

Resumen

Este aviso se le envía al contacto del hogar para una solicitud cuando se encuentra que un solicitante indicado en la solicitud está inscrito en la cobertura del Mercado con los Pagos Adelantados del Crédito Fiscal (APTC) o Reducciones de Costos Compartidos (CSRs) basadas en los ingresos y cobertura de Medicaid o CHIP que califica como cobertura esencial mínima (MEC), y el consumidor afectado no regresa al Mercado para actualizar la información en la solicitud ni responde al aviso enviado anteriormente antes de la fecha indicada. Este aviso le informa al consumidor de que los APTC y los CSRs pagados en su nombre serán cancelados, ya que el consumidor afectado no hizo cambios en el plazo establecido, ni estableció no estar inscrito en Medicaid o CHIP. Cuando el Mercado termina los APTC y CSRs, la cobertura del Mercado para esta persona continuará sin ayuda financiera. Estas personas tendrán que cancelar su cobertura del Mercado si ya no desean estar inscritas en la cobertura. Para cualquier persona en su hogar que no esté indicada en el aviso y permanece inscrita en el plan del Mercado, su cobertura del Mercado continuará y el Mercado volverá a calcular su elegibilidad para los pagos adelantados del crédito fiscal y reducciones de costos compartidos.

Frases en varios idiomas se encuentran al final del aviso para aquellos que pueden requerir asistencia en otro idioma.

[hh_contact_first_name][hh_contact_last_name]
[hh_contact_street_name_1]
[special_address_2_line]
[hh_contact_city_name], [hh_contact_state_code] [hh_contact_zip_plus_4_code]

[todays_date]

Fecha de solicitud: [application_submission_date]
Identificación de la solicitud (ID): [application_identifier]

Estimado(a) [hh_contact_first_name]:

IMPORTANTE: Las personas en su hogar todavía están inscritas en un plan del Mercado, pero ya no recibirán ayuda financiera para su cobertura.

Usted está recibiendo este aviso porque las personas que figuran a continuación ya no recibirán los pagos adelantados del crédito fiscal para las primas ni las reducciones de costos compartidos basados en los ingresos, si aplica, para ayudar con los costos de cobertura a través de un plan del Mercado. Continuarán estando cubiertas por un plan del Mercado, pero no recibirán ayuda financiera con la parte correspondiente de la prima del plan del Mercado.

- [application_member_names]
- [application_member_names]
- [application_member_names]
- [application_member_names]

Este cambio será efectivo el [effective date]. **Si no quiere pagar el costo total por su parte de la prima del plan del Mercado y servicios cubiertos, tendrá que cancelar su cobertura inmediatamente. Consulte los "Próximos pasos" a continuación.**

Para cualquier persona que no esté en la lista anterior, su plan del Mercado continuará y se redeterminará su elegibilidad para los pagos adelantados del crédito fiscal para las primas y reducciones de costos compartidos. Su unidad familiar tributaria es elegible para un crédito fiscal mensual de \$[maxAPTC], el cual es de \$[maxAPTC x 12] para el año. Comuníquese con su plan para averiguar su parte de la cantidad total de la prima, después de este crédito fiscal.

El por qué termina la ayuda para pagar la cobertura del Mercado

Las personas inscritas en Medicaid o el Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP) no son elegibles para los pagos adelantados del crédito fiscal y para las reducciones de costos compartidos, si aplica. Previamente, el Mercado recibió información del programa de Medicaid o CHIP de su estado indicando que las personas mencionadas anteriormente están inscritas en uno de esos programas, al mismo tiempo que están inscritas en la cobertura del Mercado con la ayuda financiera. El Mercado le envió un aviso pidiéndole que cancelara la cobertura del Mercado con créditos fiscales para las primas y reducciones de costos compartidos para las personas mencionadas anteriormente o actualizar su información en la solicitud para mostrarle al Mercado que no estaba inscrito en ambas formas de cobertura. Ya que no recibimos una actualización para su solicitud para el [PDM timer end date], este aviso le explica los cambios hechos a su elegibilidad para recibir ayuda financiera y qué hacer a continuación. El consumidor mencionado anteriormente puede optar por tener un plan del Mercado sin la ayuda financiera.

Próximos pasos

Para cada persona que aparece en este aviso, si está inscrita en [State Medicaid Program Name] (Medicaid) o [State CHIP Program Name] (CHIP) y quiere cancelar la cobertura del Mercado, hay dos maneras de hacer esto:

- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/cancelling-marketplace-plan/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/cancelling-marketplace-plan/) para obtener instrucciones sobre cómo cancelar la cobertura del Mercado en línea, O
- Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325.

Si cree que alguien mencionado anteriormente no está inscrito en Medicaid o CHIP, o no está seguro si alguien mencionado anteriormente está inscrito en o ha sido determinado elegible para estos programas, puede confirmar la información llamando a su agencia estatal de Medicaid o CHIP. También puede hacer referencia a las instrucciones siguientes en "¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo que la ayuda financiera debe terminar?".

- Para encontrar su agencia estatal de Medicaid: Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip), vaya a "Solicitar Medicaid y CHIP de 2 Maneras" y seleccione su estado en el menú desplegable.
- Para encontrar su agencia estatal de CHIP: Visite [insurekidsnow.gov](https://www.insurekidsnow.gov), o llame al 1-877-543-7669.

Nota: La mayoría de los programas de Medicaid o CHIP califican como "cobertura esencial mínima" (MEC). Algunas formas de Medicaid sólo cubren beneficios limitados y no son considerados MEC, como Medicaid que sólo cubre el cuidado de emergencia, planificación

familiar o servicios relacionados con el embarazo. Si alguien está inscrito en un programa de Medicaid que sólo ofrece beneficios limitados (no se considera una cobertura esencial mínima), asegúrese de que su solicitud del Mercado muestre que no está inscrito en Medicaid. Todavía podría ser elegible para la ayuda financiera. Para obtener más información sobre cuales programas de Medicaid son considerados como cobertura esencial mínima, visite: CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-limited-benefits/.

¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo que termine la ayuda financiera?

En muchos casos, puede apelar nuestra decisión sobre su elegibilidad para cobertura, incluyendo la elegibilidad para los créditos fiscales para las primas y reducciones de costos compartidos.

Información importante que debe tener en cuenta al solicitar una apelación:

- Por lo general, usted tiene 90 días para solicitar una apelación con el Mercado a partir de la fecha de este aviso.
- Usted puede designar a un representante autorizado para ayudarle con su apelación. Esa persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otra persona. O, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, usted podría mantener su elegibilidad para la cobertura mientras su apelación esté pendiente.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de los otros miembros de su hogar, incluso si no solicitan una apelación.

Para solicitar una apelación, puede hacer una de estas cosas:

- Vaya a CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/ para encontrar y completar el formulario de solicitud de apelación de su estado y enviarlo por correo a: Mercado de Seguros Médicos, 465 Industrial Boulevard, London, KY 40750-0061. Si se puede, por favor incluya una copia de este aviso y el aviso de la determinación de elegibilidad con su formulario de solicitud de apelación; o
- Enviar por correo su propia carta solicitando una apelación a: Mercado de Seguros Médicos, 465 Industrial Boulevard, London, KY 40750-0061. Si escribe su propia carta, por favor 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 el nombre de la persona para la que está presentando la apelación. Si se puede, por favor incluya una copia de este aviso y el aviso de la determinación de elegibilidad con su carta solicitando una apelación.

Al enviar su solicitud de apelación al Mercado de Seguros Médicos, por favor utilice el código completo postal de 9 dígitos para asegurar un procesamiento eficiente de su solicitud de apelación.

Para obtener más ayuda

- Visite CuidadoDeSalud.gov, o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY deben 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.
- Servicios de Ayuda de Idioma. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. La información acerca de cómo tener acceso a estos servicios de ayuda de idioma se incluye con este aviso, como página aparte. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para obtener información acerca de estos servicios.
- Si tiene una incapacidad y necesita arreglos razonables, llame al Centro de Llamadas del Mercado. Estas acomodaciones están disponibles sin costo alguno.

Atentamente,

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

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

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites 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 a, o de otra manera discrimina contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad. Si piensa 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, o escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles / Departamento de Salud y Servicios Humanos / 200 Independence Avenue, SW / Sala 509F, HHH Building / Washington, D.C. 20201.

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

العربية (Arabic)

يحتوي هذا الإشعار على معلومات هامة بخصوص طلبك أو تغطيتك من خلال سوق التأمين الصحي. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى اتخاذ إجراء في مواعيد معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 1-800-318-2596 و انتظر عند سماعك الافتتاحية. عندما يجيبك الممثل قم بتحديد اللغة التي تحتاج و سيجري وصلك 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 lanoswapwoteksyonatravèHealthInsurance Marketplace la. Gade pou datkle nan avi sa a. Ou ka bezwen pran aksyon payansètendatlimit pou ou kenbe asirans sante ou oswaèd akdepansyo. Ou gen dwa pou ou jwenn enfòmasyon sa a akèd nan lang ou sanpa sa pakoute ou anyen. Rele 1-800-318-2596 epi rete tann ouvèti an. Lè yon ajan reponn, di lang ou bezwen an epi ou pral konekte ak yon entèprèt.

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

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

हिन्दी (Hindi) इस सूचना में स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेस के माध्यम से आपके आवेदन या कवरेज से सम्बंधित महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में मुख्य तिथियों के लिए देखें। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत से सम्बंधित मदद के लिए निश्चित समय सीमा के भीतर कार्रवाई करने की आवश्यकता हो सकती है। आप को कोई लागत के बिना अपनी भाषा में जानकारी और सहायता प्राप्त करने का अधिकार है। 1-800-318-2596 पर कॉल कीजिये और उद्घाटन संदेश के समाप्ति की प्रतीक्षा कीजिये। एजेंट से आप की जरूरत भाषा व्यक्ति कीजिये और आपको एक दुभाषिया के साथ जोड़ा जाएगा।



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

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

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

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

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

Tagalog (Tagalog) Ang paunawa na ito ay may nilalamang mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o kaseguruhan sa pamamagitan ng Health Insurance Marketplace. Tingnan ang mga mahalagang petsa sa paunawang ito. Maaring mangailangang gumawa ka ng hakbang sa loob ng mga itinakdang petsa upang mapanatili ang iyong kaseguruhang 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.

اردو (Urdu)

اس نوٹس میں آپ کی درخواست یا Health Insurance Marketplace کے ذریعہ کوریج کے بارے میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو تلاش کریں۔ آپ کو اپنی صحت کا کوریج برقرار رکھنے یا لاگتوں میں مدد کے لیے مخصوص حتمی تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ آپ کو یہ معلومات اور مدد بغیر کسی لاگت کے اپنی زبان میں حاصل کرنے کا حق ہے۔ 1-800-318-2596 پر کال کریں اس کے شروع ہونے کا انتظار کریں۔ جب کوئی ایجنٹ جواب دے تو، اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور آپ کو ایک مترجم کے ساتھ مربوط کر دیا جائے گا۔

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.



January 2015