta. Si aún piensa que la información en su 1095-A es incorrecta, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado.

### **Cómo obtener ayuda con sus impuestos**

Muchas de las personas que se inscribieron para la cobertura del Mercado pueden obtener ayuda gratuita para llenar sus impuestos. Esto puede incluir el libre acceso a los programas de impuestos (software) o asistencia gratuita en persona. Visite [IRS.gov/freefile](https://www.irs.gov/freefile), [IRS.gov/VITA](https://www.irs.gov/VITA) [IRS.gov/Individuals/Free-Tax-Return-Preparation-for-You-by-Volunteers](https://www.irs.gov/Individuals/Free-Tax-Return-Preparation-for-You-by-Volunteers) para más información sobre cómo obtener la ayuda.

El uso de programas (software) para la preparación de impuestos es la mejor manera y más sencilla, de presentar una declaración de impuestos completa y exacta, ya que guía a las personas, y preparadores de impuestos, durante el proceso y hace todas las calculaciones matemáticas. Opciones de presentación electrónica incluyen Free File del IRS para los contribuyentes que califican, ayuda gratuita por parte de voluntarios, programas (software) comerciales y asistencia profesional.

Si necesita más información visite [CuidadoDeSalud.gov/es/taxes](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/taxes) o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado.

### **Para obtener más ayuda**

- Si tiene preguntas generales sobre sus impuestos, visite [IRS.gov](https://www.irs.gov). Ayuda gratis está disponible si califica a través de Free File o el Programa de Ayuda Voluntaria a los Contribuyentes (VITA en inglés).
- Si tiene preguntas sobre el Mercado, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov), o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325. También puede hacer una cita con un asistente local para recibir ayuda. La información está disponible en [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](https://www.AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).
- Reciba ayuda en un idioma diferente al español. La información se incluye con este aviso y está disponible a través del Centro de Llamadas del Mercado.
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado para obtener esta información en un formato alternativo como letra grande, Braille o audio, sin costo alguno.

Atentamente,

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

*Divulgación de Privacidad:* Divulgación de Privacidad: El Mercado de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal (PII en inglés) que ha proporcionado (visite [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso se genera por el Mercado basado en 45 CFR 155.230, 45 CFR 155.335 y otras provisiones de 45 CFR parte 155, subparte D. El PII utiliza para crear este aviso se recogió de la información que ya ha proporcionado al Mercado de Seguros Médicos. Puede que el Mercado haya utilizado datos de otras agencias federales y estatales o de una agencia de informes de consumidor para determinar la elegibilidad de las personas que aparecen en su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, llame al Centro de Llamadas del Mercado al [1-800-318-2596](tel:1-800-318-2596) (TTY: [1-855-889-4325](tel:1-855-889-4325)).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1207.

**No discriminación:** El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios, o discrimina de otra manera a cualquier persona por motivos de raza, color, nacionalidad, incapacidad, sexo o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles llamando al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) (TTY: [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697)), visitando [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

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

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

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

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

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

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

**ગુજરાતી (Gujarati)** આ સૂચનામાં આરોગ્ય વીમા માર્કેટસ્થળ સમારકામે તમારી અરજી અથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેની મહત્વની માહિતી છે. આ સૂચનામાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમે તમારા આરોગ્ય આવરી લેવા અથવા અર્થમાં મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાં રાખીને પગલાં લેવાની જરૂર પડે છે. મને કોઈ પણ અર્થ વિના તમારી ભાષામાં આજ્ઞાપૂર્વક રીઅને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારકેટ રાહ જુઓ. એક એજન્ટ જવાબ આપે, ત્યારે તેમને તમે જરૂરી ભાષા જણાવો અને તેમને દુભાષિયો સાથે જોડવામાં આવશે.

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

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



January 2019

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

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

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

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

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

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

**Tiếng Việt (Vietnamese)** Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin của quý vị hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình Thị trường bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Xin xem những ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng 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 hoàn toàn miễn phí. Xin gọi 1-800-318-2596 và đợi nghe hết lời mở đầu. Khi nghe một nhân viên trả lời, hãy nói ngôn ngữ của mình là gì và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.



