

Manuel Chavez  
6367 Fair Rd  
Kaufman, TX 75142-7452

26 de marzo de 2019

Fecha de la solicitud: 26 de marzo de 2019

Número de Identificación de Solicitud 2019: 3032020266

### Aviso de elegibilidad: no puede inscribirse en este momento

Miembro(s) de la familia	Resultados	Próximos pasos Importante: Debe presentar los documentos. Este aviso incluye fechas límites y detalles.
Manuel Chavez, Jose Rios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sería elegible para comprar un plan del Mercado, pero no califica para un Período Especial de Inscripción. Necesitamos más información.</li> <li>Elegible para pagos anticipados del crédito fiscal para las primas para ayudar a pagar un plan del Mercado. Usted puede usar el crédito fiscal hasta un máximo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$1,206.00 cada mes, que es \$14,472.00 anual, para su hogar fiscal.</li> </ul> </li> <li>Esto se basa en el ingreso anual del hogar de \$24,996.00—la cantidad que informó en su solicitud o que provenía de otras fuentes de información recientes.</li> <li>Puede seleccionar un plan Plata con copagos, coseguro y deducible (reducciones de costos compartidos) más bajos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenga su solicitud actualizada. El próximo Período de Inscripción Abierta comienza a fines de 2019.</li> <li>Su cobertura actual está disponible. Continúe con la inscripción para confirmar esta cobertura.</li> <li>Para el marzo 20, 2019, envíe la documentación para confirmar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Seguro Social de Manuel Chavez, Jose Rios</li> </ul> </li> <li>Para el marzo 20, 2019, envíe la documentación para confirmar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ciudadanía de Jose Rios</li> </ul> </li> <li>Para el marzo 20, 2019, envíe la documentación para confirmar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estatus de inmigración de Manuel Chavez</li> </ul> </li> <li>Para el junio 24, 2019, envíe la documentación para confirmar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingreso de su hogar</li> </ul> </li> </ul>

Si sus "Resultados" indican que es elegible para anticipos del crédito fiscal o reducciones de los costos

compartidos significa que parece no ser elegible para Medicaid de acuerdo a la información en su solicitud. Sin embargo, usted aún puede ser elegible para Medicaid si tiene una incapacidad o necesidades de cuidado médico especial que no reportó en su solicitud. Para aprender más, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities](http://CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities) o comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para preguntar por las reglas en su estado.

## ¿Por qué no califico para otros programas?

**Manuel Chavez, Jose Rios**—No califica para Medicaid o CHIP porque no cumple con los requisitos actuales de su estado.

## ¿Qué debo hacer ahora?

Incluso si está fuera de la Inscripción Abierta y no puede inscribirse ahora, asegúrese de enviar los documentos solicitados a continuación para que su información de elegibilidad esté actualizada para referencia futura.

### Envíe confirmación de su ciudadanía

**Jose Rios**—Envíe la documentación para el **20 de marzo de 2019** confirmando su ciudadanía. Si no lo hace, su elegibilidad para la cobertura médica del Mercado podría terminar.

Envíe una copia de los documentos en la primera lista:

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

Si no tiene ninguno de los documentos indicados anteriormente, puede enviar dos documentos—uno de cada lista que aparecen a continuación:

Puede enviar un documento de esta lista:

- Certificado de nacimiento público de los EE.UU.
- Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero (FS-240, CRBA)
- Certificación de Informe de Nacimiento (DS-1350)
- Certificación de Nacimiento en el Extranjero (FS-545)
- Tarjeta de Identificación de Ciudadano de los EE.UU. (I-197 o la versión anterior I-179)
- Tarjeta de las Marianas del Norte (I-873)

- Decreto de adopción definitivo indicando el nombre de la persona y el lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro de Empleo del Servicio Civil de los EE.UU. indicando empleo antes del 1 de junio de 1976
- Registro militar indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro médico de los EE.UU. de una clínica, hospital, médico, comadrona o institución indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro de seguro de vida, médico o de algún otro tipo de los EE.UU. indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro religioso indicando el nombre del niño y el lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Reporte escolar que muestre el lugar de nacimientos en los EE.UU.
- Registro de censo Federal o Estatal indicando ciudadanía americana o lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Documentación de un niño adoptado nacido en el extranjero que recibió ciudadanía americana automática (IR3 o IH3)

Y una copia de uno de estos documentos:

- Licencia de manejar emitida por un Estado o Territorio o tarjeta de identificación emitida por un gobierno Federal, estatal o local
- Tarjeta de identificación escolar
- Tarjeta de las fuerzas armadas de los EE.UU. o registro de inducción en las fuerzas armadas o tarjeta de identificación de dependiente Militar
- Tarjeta de Marino Mercante Guardacostas de los EE.UU.
- Tarjeta de Registro de Votante
- Un registro de clínica, médico, hospital o escuela, incluyendo registros preescolares o de guardería infantil (para los menores de 19 años)
- Dos documentos que contengan información consistente sobre la identidad del solicitante, como identificación de empleadores, de la escuela secundaria y diplomas universitarios, certificados de matrimonio, sentencias de divorcio, títulos de propiedad o títulos

### **Envíe información de su número de Seguro Social**

**Manuel Chavez, Jose Rios**—Envíe documentación para el **20 de marzo de 2019** confirmando el número de Seguro Social (SSN) de cada una de estas personas.

Envíe uno de los siguientes documentos con el **nombre, apellido y número de Seguro Social**:

- Tarjeta de Seguro Social
- Formulario 1040 de declaración de impuestos (versión federal o estatal)
- W2 y/o 1099s (incluye 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099S, 1099INT)
- W4 Certificado de Permiso de Retención (las versiones federales o estatales son aceptables)
- 1095 (incluido 1095A, 1095B, 1095C)
- Documentación del talón de pago
- Documentación de la Administración del Seguro Social (incluye ndo 4029)
- Registro militar
- Tarjeta de identificación militar de los EE. UU.
- Tarjeta de identificación del dependiente militar

- Beneficios de Desempleo (Carta de Beneficios de Desempleo)
- Sentencia de divorcio
- Orden judicial que otorgue un cambio de nombre, que debe tener su nombre y apellido **originales**, nombre y apellido **nuevos** y SSN

### **Envíe confirmación de su estatus migratorio**

**Manuel Chavez**—Envíe documentación para el **20 de marzo de 2019** confirmando su estatus migratorio. Si no lo hace, su elegibilidad para la cobertura médica del Mercado podría terminar.

Envíe copia de uno de los siguientes documentos:

- Tarjeta de Residente Permanente, "Tarjeta Verde" (I-551)
- Permiso de Readmisión (I-327)
- Documento de Viaje de Refugiado (I-571)
- Tarjeta de Autorización de Empleo (I-766)
- Visa de Inmigrante Legible por Máquina (con lenguaje de I-551 temporal)
- Sello de I-551 temporal (en Pasaporte o 1-94/I-94A)
- Registro de Llegada/Salida (I-94/I-94A)
- Registro de Llegada/Salida en pasaporte extranjero (I-94)
- Pasaporte extranjero
- Certificado de Elegibilidad de Estado de Estudiante No Inmigrante (I-20)
- Certificado de Elegibilidad de Estado de Visitante de Intercambio (DS-2019)
- Aviso de Acción (I-797)
- Documento indicando un miembro de una tribu india reconocida federalmente o un indio americano nacido en Canadá
- Certificación de la Oficina de Reubicación de Refugiados (ORR en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos HHS en inglés) de los EE.UU.
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reubicación de Refugiados (ORR) (si tiene menos de 18 años)
- Documento indicando suspensión de expulsión (o suspensión de deportación)

### **Envíe información del ingreso de su hogar**

**Manuel Chavez**—Envíe documentación para el **24 de junio de 2019**. Necesitamos confirmación del ingreso anual de su hogar, incluido el ingreso que recibe cada miembro del hogar, aunque no estén solicitando cobertura médica. Si no la envía, podría tener que pagar más por la cobertura y los servicios cubiertos, porque el Mercado cambiará o terminará su ayuda financiera. Puede que tenga que enviar más de un documento dependiendo de la situación de su hogar (por ejemplo, deberá enviar varios documentos si más de una persona de su hogar recibe ingresos).

El documento que envíe debe reflejar la cantidad del ingreso que informó en la solicitud para el Mercado.

Ejemplos de documentos que puede enviar:

- Formulario 1040 de declaración de impuestos (versión federal o estatal)—Debe contener nombre, apellido, cantidad de ingresos y año.
- Formularios W2 o 1099 (incluye 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099S y 1099INT) con nombre, apellido, monto del ingreso, año y nombre del empleador (si aplica)

- Recibo de sueldo—Con nombre, apellido, monto del ingreso y período o frecuencia de pago con la fecha de pago. Si el recibo de sueldo incluye horas extras, indique la cantidad promedio de horas extras por cheque.
- Documentos de empleo por cuenta propia (incluye el formulario 1040 Anexo C, el estado de ganancias y pérdidas trimestral o del año a la fecha más reciente o el registro de empleo independiente)—Con nombre, apellido, nombre de la compañía y monto del ingreso. Si envía un registro de empleo por cuenta propia, indique las fechas cubiertas en el registro y el ingreso neto de ganancias/pérdidas.
- Declaraciones de la Administración del Seguro Social (carta de beneficios del Seguro Social)—Con nombre, apellido, monto del beneficio y frecuencia de pago
- Beneficios por desempleo (carta de subsidios por desempleo)—Con nombre, apellido, fuente/agencia, monto del beneficio y duración (fecha de comienzo y fin, si aplica)

### **Cómo presentar los documentos que comprueben su elegibilidad**

Cargar es la manera más rápida de enviarnos los documentos. Ingrese a su cuenta del Mercado, luego seleccione “Continuar”. Seleccione su solicitud actual y haga clic en “Detalles de la solicitud.” Usted verá un botón para cada situación a resolver. Haga clic en el botón, luego seleccione un documento y cárguelo. O puede enviarnos copias. Mantenga los documentos originales y envíe una copia con su nombre y el número de solicitud en cada página, junto con la página de códigos de barras incluido con este aviso. Envíe las copias al:

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

Para más información sobre cómo seleccionar documentos y cargarlos o enviarlos por correo al Mercado, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/submit-documents](http://CuidadoDeSalud.gov/es/submit-documents). Para encontrar ayuda en persona, visite [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](http://AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).

- Usted no puede elegir o cambiar de planes en este momento porque la Inscripción Abierta ya terminó y usted no califica para un Período Especial de Inscripción.
- Usted podrá inscribirse en el próximo Período de Inscripción Abierta. Si tiene cambios de vida, como el ingreso o el tamaño de su hogar, puede ser elegible para inscribirse antes si califica para un Período Especial de Inscripción. Para averiguar si califica visite [CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes](http://CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes), o revise “Entender su aviso de elegibilidad,” incluido en su primer aviso de elegibilidad cada año de cobertura.

### **¿Qué ocurre si la información indicada en mi solicitud cambia durante el año?**

Si tuvo un cambio de vida y la información que nos dio cuando solicitó ya no es correcta, es necesario que nos informe dentro de los 30 días del cambio. Los cambios pueden afectar su elegibilidad para:

- Créditos fiscales
- Reducciones de costos compartidos que disminuyen sus copagos, coseguro y deducibles
- Cobertura a través de Texas Medicaid o Texas CHIP

Puede cambiar de planes después de informar ciertos cambios, pero su selección de plan puede ser limitada.

Si se inscribe en un plan del Mercado y más tarde es elegible para otra cobertura calificada, como Medicaid, CHIP, Medicare o la cobertura basada en el empleo, usted no será elegible para recibir los anticipos del crédito fiscal, pero puede mantener su plan del Mercado y pagar la prima completa. Si es elegible para otra cobertura calificada, debe comunicarse con el Mercado para poner fin a los pagos anticipados de sus créditos fiscales e informar al Mercado si también quiere terminar su plan médico. Si no cancela los pagos anticipados de su crédito fiscal, la persona que presenta los impuestos en su nombre tendrá que pagar los créditos fiscales cuando presente su declaración de impuestos.

Si alguien trabaja para una pequeña empresa que ofrece ayuda para pagar un plan médico, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/help/qsehra](http://CuidadoDeSalud.gov/es/help/qsehra) para saber cómo esto podría afectar su elegibilidad para el crédito fiscal de la prima.

## **¿Qué debo hacer si pienso que mis “Resultados” están equivocados?**

Si piensa que hemos cometido un error, puede apelar la determinación final de elegibilidad al Centro de Apelaciones del Mercado. Esto incluye la elegibilidad para comprar cobertura en el Mercado de seguros, créditos fiscales para la prima, reducción de costos compartidos y períodos de inscripción. También puede apelar las categorías del plan disponibles para usted, si están limitadas durante un Período Especial de Inscripción. Vea a continuación para más información sobre Texas Medicaid o Texas CHIP. Tenga en cuenta que:

- Si necesita servicios médicos de inmediato y una demora podría poner en peligro su salud, puede solicitar una apelación rápida (acelerada) utilizando el formulario de solicitud de apelación o enviando un fax o una carta a la dirección indicada más abajo.
- Puede representarse a sí mismo o designar un representante que le ayude con su apelación. Esta persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado o alguien más.
- Puede solicitar a mantener su elegibilidad durante su apelación. Si era previamente elegible para la cobertura del Mercado o para ayuda financiera y cambia su elegibilidad, puede apelar este cambio. En este caso, es posible que pueda mantener su elegibilidad anterior durante su apelación.
- El resultado de la apelación podría cambiar la elegibilidad de los otros miembros de su hogar, incluso si no solicitan por una apelación.

## **¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una apelación?**

Generalmente, tiene 90 días desde la fecha de su aviso de elegibilidad para solicitar una apelación. Sin embargo, si este aviso dice que alguien tiene que presentar más documentación, entonces debe seguir las instrucciones para enviarlos. Hasta que no presente los documentos sus inconsistencias sean resueltas, el aviso de elegibilidad no es una determinación final de elegibilidad y no puede ser apelado.

## **¿Cómo solicito una apelación?**

- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals) para obtener una Solicitud de Apelación de su estado; o
- Escriba una carta solicitando una apelación. Incluya su nombre, dirección, y la razón por la que solicita la apelación. Si está solicitando una apelación para otra persona (como su hijo), también incluya su nombre.

Luego, envíe por fax su solicitud de apelación a la línea segura de fax: 1-877-369-0130, o envíelo por correo a:  
Mercado De Seguros Médicos  
ATTN: Apelaciones  
465 Industrial Blvd.  
London, KY 40750-0061

### **Apelar su elegibilidad para Medicaid o CHIP**

Si este aviso dice que usted puede ser elegible para Medicaid o CHIP, o que su estado está revisando su elegibilidad para Medicaid o CHIP, su agencia estatal de Medicaid o CHIP le enviará un aviso para informarle si califica para estos programas gratis o de bajo costo.

Si su estado determina que es no elegible para Medicaid o CHIP:

- Su estado le indicará cómo solicitar una audiencia imparcial de Medicaid a través del proceso audiencia imparcial del estado.
- También podría volver a presentar su solicitud para la cobertura médica del Mercado a través del Mercado y recibir ayuda con los costos. Si está en desacuerdo con sus **"Resultados"** actualizados, puede solicitar una apelación a través del Centro de Apelaciones del Mercado.

Para más información sobre su elegibilidad a Medicaid o CHIP, incluyendo su derecho a apelar si su estado determina que no es elegible para Medicaid o CHIP, comuníquese con su agencia estatal de Medicaid o CHIP al número que se incluyen al final de este aviso.

### **Más información sobre cómo obtener cobertura de Medicaid o CHIP**

Si sus **"Resultados"** indican que es elegible para comprar un plan del Mercado, creemos que no califica para Texas Medicaid. Algunas personas aún pueden calificar para Texas Medicaid, pero solo Texas Health and Human Services Commission puede tomar la decisión final.

Puede que quiera pedirle a Texas Medicaid que continúe con su solicitud si usted:

- Necesita muchos servicios médicos o tiene facturas médicas
- Tiene un ingreso familiar que se aproxima al límite de ingreso de Texas Medicaid o no está de acuerdo con la cantidad de ingreso que se utilizó para evaluar su elegibilidad
- Tiene una incapacidad.

Puede conservar la cobertura descrita en este aviso mientras Texas Health and Human Services Commission revisa su solicitud.

Estos son los pasos para continuar con su solicitud para Texas Medicaid o Texas CHIP:

- Visite CuidadoDeSalud.gov, inicie sesión en su cuenta del Mercado, seleccione su solicitud más reciente y luego haga clic en "Elegibilidad y Apelaciones". También puede iniciar sesión en su cuenta del Mercado, seleccionar su solicitud más reciente y revisarla hasta encontrar la pantalla "Resultados de Elegibilidad". Marque la casilla para una "Determinación completa de Medicaid" y siga todos los pasos.
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado y solicite que Texas Health and Human Services Commission continúe revisando su solicitud para Texas Medicaid.

Es recomendable que continúe con su solicitud para Medicaid aunque no sepa si es elegible. Dado que Texas Health and Human Services Commission—y no el Mercado—determinará su elegibilidad para Medicaid en

última instancia, solo podrá solicitar una apelación una vez que Texas Health and Human Services Commission haya tomado la decisión final.

## Para más ayuda

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llame al 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 para recibir ayuda. La información está disponible en [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](http://AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).
- Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid a la línea gratuita toll-free: 1-877-541-7905 (TTY: 1-800-735-2989) para información sobre Texas Medicaid. Para más información sobre su programa estatal CHIP, comuníquese con Texas Health and Human Services Commission a la línea gratuita toll-free: 1-877-541-7905 (TTY: 1-800-735-2989).
- Reciba ayuda en un idioma diferente al inglés. La información acerca de cómo tener acceso a estos servicios se incluye con este aviso y 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.

Para más información, sobre anticipos del crédito fiscal, costos reducidos de su bolsillo y elegibilidad de Medicaid, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov).

Sinceramente,

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

Las decisiones o evaluaciones en esta carta se hicieron basadas en el 45 CFR 155.305, 155.410, 155.420-430 y 42 CFR 435.603, 435.403, 435.406 y 435.911.

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

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

*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 (TTY: 1-800-537-7697), visitando [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](http://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.

## Cómo presentar los documentos

Si su aviso le indica que necesita enviar más información, puede cargar **O** enviar copias de sus documentos por correo. Cargar es más rápido.

**Incluya una copia de esta página de códigos de barras para asegurarse de que sus documentos pueden asociarse con su solicitud.**

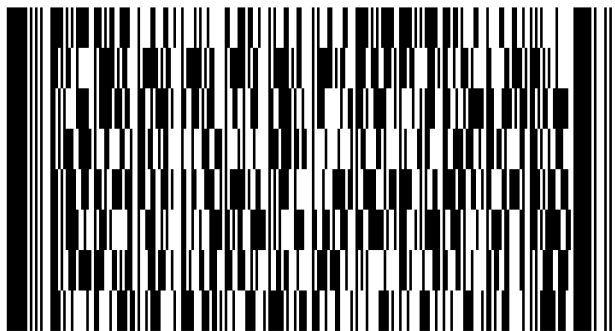
### Cómo cargar:

1. Inicie sesión en su cuenta del Mercado
2. Seleccione "Continuar"
3. Seleccione su solicitud actual y haga clic en "Detalles de la solicitud"
4. Verá un botón al lado de cada situación que debe resolver
5. Haga clic en el botón para seleccionar el documento y comenzar a cargar

### Cómo enviar por correo:

1. Envíe copias solamente (no originales)
2. Escriba su nombre y ID de la solicitud en cada página. Su ID de la solicitud está en la primera página de su aviso, debajo de la dirección.
3. Envíe por correo a:

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



TX,3032020266

## Cómo entender su Aviso de Elegibilidad

### ¿Soy elegible para la cobertura?

Su aviso de elegibilidad le indica qué personas en su solicitud califican para obtener cobertura médica a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Medicaid y CHIP ofrecen cobertura gratuita o a bajo costo a personas con ingresos limitados, incapacidades y en algunas otras situaciones. Casi cualquier persona puede inscribirse en la cobertura del Mercado, pero sólo puede inscribirse durante ciertos períodos.

### Qué debo hacer a ahora

Vea la tabla que comienza en la página 1 de su Aviso. Cada persona que aparece en su solicitud debe seguir las instrucciones en la columna "Próximos pasos".

### Medicaid & CHIP

Las personas que tienen cobertura médica a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) pagarán poco o nada por los servicios de salud y **probablemente no necesitarán un plan del Mercado.**

Si su aviso indica que usted o los miembros de su hogar son elegibles para Medicaid o CHIP, recibirá un aviso de su agencia estatal que le informa sobre estos programas.

### ¿Qué sucede si pierdo un plazo?

Si pierde un plazo en su aviso para enviar información o inscribirse en un plan, es posible que no pueda inscribirse en un plan del Mercado hasta el próximo Período de Inscripción Abierta, para la cobertura que comenzará el 1 de enero del año siguiente.

### Pagar mi prima

Usted pagará la prima directamente a su plan médico, no al Mercado. Su plan le enviará información sobre cuándo y cómo pagar. Si no escucha de su plan médico, debe llamar o visitar su sitio web.

### Períodos Especiales de Inscripción

Si su aviso indica que califica para un Período Especial de Inscripción, significa que tiene la oportunidad de inscribirse en la cobertura del Mercado fuera del Período de Inscripción Abierta. Puede calificar para un Período de Inscripción Especial si ha tenido un cambio de vida como perder cobertura médica, mudarse, casarse, tener un bebé o adoptar un hijo. Para algunos Períodos Especiales de Inscripción, es posible que tenga que presentar documentos para confirmar su elegibilidad, y sus opciones de planes podrían ser limitadas.

Si califica para un Período Especial de Inscripción, generalmente tiene hasta 60 días después del cambio de vida para inscribirse en un plan. Si pierde ese período, tiene que esperar hasta el próximo Período de Inscripción Abierta para inscribirse o hasta que tenga otro evento de cambio de vida calificado.

### Debe volver a solicitar la cobertura de Mercado todos los años

Incluso si ya está inscrito, debe volver a solicitar la cobertura del Mercado cada año para asegurarse de que su información esté actualizada. Si decide dejar que el Mercado utilice su información tributaria para ayudarle con su renovación, su información se actualizará automáticamente.

Si tiene Medicaid, recibirá una carta de su agencia estatal si necesita proporcionar más información al momento de la renovación.

### ¿Por qué debo informar mis ingresos?

No tiene que reportar sus ingresos para obtener cobertura de Mercado, pero si lo hace, el Mercado comprobará si califica para créditos fiscales, costos compartidos u otros programas que podrían reducir sus costos.

### Categorías Bronce, Plata, Oro y Platino

Los planes médicos vendidos en el Mercado se dividen en 4 categorías: Bronce, Plata, Oro y Platino. Los rangos van desde los planes Bronce con primas más bajas y mayores costos de su bolsillo, a los planes Platino con primas más altas y menores costos de bolsillo. Las opciones de planes pueden estar limitadas durante el Período Especial de Inscripción.

**Todos los planes cubren todos los beneficios esenciales y no hay límites de dólares en el cuidado que puede obtener.**

### Planes catastróficos

Un "plan Catastrófico" es un plan con primas mensuales más bajas que lo protege principalmente de costos médicos muy altos. Las personas menores de 30 años y las personas con exenciones de dificultades pueden comprar un plan catastrófico a través del Mercado. Estos planes no son elegibles para el crédito fiscal para las primas.

### Reducciones del costo compartido

Si su aviso dice que califica para reducciones de costos compartidos, significa que puede inscribirse en un plan Plata con copagos, coseguro y deducibles más bajos.

La elegibilidad para la mayoría de las reducciones de costos compartidos se basa en el ingreso del hogar. Si es miembro de una tribu federalmente reconocida, puede obtener reducciones de costo compartido basadas en ingresos cuando se inscribe en un plan Bronce, Plata, Oro o Platino y también puede ser elegible para reducciones adicionales de costos compartidos.

### ¿Qué cuenta el Mercado como ingresos?

Cuando solicita ayuda con los costos para la cobertura del Mercado, "ingresos" incluye cosas como salarios, empleo por cuenta propia, ingresos en efectivo, beneficios del Seguro Social, desempleo y retiros de cuentas de jubilación. No contamos manutención de menores, regalos, Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), pagos por incapacidad del veterano, compensación de trabajadores o préstamos (como préstamos estudiantiles, hipotecarios o préstamos bancarios).

Si informó ingresos equivocados en su solicitud del Mercado o si sus ingresos cambian, es importante actualizar su solicitud.

### ¿Qué sucede si me mudo, cambio de trabajo, me caso o cambio otra cosa?

Si se inscribe en un plan del Mercado, debe reportar estos tipos de cambios de vida durante los próximos 30 días, ya que los cambios pueden afectar su elegibilidad al programa y la cantidad que paga por su plan médico.

#### Cómo reportar cambios en la vida:

1. Inicie sesión en su cuenta del Mercado
2. Seleccione su solicitud actual
3. Seleccione "Reportar un cambio de vida"
4. O comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596**

Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes](https://CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes) para obtener una lista completa de los cambios que debe reportar.

### Cobertura para familias inmigrantes

Los inmigrantes legalmente presentes pueden solicitar la cobertura del Mercado, incluso si no califican para Medicaid. También pueden ser elegibles para inscribirse en la cobertura médica y obtener ayuda con los costos.

Las personas que no están legalmente presentes pueden solicitar la cobertura del Mercado para los miembros de la familia que pueden ser elegibles, como un niño legalmente presente o cónyuge. Las personas que no están legalmente presentes también pueden ser elegibles para Medicaid para cubrir el tratamiento médico de emergencia.

## Créditos fiscales para las primas

---

Si su aviso dice que es elegible para pagos anticipados del crédito fiscal para las primas, significa que puede obtener un "crédito" para ayudarlo a pagar las primas del plan cada mes. Verá el crédito disponible cuando seleccione un plan y éste puede aplicarse cuando se inscribe en el plan. Puede elegir aplicar todos, algunos o ninguno de los pagos anticipados disponibles del crédito fiscal para las primas cada mes. La cantidad de su crédito fiscal se basa en estos factores:

- El número de personas en su hogar. Su hogar incluye a la persona que presenta la declaración de impuestos del hogar, su cónyuge y cualquier dependiente que reclame en la declaración de impuestos.
- Los ingresos de su hogar para el año en que desea cobertura. Los hogares con ingresos superiores al 400% del nivel federal de pobreza no califican.
- El plan Plata con el segundo costo más bajo del Mercado en su área. Este es el costo del plan de "referencia".

Para obtener más información sobre cómo calificar para un crédito fiscal para las primas, visite

<https://www.cuidadodesalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs/>.

## ¿Cuándo recibo el crédito fiscal para las primas?

---

El Mercado enviará cualquier anticipo del crédito fiscal para las primas directamente a su compañía de seguros, no a usted. Si utiliza menos de la cantidad total del crédito, puede obtener la diferencia al final del año cuando presente sus impuestos.

El monto final de su crédito fiscal para las primas se basará en los ingresos reales que usted reporte en su declaración de impuestos para el año de cobertura.

---

## Reportar créditos fiscales en su declaración federal de impuestos

Si obtiene pagos anticipados del crédito fiscal para las primas para ayudarlo con los costos del plan médico de Mercado, **el declarante de impuestos en su hogar debe presentar una declaración federal de impuestos**. Cuando presentan, los créditos que utilizó durante el año—que se basaron en su ingreso estimado—se "ajustarán" con los créditos para los que califica de acuerdo a sus ingresos reales en su declaración de impuestos y su otra información de elegibilidad.

- Si su ingreso actual es **menor** que el informado en su solicitud, puede ser elegible para un crédito fiscal para las primas mayor.
- Si su ingreso es **mayor** que el informado en su solicitud, puede que tenga que pagar todo o parte de cualquier anticipo del crédito fiscal para las primas que fue hecho a su compañía de seguros.

Informe de inmediato cualquier cambio en el tamaño del hogar, los ingresos y otra información de elegibilidad para asegurarse de que está recibiendo la cantidad correcta de crédito fiscal durante el año. Para obtener más información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/taxes-reconciling](https://CuidadoDeSalud.gov/es/taxes-reconciling).

## ¿Qué sucede si debo presentar una declaración de impuestos separado de mi cónyuge?

Si está casado, debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge durante el año en que desea obtener créditos fiscales para las primas.

Hay algunas excepciones, como si usted reclama el estatus de "jefe de familia" en su declaración de impuestos, es víctima de violencia doméstica o es un cónyuge abandonado. Comuníquese con el Centro de Llamadas de Mercado al **1-800-318-2596** para obtener más información.

## Información para personas con necesidades de salud especial

Si tiene necesidades especiales de atención médica, puede calificar para obtener cobertura médica para más servicios y pagar menos por cuidado. Por ejemplo, si:

- Tiene una condición médica, de salud mental o abuso de sustancias que limita la capacidad de trabajar o ir a la escuela
- Necesita ayuda con las actividades diarias, como bañarse o vestirse
- Recibe regularmente atención médica, atención personal o servicios de salud en el hogar, un centro de cuidado diurno para adultos u otro centro comunitario
- Vive en una institución de cuidado a largo plazo, hogar grupal o asilo de ancianos
- Es ciego
- Tiene una enfermedad terminal

Para averiguar si califica, llame a la agencia estatal de Medicaid al número que se incluye en este aviso. También puede actualizar su información en la solicitud del Mercado. Medicaid también puede pagar facturas médicas de 3 meses anteriores a su solicitud, así que pregunte cuando llame.

**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 بالمترجم.

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，屆時將有譯員與您聯繫。

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 આરોગ્યવીમામાર્કેટસ્થળ સમારકતેતમારીઅરજીઅથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેનીમહત્વનીમાહિતીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારાઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઈપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજાણકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારફતે રહ જુઓ. એક એજન્ટ જવાબ આપે, ત્યારે તેમને તમે જરૂરી ભાષા જણાવો અને તમને 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 ridurne i costi. Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed assistenza nella sua lingua senza costi aggiuntivi. Chiami 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。



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

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

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

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

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

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

**Tiếng Việt (Vietnamese)** Thông báo này có thông tin quan trọng bàn về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình Thị trường bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1-800-318-2596 và đợi nghe hết lời mở đầu do máy nói. Cho tới khi gặp một nhân viên trả lời, xin nói ngôn ngữ của mình là gì và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

