

En este escenario, el Mercado recibió la solicitud inicial de un individuo y éste es transferido a la agencia estatal de Medicaid /CHIP basado en una evaluación en que el individuo era potencialmente elegible para Medicaid /CHIP basado en el ingreso bruto ajustado modificado (MAGI en inglés) (Nota: El individuo también pudo haber solicitado una determinación o también puede ser referido para non-MAGI). El estado recibe la transferencia y envía una respuesta de salida a FFM para notificarle que la persona no reúne los requisitos para Medicaid /CHIP basado en MAGI. FFM envía esta notificación a la persona informándole de las medidas adicionales que debe tomar para que FFM vuelva a determinar su elegibilidad para la inscripción en un QHP, APTC, y CSR. Este aviso también se utilizará, si varios individuos en un hogar solicitan juntos, se transfieren al estado y el estado niega la elegibilidad a los individuos.

[Nombre]
[dirección]

[fecha]

Número de Identificación de Solicitud: [número]

Estimado(a) [Nombre]:

Actualice y vuelva presentar su solicitud del Mercado de seguros

Usted presentó una solicitud para cobertura médica, o hizo un cambio a su información de elegibilidad. Cuando usted solicitó la cobertura por primera vez o informó al Mercado de seguros sobre un cambio en su vida, usted o alguien en su solicitud parecía ser elegible para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés) de su estado, y su información fue enviada a su estado. Sin embargo, su estado determinó que las siguientes personas indicadas en su solicitud no califican, y devolvió una solicitud actualizada al Mercado de seguros médicos mediante una transacción segura:

[Nombre]

Hemos utilizado la información que nos dio anteriormente al Mercado de seguros e información de la agencia del estado para actualizar su solicitud, la cual usted puede localizar en el sitio Web CuidadoDeSalud.gov. Usted deberá presentar de nuevo su solicitud de manera que el Mercado de seguros pueda evaluar si usted puede recibir ayuda para pagar por la cobertura médica y servicios médicos a través de:

- Una nueva deducción fiscal para usarse de inmediato para reducir sus costos de sus primas mensuales de seguro médico
- Planes médicos especialmente diseñados para reducir los costos que tiene que pagar (costos de su bolsillo)

Si no se comunica con nosotros, no vamos a poder determinar su elegibilidad en base a la solicitud que empezamos para usted.

Nota: Si usted u otra persona incluida en su solicitud ya solicitaron de nuevo en el Mercado de seguros

después de habersele negado cobertura de Medicaid o CHIP, y también recibieron una nueva determinación de elegibilidad para una deducción fiscal, o están inscritos para cobertura a través del Mercado de seguros, no necesitan hacer nada. Su elegibilidad y su cobertura no cambiarán.

Cómo volver a presentar su solicitud

Para volver a presentar su solicitud, haga una de las siguientes:

- Entre a su cuenta en CuidadoDeSalud.gov
- Cree una cuenta en CuidadoDeSalud.gov si no tiene una
- Llame al Mercado de seguros al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)

Cuando usted acceda a su cuenta o llame, le pedirán el número de identidad de la solicitud, el cual aparece en la parte superior de esta carta. Usted y cualquier persona en su solicitud que recibió una denegación de elegibilidad para Medicaid y CHIP son elegibles para un período especial de inscripción para seleccionar un plan a través del Mercado o informar sobre un cambio en su vida en o antes del 31 de enero de 2017 y determinamos que usted es elegible para comprar cobertura a través del Mercado. Al revisar su información, se le preguntará si alguien en su hogar solicitó la cobertura antes del 31 de enero de 2017. Asegúrese de identificar a los miembros apropiados de su familia. Después de completar su solicitud, recibirá un aviso de elegibilidad con más información sobre si usted y alguien en su hogar califican para un Período Especial de Inscripción.

Cuando usted acceda a su cuenta o llame, por favor verifique su información para asegurarse de que es correcta. Una vez verificada su información, le preguntarán si alguien de su familia recibió una negación de elegibilidad para Medicaid y el Programa CHIP. Asegúrese de identificar a los miembros de su familia apropiados. Sin embargo, si los ingresos de su familia han bajado desde que usted solicitó por primera vez, o tiene un nuevo miembro familiar que añadir a la solicitud, seleccione "Ninguna de estas personas" en la solicitud, o indique al representante del centro de llamadas en cuanto a este cambio en su familia.

Si usted nos indicó en su primera solicitud que tal vez tenga necesidad de cuidados médicos especiales tales como necesitar ayuda con actividades diarias o tiene una incapacidad, o si usted solicitó una determinación final, su estado tal vez esté aún evaluando si usted califica para conseguir más servicios médicos y pagar menos por los cuidados. Cuando usted verifique su información, no conteste a estas preguntas de nuevo.

Para más información sobre cómo localizar, confirmar y presentar la solicitud que nosotros actualizamos para usted, visite el sitio Web www.CuidadoDeSalud.gov/ayuda/actualizar-solicitud para saber "¿Qué ocurre si debo presentar de nuevo mi solicitud porque existen cambios en mi elegibilidad para programas del estado?"

¿Dónde puedo conseguir más información?

Visite CuidadoDeSalud.gov, o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Sinceramente,

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

Divulgación de Información Confidencial: el Mercado de seguros médicos protege la privacidad y seguridad de la información personalmente identificable (PII, por su sigla en inglés) que usted ha proporcionado (consulte el <https://www.CuidadoDeSalud.gov/privacy/>). Este aviso es publicado por el Mercado de seguros basado en el artículo 45 CFR 155.230. La PII incluida en este aviso ha sido obtenida de la solicitud que completó el solicitante, y de otras fuentes de datos a través del proceso de verificación de elegibilidad electrónico, para obtener una determinación de elegibilidad para inscripción en un programa médico calificado a través del Mercado de seguros y programas de asequibilidad de seguro médico. Para obtener más información acerca de la privacidad y seguridad de su información personalmente identificable, visite el sitio [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a un pedido de información a menos de que el formulario contenga un número de control válido de la Oficina de Administración de Personal y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido de OMB para esta solicitud de información es 0938-1207. El tiempo requerido para preparar y distribuir el formulario está definido en CFR 155.20 para 100 horas, incluyendo el tiempo para redactar y evaluar el texto correspondiente para la notificación, realizar pruebas de usuario, incorporar cambios, asegurar el cumplimiento, acceso al idioma, y las normas de legibilidad. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244- 1850.

Usted tiene derecho a obtener la información de este aviso en un formato alternativo. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite <https://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.

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 الى اتخاذ اجراء في مواعيد معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بلغتك من دون اي 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，屆時將有譯員與您联系。

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

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

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

ગુજરાતી (Gujarati) આ સૂચનામાં આરોગ્યવીમામાર્કેટસ્થળ સમારફતેતમારીઅરજીઅથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેનીમહત્વનીમાહિતીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારોઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઈપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજણકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારફતે રાહ 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 ridurre i costi. Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed assistenza nella sua lingua senza costi aggiuntivi. Chiama all'1-800-318-2596 e resti in attesa del primo operatore disponibile. Quando un nostro operatore risponderà, comunichi la lingua di cui ha bisogno e sarà collegato/a con un interprete.

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



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

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

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

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

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

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

Tiếng Việt (Vietnamese) Thông báo này có thông tin quan trọng 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.

