CMS Producto No. 11708-S
octubre de 2016

Instrucciones para ayudarlo a completar la

Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

A partir del 1 de noviembre, usted puede solicitar una cobertura de salud a través del nuevo Mercado de Seguros Médicos. La cobertura comienza tan pronto como el 1 de enero. El Mercado está creado para ayudarle a encontrar una cobertura de salud adecuada a su presupuesto y satisfaga sus necesidades.

A través de un proceso de solicitud simplificado, usted podrá saber si recibirá ahorros que pueda usar inmediatamente para ayudarle a pagar la prima de una cobertura de salud privada. 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).

Para su conveniencia, hay diferentes maneras para solicitar. La forma más rápida es visitando **CuidadoDeSalud.gov**. Si solicita en línea, también sabrá inmediatamente para lo que es elegible.

Mercado de Seguros Médicos

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

Antes de comenzar, será bueno que tenga disponible esta información:

- Números de Seguro Social (SSN)
- Los números de los documentos de los inmigrantes elegibles que quieren una cobertura de salud
- Fechas de nacimiento
- Talonarios o comprobantes de pago, formularios W-2 u otra información sobre los ingresos de la familia
- Números 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 familia

Usted tiene derecho a obtener la información de este producto en un formato alternativo. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite **www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html**, o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.

La 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 completar la 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 familia.

(Página 1)

Usted tiene que proveer información sobre todo el que esté en su declaración federal de impuestos y sobre todos los miembros de su familia 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 4–5 y complételas por cada persona adicional.

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.**
Para los ADULTOS que necesitan cobertura:	Todas las personas **que están en la misma declaración de impuestos federales**, incluyendo: • Cualquier cónyuge • Cualquier hijos o hijas, incluyendo hijastros/as	Cualquier persona **que no está** en la misma declaración de impuestos federales, incluyendo: • Cualquier persona no relacionada que vive en el mismo hogar • Cualquier hijo o hija que no está en la misma declaración de impuestos • Cualquier padre o hermano/a adulto/a, incluso si viven en el mismo hogar

	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.**
Para los NIÑOS que necesitan cobertura:	Todas las personas **que están en la misma declaración de impuestos federales**, incluyendo: • Cualquiera de los padres o padrastros/ madrastras • Cualquiera de sus hermanos/as	Cualquier persona **que no está** en la misma declaración de impuestos federales, incluyendo: • Cualquier persona no relacionada que vive en el mismo hogar • Cualquier padre que vive en un sitio diferente

(Página 2)

PERSONA 1 (Empiece por usted)

¿Necesita cobertura médica?

Complete la página completa.

¿No necesita cobertura médica?

Complete los puntos 1–9.

Punto 7

Aunque no tenga pensado presentar una declaración federal de impuestos, de todas maneras puede solicitar una cobertura:

- 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 un problema médico físico, mental o emocional que lo limite de hacer actividades como bañarse, vestirse y hacer las tareas diarias, o si usted 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, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.

Punto 11

Si usted no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus migratorio elegible para recibir cobertura a través del Mercado, marque "sí" y proporcione el tipo de documento que tiene y el/ los número(s) de identificación del documento(s) (ver páginas 7–9). Si usted tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos.

Puntos 19–20

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por su sigla en inglés) a comprender mejor y a mejorar la salud y la atención médica de todos los estadounidenses. Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una cobertura médica, sus opciones de plan médico o sus costos en ninguna forma.

(Página 3)

PERSONA 1: Información sobre empleo actual e ingresos

Le hacemos preguntas sobre sus ingresos actuales para ver si usted califica para ayuda para el pago de la cobertura y cuánta 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 cuántos ingresos netos recibirá este mes. Ingreso neto significa la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vea 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 de sus ingresos brutos.

Punto 32

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

PASO 2: Díganos sobre su familia. (Continuación)

(Página 4)

PERSONA 2

¿La PERSONA 2 necesita cobertura médica?
Complete la página completa.

¿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
- Padre/madre
- Padrastro/madrastra
- Pareja del padre/madre
- Hijo/Hija
- Hijastro/hijastra
- Hijo de su pareja
- Hermano/hermano
- Tío/tía
- Sobrino/sobrina
- Primo hermano
- Abuelo/abuela
- Nieto/nieta
- Otro familiar
- Otro que no sea familiar

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, mental o emocional que la limite de hacer actividades como bañarse, vestirse y hacer las tareas diarias, o si la PERSONA 2 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, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.

Punto 14

Si la PERSONA 2 no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus migratorio elegible para recibir cobertura a través del Mercado, marque "sí" y proporcione el tipo de documento que tiene y el/los número(s) de identificación del documento(s) (ver páginas 7–9). 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 21–22

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos a comprender mejor y mejorar el cuidado y atención médica para todos los estadounidenses. 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.

(Página 5)

PERSONA 2: Trabajo actual e información de ingresos

Proporcione información sobre los ingresos actuales de la PERSONA 2 para ver 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 significa la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vea 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 34

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

PASO 3: Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

(Página 6)

Si alguien de su familia es indio americano o nativo de Alaska, marque "sí", complete el Apéndice B: Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN), y envíela junto con la solicitud. Hay protecciones especiales disponibles para los miembros de tribus federalmente reconocidas.

PASO 4: La cobertura médica de su familia

(Página 6)

Punto 1

Díganos si presentó una declaración de impuestos y concilió algún crédito fiscal para la prima que haya usado.

Punto 2

Si se detectó que alguna persona no es elegible para Medicaid o para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), escriba sus nombres aquí.

Punto 4

Si alguien de su familia tiene acceso a una cobertura de salud por el trabajo (ya sea su propio empleo o el de otra persona), marque "sí", aunque puedan conseguir la cobertura por el trabajo pero no la tengan en estos momentos. Si alguien de su familia puede tener acceso a una cobertura de salud, **deberá** completar el Apéndice A: Cobertura Médica de un Empleo, y envíela junta con su solicitud. Si no, vaya al Paso 5.

Punto 5

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 6 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: Lea y firme esta solicitud en la próxima página

(Página 7)

Lea las declaraciones en estas páginas 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, marque la casilla.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice C: Asistencia para Completar esta Solicitud y envíela junto con su solicitud.

Usted (PERSONA 1 de la solicitud) debe firmar el Apéndice C para permitirle al representante autorizado firmar esta solicitud, obtener información oficial sobre esta solicitud, y actuar por usted en todas las cuestiones futuras relacionadas con esta solicitud.

PASO 6: Envíe por correo postal su solicitud completada.

(Página 7)

Envíe la solicitud original firmada por correo postal (y los apéndices, si corresponde) a:

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

Cuando envíe su solicitud por correo, cerciórese de usar la cantidad correcta de franqueo. La cantidad del franqueo dependerá del peso de la solicitud, el cual estará basado en el número de páginas que usted haya incluido.

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.

Próximos pasos

Usted recibirá información sobre cómo inscribirse en un plan (si es elegible) cuando reciba los resultados sobre su elegibilidad.

Obtener ayuda en otro idioma que no sea español

Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, usted tiene el derecho de obtener ayuda e información en su idioma, sin costo alguno.

Lista de estatus migratorios elegibles:

Use esta lista para contestar a las preguntas sobre estatus migratorio elegible. Si ve su estatus más abajo, marque la casilla que dice “sí”.

- Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta verde)
- Asilado
- Refugiado
- Cubano/haitiano admitido
- Entró a los EE.UU. bajo palabra
- Entrada condicional concedida antes de 1980
- Cónyuge, niño o padre/madre maltratado
- Víctima de tráfico de personas y su cónyuge, hijo, hermano(a) o padre/madre
- Concedida la Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes migratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT)
- Persona con un estatus de no inmigrante (incluidos visas de trabajo, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
- Estatus de Protección Temporal (TPS)
- Diferimiento de Partida Forzada (DED)
- El Estatus de Acción Diferida (Acción Diferida para los Llegados durante la Infancia (DACA) no es un estatus migratorio elegible para solicitar la cobertura médica)

- **Solicitante de:**
  - Estatus Especial de Inmigrante Juvenil
  - Ajuste a estatus de LPR con una petición de visa aprobada
  - Visa de víctima de tráfico de personas
  - Asilo al que se le ha concedido ya sea permiso de trabajo O que es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de asilo pendiente por al menos 180 días
  - Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes migratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT) que o bien se le ha concedido permiso de trabajo O es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de suspensión de deportación o suspensión de expulsión, de conformidad con las leyes migratorias o de conformidad con CAT por al menos 180 días.
- **Ciertas personas con permiso de trabajo:**
  - Solicitantes del registro
  - Orden de supervisión
  - Solicitante de Cancelación de Expulsión o Suspensión de Deportación
  - Solicitante de Legalización de conformidad con IRCA
  - Solicitante de Estatus de Protección Temporal (TPS)
  - Legalización de conformidad con la Ley LIFE
- Residente legal temporario
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión.
- Miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá
- Residente de Samoa Americana

Estatus migratorio y tipos de documentos:

Si usted no es ciudadano pero es elegible, y está solicitando cobertura de salud, enumere sus documentos de inmigración. En la lista siguiente verá algunos tipos comunes de documentos. Si el documento que usted tiene 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 que lo ayuden.

SI TIENE:	ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)	• Número de registro de extranjero • Número de la tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	• Número de registro de extranjero
Refugee Travel Document (I-571)	• Número de registro de extranjero
Employment Authorization Card (I-766)	• Número de registro de extranjero • Número de tarjeta • Fecha de expiración • Código de la categoría
Machine Readable Immigrant Visa (with temporary I-551 language)	• Número de registro de extranjero • Número de pasaporte

SI TIENE:	ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
Visa de inmigrante con lectura electrónica de datos (con nota temporal I-551)	• Número de registro de extranjero
Registro de Entradas/Salidas (I-94/I-94A)	• Número de I-94
Registro de Entradas/Salidas en el pasaporte extranjero (I-94)	• Número de I-94 • Número de pasaporte • Fecha de expiración • País que lo emite
Pasaporte extranjero	• Número de pasaporte • Fecha de expiración • País que lo emite
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Estudiante no Emigrante (I-20)	• Número de identificación SEVIS
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Visitante de Intercambio (DS2019)	• Número de identificación SEVIS
Notificación (I-797)	• Número de registro de extranjero **o** un número de I-94

SI TIENE:	ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
Otro	• Número de registro de extranjero o un número de I-94 • Descripción del tipo o nombre del documento

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

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 Cualificado (QHP en inglés).)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Documento que indique suspensión de la expulsión
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión.
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE.UU.

- Cubano/haitiano admitido
- Residente de Samoa Americana

Para las personas que trabajan por cuenta propia:

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
- 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

Instrucciones para ayudarlo a completar los Apéndices

APÉNDICE A

Cobertura Médica de un Empleo

Si alguien de su familia 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.

Complete una página por cada empleador que ofrece cobertura médica. Este apéndice incluye una Solicitud de Cobertura del Empleador para que se la dé al empleador y este responda preguntas sobre la cobertura que ofrece.

APÉNDICE B

Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

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

APÉNDICE C

Asistencia para completar esta solicitud

- **Consejeros certificados de solicitudes, navegadores, consejeros que atienden en persona y otros asistentes:** Estas son personas u organizaciones profesionales que 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 la 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 de Salud Calificado (QHP) a través 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. El NPN puede encontrarse fácilmente visitando el sitio de Internet del Productor Nacional de Seguro en **www.nipr.com**.

Usted puede elegir un representante autorizado:

Alguien que usted seleccione para actuar en su nombre con el del Mercado, como un miembro de la familia 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 de la familia (por ejemplo, si se casa, divorcia o tiene un bebé).

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, (2) programas de seguro a bajo precio (como Medicaid, CHIP, pago de crédito fiscal 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 voluntario, no hacerlo puede demorar o impedir que usted pueda obtener cobertura de salud a través del Mercado de Seguros, el pago de crédito fiscal anticipado de la prima o la exención de los pagos de responsabilidad compartida. Si usted no tiene exención de los pagos de responsabilidad compartida y no mantiene una cobertura de salud autorizada durante tres meses o más durante el año, podría estar sujeto a una penalidad. 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 Servicios 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 sobre el consumidor;
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**.