

Instrucciones para ayudarlo a completar la Solicitud para la Cobertura Médica

Durante el Período de Inscripción Abierta (1 de noviembre–15 de enero) cada año (o fuera de él, si es elegible), usted puede solicitar una cobertura de salud a través del Mercado de Seguros Médicos. El Mercado le ayuda a encontrar una cobertura de salud adecuada a su presupuesto y que satisfaga sus necesidades.

Hay maneras diferentes para solicitar. La forma más rápida es visitando CuidadoDeSalud.gov. Si solicita en línea, obtendrá inmediatamente su Aviso de Elegibilidad.

Complete esta solicitud si quiere cobertura médica para usted u otros miembros del hogar pero no necesita ayuda para pagar los costos. Completar esta solicitud no significa que tiene que comprar una cobertura médica.

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

Antes de comenzar, tenga disponible esta información:

- Números de Seguro Social (SSN)
- Fechas de nacimiento
- Los números de los documentos (si es inmigrantes elegibles que quieren una cobertura médica)

**Esta solicitud tiene 5 pasos.
Use tinta azul o negra para completarla.**

Paso 1: Díganos sobre usted. (Páginas 1–2)

Un adulto (18 años o más) deberá ingresar su información de contacto. Necesitamos esta información para que podamos hacerle un seguimiento si usted tiene alguna pregunta sobre su solicitud y así poder decirle cómo inscribirse en un plan del Mercado.

¿Necesita cobertura médica?

Complete la página completa.

¿No necesita cobertura médica?

Complete los puntos 1–8.

Punto 24

Si usted no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus migratorio, marque “sí” y proporcione el tipo de documento que tiene y el/ los número(s) de identificación del documento(s) (obtenga los detalles en las páginas 3–5 de estas instrucciones). Si usted tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos.

Puntos 25–29

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales, pero éstas ayudan al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a mejorar el servicio a todas las personas que usan el Mercado. Usamos esta información para asegurarnos de que todos tengan acceso justo a la cobertura. No compartiremos información sobre orientación sexual e identidad de género con su estado, su compañía de seguros o sus proveedores de atención médica, y debemos proteger la privacidad de su información. Sólo pueden acceder a sus respuestas profesionales externos certificados, como asistentes, agentes o corredores, y socios de inscripción certificados. Proveer esta información no afectará la elegibilidad, opciones de plan médico ni los costos. Esta información no puede ser usada para discriminar o denegar cobertura médica o servicios de cuidado de salud.

Paso 2: Díganos sobre cualquier persona que necesite cobertura médica. (Páginas 2–3)

Se incluye espacio para hasta 3 personas. Para solicitar cobertura para más de 3 personas, haga una copia a las páginas 2–3 y complete la información para cada persona.

Puntos 8–9

Si la PERSONA 2 no es ciudadano estadounidense, pero es ciudadano naturalizado o derivado (Punto 8), o tiene estatus migratorio elegible (Punto 9), complete “sí” y proporcione su tipo de documento y número(s) de identificación del documento. (Obtenga detalles en las páginas 3 a 5 de estas instrucciones). Si la PERSONA 2 tiene más de uno de estos documentos, enumérelos todos. No es necesario completar el punto 8 si la PERSONA 2 no solicita cobertura médica.

Puntos 10–14

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayuda al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a mejorar el servicio a todas las personas que usan el Mercado. Usamos esta información para asegurarnos de que todos tengan acceso justo a la cobertura. No podemos compartir la información individual de la PERSONA 2 sin su consentimiento y debemos proteger la

privacidad de su información. Solo pueden acceder a las respuestas profesionales externos certificados, como asistentes, agentes o corredores, y socios de inscripción certificados. No compartiremos información sobre orientación sexual e identidad de género con el estado, la compañía de seguros o los proveedores de atención médica de la PERSONA 2. Proporcionar esta información no afectará la elegibilidad, las opciones del plan ni los costos de la PERSONA 2. Y no puede usarse para discriminar o negar cobertura médica o servicios de atención médica.

Paso 3: Miembro(s) del hogar Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) (Página 3)

Punto 1

Si alguien de su hogar es indio americano o nativo de Alaska, rellene “sí” y escriba el nombre de la persona, nombre de la tribu y el estado de la tribu. Hay protecciones especiales disponibles para los miembros de tribus federalmente reconocidas.

Paso 4: Su acuerdo y firma (Página 4)

Lea las declaraciones en la página 7 de la solicitud, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta. Si usted o alguien que solicita un seguro médico en esta solicitud está encarcelado (detenido o encarcelado), rellene “sí” y escriba su nombre en el espacio proporcionado. Si la persona enfrenta la disposición de los cargos, marque la casilla.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud:

- El representante puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice C: Ayuda para Completar esta Solicitud y envíela junto con su solicitud.
- Usted (PERSONA 1 de la solicitud) debe firmar el Apéndice C para permitirle al representante autorizado firmar esta solicitud, obtener información oficial sobre esta solicitud, y actuar por usted en todas las cuestiones futuras relacionadas con esta solicitud.

Paso 5: Envíe por correo postal su solicitud completada. (Página 4)

Envíe todas las páginas originales al:

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

Use la cantidad correcta de franqueo cuando envíe su solicitud. La cantidad del franqueo dependerá del peso de la solicitud, el cual estará basado en el número de páginas.

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 en las páginas 1 y 2 sobre estatus migratorio elegible. Si su estatus aparece a continuación, marque 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
- Asilado
- Refugiado
- Cubano/haitiano admitido
- Entró a los EE.UU. bajo palabra
- Entrada condicional concedida antes de 1980
- Cónyuge, niño o padre/madre maltratado
- Víctima de tráfico de personas y su cónyuge, hijo, hermano(a) o padre/madre
- Concedida la Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes migratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT)
- Persona con un estatus de no inmigrante (incluidos visas de trabajo, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
- Estatus de Protección Temporal (TPS)
- Diferimiento de Partida Forzada (DED)
- El Estatus de Acción Diferida (Excepción: **la Acción Diferida para los Llegados durante la Infancia (DACA)** no es un estatus migratorio elegible para solicitar la cobertura médica)
- Orden administrativa que suspende la expulsión emitida por el Departamento de Seguridad Nacional
- 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, escriba el nombre de sus documentos de inmigración en la página 1 (y en la página 2, si algún miembro de su hogar está solicitando la cobertura médica). En la lista siguiente verá algunos tipos comunes de documentos. Si su documento no está en la lista, puede escribir el nombre del documento. Si no está seguro o tiene un estatus elegible, pero no tiene ningún documento, llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para ayuda. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

SI TIENE:	ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)	<ul style="list-style-type: none"> Número de extranjero Número de la tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	<ul style="list-style-type: none"> Número de extranjero
Documento de viaje para refugiado (I-571)	<ul style="list-style-type: none"> Número de extranjero
Permiso de trabajo (I-766)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> Número de extranjero Número de pasaporte País que lo emite
Sello temporal I-551 (en el pasaporte o 1-94/1-94A)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero
Registro de Entradas/Salidas (I-94/I-94A)	<ul style="list-style-type: none"> Número de I-94
Registro de Entradas/Salidas en el pasaporte extranjero (I-94)	<ul style="list-style-type: none"> Número de I-94 Número de pasaporte Fecha de expiración País que lo emite
Pasaporte extranjero	<ul style="list-style-type: none"> Número de pasaporte Fecha de expiración País que lo emite
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Estudiante no Emigrante (I-20)	<ul style="list-style-type: none"> Número de identificación SEVIS
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Visitante de Intercambio (DS2019)	<ul style="list-style-type: none"> Número de identificación SEVIS
Notificación (I-797)	<ul style="list-style-type: none"> Número de extranjero o un número de I-94
Otro	<ul style="list-style-type: none"> 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 del Mercado.)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE.UU.
- Cubano/haitiano admitido
- Cónyuge maltratado, hijo o padre bajo la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA en inglés)

Instrucciones para ayudarlo a completar un Apéndice

Apéndice C: Ayuda para completar esta solicitud

- **Consejeros certificados de solicitudes, navegadores, consejeros que atienden en persona y otros asistentes:** Estas personas y organizaciones profesionales 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 una 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. Puede encontrar el NPN de un agente o corredor autorizado fácilmente visitando el sitio de Internet del Productor Nacional de Seguro en nipr.com.

Usted puede elegir un representante autorizado. Esta es la persona 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: Preguntas sobre cambios en su vida

Un cambio en su vida que puede hacerlo elegible para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en un seguro médico. Ejemplos de cambios de vida son mudarse a un nuevo estado, ciertos cambios en sus ingresos y los cambios en el tamaño del hogar (por ejemplo, si se casa, divorcia o tiene un bebé). Para una lista completa de los cambios de vida, visite CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period.

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 tributario 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 tributario 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.

CMS no excluye, niega beneficios ni discrimina de otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género) o edad en la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sea llevados a cabo por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la que CMS acuerde llevar a cabo sus programas y actividades.

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice](https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice), (en inglés) o llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 11727-S
Septiembre 2023

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



[CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov)