CMS Producto No. 11726-S
Octubre 2019

Instrucciones para ayudarlo a completar la

Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos (Formulario Corto)

Durante el Período de Inscripción Abierta anual (o fuera de éste si es elegible), usted puede solicitar una cobertura de salud a través del Mercado de Seguros Médicos. El Mercado está creado para ayudarle a encontrar una cobertura de salud adecuada a su presupuesto y que satisfaga sus necesidades.

Completar esta solicitud le permitirá conocer las opciones de cobertura médica para las que califica y si puede obtener ahorros. Se le preguntará sobre sus ingresos y otra información para asegurarse de obtener los mayores ahorros posibles.

Para su conveniencia, hay maneras diferentes para solicitar. La forma más rápida es visitando **CuidadoDeSalud.gov**. Si solicita a en línea, obtendrá inmediatamente su aviso de elegibilidad.

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 (si es inmigrante elegible que quiere una cobertura médica)
- Talonarios o comprobantes de pago, formularios W-2 u otra información sobre sus ingresos
- Números de póliza y de miembro para cualquier cobertura médica

Usted tiene derecho a obtener la información del Mercado en un formato alternativo como letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visit **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 pueden llamar al **1-855-889-4325**.

Mercado de Seguros Médicos

La solicitud tiene 5 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.

Punto 23

Si usted no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus migratorio elegible, rellene "sí" y proporcione el tipo de documento que tiene y el/ los número(s) de identificación del documento(s) (ver páginas 4–6). Si usted tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos.

Punto 25

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 o necesidad de cuidados especiales, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.

Puntos 26–27

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.

PASO 2: Trabajo actual e información de ingresos

(Página 2)

Proporcione información sobre sus ingresos actuales para ver si es elegible para recibir ayuda para pagar por la cobertura. Incluya cuánto es su salario y propinas antes de que le deduzcan los impuestos.

Si trabaja por cuenta propia: Escriba el tipo de trabajo que hace y el ingreso neto que 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 página 6 para que sepa qué es lo que puede deducir de sus ingresos brutos.

PASO 3: Su cobertura médica

(Página 3)

Punto 1
Si está inscrito en un tipo de cobertura enumerado en la página, rellene “sí” y el tipo de cobertura. También incluya otra información según requerida.

PASO 4: Lea y firme esta solicitud en la próxima página

(Página 4)

Lea las declaraciones en esta página, 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 se encuentra preso (detenido o en la cárcel) o está pendiente de disposición, debe completar la Solicitud para Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos en lugar de esta solicitud.

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

PASO 5: Envíe por correo postal su solicitud completada.

(Página 4)

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.

Lista de estatus migratorios elegibles:

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

- Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta verde)
- Residente legal temporal
- Miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá
- Residente de Samoa Americana
- 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
- Inmigrante de Irak o Afghanistan
- 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 (Excepción: **la 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 (Ley de Reforma y Control de Inmigración)
  - Solicitante de Estatus de Protección Temporal (TPS)
  - Legalización de conformidad con la Ley LIFE

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, comuníquese 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 extranjero • Número de la tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	• Número de extranjero
Documento de viaje para refugiado (I-571)	• Número de extranjero
Permiso de trabajo (I-766)	• Número de extranjero • Número de tarjeta • Fecha de expiración • Código de la categoría
Visa de inmigrante con lectura electrónica de datos (con nota temporal I-551)	• Número de extranjero • Número de pasaporte • País que lo emite
Sello temporal I-551 (en el pasaporte o 1-94/1-94A)	• 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 extranjero **o** un número de I-94
Otro	• Número 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 Calificado (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 pagado 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 C

Ayuda 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 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 **nipr.com**.

Usted puede elegir un representante autorizado:

Alguien 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

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.

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 voluntaria, 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. 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 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**.