

Aviso de Advertencia de 30 días

Se le puede requerir a un consumidor que envíe documentos que confirmen o añadan a la información que ingresaron en la solicitud del Mercado. Su Aviso de Advertencia incluirá una lista de documentos aceptables e instrucciones para enviarlos.

Enviamos un Aviso de Advertencia como este a un consumidor que ya ha presentado documentos, pero debe proporcionar información adicional para sí mismo o para otro miembro del hogar para verificar la elegibilidad para la cobertura del Mercado. El aviso enumera toda la información que el Mercado aún necesita verificar para cada miembro del hogar dentro de los próximos 30 días. Cada Aviso de Advertencia explica los próximos pasos del consumidor:

- Si la información de su solicitud ha cambiado desde la primera solicitud, necesita actualizar su solicitud del Mercado con la información actual.
- Si no ha enviado toda la documentación requerida, necesita enviar los documentos adicionales en línea o enviarlos por correo antes de la fecha límite especificada.
- Si ya envió toda la documentación requerida, no es necesario tomar acción adicional.

El aviso le advierte al consumidor que, si no envía toda la documentación requerida, puede perder su cobertura del Mercado y cualquier ayuda que pueda recibir para pagarla.

En este ejemplo, la cobertura del Mercado del consumidor puede terminar si no presenta documentación confirmando la información sobre su ciudadanía estadounidense. También se les puede solicitar a los consumidores que presenten documentos que confirmen su estatus migratorio, acceso a otra cobertura médica y otra información. Para más información sobre cómo enviar documentos solicitados por el Mercado y ver listas de documentos aceptables, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information/documents-and-deadlines](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information/documents-and-deadlines).

Velma Cbxwsrnjie
8552 Abcdefgh Pkwy
Suite 9
Okton, PA 84163-5173

AVISO FINAL

10/9/2020

Fecha de solicitud: 9/9/2020
Identificación de la solicitud: DUMMY-APP-ID-8461

ATENCIÓN: Revise la siguiente tabla para asegurarse que ha enviado todos los documentos solicitados. Si no presenta los documentos en su fecha límite, se arriesga a perder la ayuda para pagar su cobertura médica del Mercado.

Le estamos dando seguimiento a nuestro pedido de documentos para verificar la elegibilidad para usted o los miembros de su hogar para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos.

Gracias por enviar sus documentos estos están siendo revisados. El Mercado de seguros le enviará una respuesta luego de que sus documentos hayan sido revisados. **No tiene que volver a enviar los mismos documentos.**

Mientras revisamos los documentos que ha enviado, le estamos enviando un recordatorio de lo que necesitamos así usted puede volver a verificar que ha enviado todo. Revise la tabla a continuación para asegurarse que ha enviado documentos aceptables para cada solicitante en la lista. La tabla a continuación muestra la información que necesitamos verificar y que pasará con su cobertura del Mercado si no podemos verificar la información. Las listas de los documentos aceptables para verificar la información están incluidas con esta carta.

Nombre del solicitante	Qué necesitamos verificar*	Documentos necesitados para el	Resultado si no podemos verificar la información
------------------------	----------------------------	--------------------------------	--

Todos los solicitantes del hogar Cbxwsrnjie	Ingreso anual del hogar	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado puede cambiar o terminar
Janet Onjiedzyut	Su elegibilidad y estatus de inscripción en Medicaid	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Xavier Kjfeazvuqm	Su elegibilidad y estatus de inscripción en Medicare	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Harriet Gcbxwsrnjih	Su elegibilidad y estatus de inscripción en la cobertura a través de Cuerpo de Paz	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Mary Yxtsokjfea	Su elegibilidad y estatus de inscripción en TRICARE	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Zach Uqplkgfbawv	Su elegibilidad y estatus de inscripción de la cobertura a través de Asuntos de Veteranos	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Rebecca Qplkgfba	No es elegible para una cobertura calificada basada en el empleo	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Sam Rqmlhgcbx	Estatus de indio americano o nativo de Alaska	11/9/2020	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado puede cambiar o terminar

* Estamos pidiendo que verifique la información que se proporcionó en su solicitud sobre usted o miembros de su hogar. Si la información que proporcionó en su solicitud no es correcta, por favor corregir la información en su solicitud, ingrese a su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov o comuníquese al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

¿Qué debo hacer después?

1. Si nos **envió** las copias de documentos aceptables para cada solicitante en la lista anterior, no tiene que hacer nada más. Le notificaremos si necesitamos más información una vez hayamos revisado los documentos que nos envió. Si **aún no ha** enviado los documentos aceptables para cada solicitante en la lista anterior, siga los siguientes pasos:
2. Vea las listas de documentos que se puede utilizar para verificar su información. **Ya sea que cargue o envíe las copias (no originales)** de los documentos que tenga, para que podamos completar la verificación. Es posible que tenga que enviar más de un documento para resolver cualquier problema, lea cuidadosamente las listas.
3. Presente copias de los documentos. Puede enviar copias en línea **o** por correo, sin embargo, **cargarlas es la manera más rápida para obtener que los documentos sean procesados.**
 - Cargar una copia de los documentos a su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov.

- Iniciar sesión en su cuenta del Mercado y seleccionar "Iniciar una nueva solicitud o actualizar una existente."
- Haga clic en su nombre en la parte superior derecha de la pantalla y seleccione "Mis solicitudes y cobertura" de la lista desplegable.
 - o Luego, bajo "Sus solicitudes existentes", seleccione su solicitud actual y haga clic en "Detalles de la solicitud."
 - o Verá un botón verde que aparece junto a cada información que hay que verificar. Haga clic en el botón, Seleccione un documento para cargar". Busque el documento en su computadora, seleccione el documento y haga clic en "Cargar". Cuando cargue el documento, aparecerá una marca al lado del nombre del archivo.
- Envíe por correo una **copia** de los documentos -- con la primera página de esta carta -- a la siguiente dirección. Conserve los documentos originales para sus archivos.

Mercado de Seguros Médicos
Attn: Documentación
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750

Recuerde: Si ya envió o cargo los documentos aceptables, no los envíe nuevamente. Una vez revisemos sus documentos, le notificaremos si necesitamos más información.

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 Mercado de Seguros. 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](http://visiteCuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y 45 CFR parte 155, subparte D. El PII utilizado para crear este aviso se recolectó de la información que ya ha proporcionado 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](https://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints), o escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles / Departamento de Salud y Servicios Humanos/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR QUE NO ESTÁ INSCRITO O ES ELEGIBLE PARA COBERTURA PATROCINADA CALIFICADA POR UN EMPLEADOR

Si quiere mantener la ayuda que está recibiendo para pagar por la cobertura del Mercado, necesita enviar documentos adicionales (ejemplos a continuación) que prueben que no está inscrito o es elegible para la cobertura médica patrocinada por un empleador que sea razonable y ofrezca el estándar de valor mínimo. Si está inscrito en la cobertura médica de su empleador o es elegible para la cobertura médica del empleador que sea razonable y cumpla con el estándar de valor mínimo, usted debe terminar de inmediato su cobertura del Mercado con créditos fiscales para las primas. Si aún desea un plan del Mercado, tendrá que pagar el precio completo sin el crédito fiscal u otros ahorros. El cuadro siguiente presenta tres tipos de documentos que se pueden presentar, sólo tiene que elegir uno, según corresponda. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia.

Documentos para comprobar su estatus de cobertura patrocinada por un empleador

- Herramienta de cobertura del empleador completada (disponible en <https://www.cuidadodesalud.gov/downloads/es/employer-coverage-tool.pdf>)
- Carta u otra documentación de un empleador con esta información:
 - Certificación de que el empleador no ofrece cobertura para el empleado (o miembro de la familia del empleado), o
 - Certificación de que el empleador no ofrece cobertura que cumple el estándar de valor mínimo, o
 - Si el empleador ofrece un plan para el empleado que cumple con el valor mínimo, certificación que indique el costo de la participación del empleado para la prima del plan individual con el costo más bajo que cumple con el valor mínimo (teniendo en cuenta los incentivos para el bienestar)
- Carta del seguro médico con la confirmación de las fechas de cobertura médica y fechas de vencimiento para la cobertura recibida fuera del Mercado.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR SU ESTATUS DE INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

Si quiere mantener la ayuda que está recibiendo para pagar por la cobertura del Mercado, necesita enviar documentos adicionales que prueben su estatus de indio americano o nativo de Alaska. El cuadro siguiente presenta varios tipos de documentos que puede presentar, sólo tiene que elegir uno, según corresponda. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia.

Documentos para comprobar su estatus de indio americano o nativo de Alaska

- Tarjeta de Inscripción/ Membresía tribal
- Documento original de una tribu en la que se declara al individuo como miembro de la misma
- Documento de inscripción o de accionista tribal
 - Documento emitido por la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA en inglés) o por una tribu reconocida federalmente, reconociendo al individuo como un indio americano o Nativo de Alaska. Tiene que ser en papel con membrete tribal o una tarjeta de inscripción/membresía que contiene el sello tribal y/o una firma oficial
 - Documento expedido por un pueblo nativo/tribu de Alaska o una corporación regional o del pueblo del Acto de Asentamiento de las Corporaciones Nativas de Alaska (ANCSA en inglés) que reconoce la condición de accionista
- Certificado del grado de sangre indígena (CDIB en inglés) emitido por BIA o una tribu, si CDIB incluye la información de membresía
- Carta del Mercado que le concede una exención tribal basada en la pertenencia tribal o condición de accionista nativo de Alaska
- Tarjeta de Indio americano I-872 (miembros americanos y mexicanos de Texas y Oklahoma Kickapoo)

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR QUE NO ESTÁ INSCRITO EN COBERTURA O BENEFICIOS DE OTRA ENTIDAD PÚBLICA

Si quiere mantener la ayuda que está recibiendo para pagar por la cobertura del Mercado, necesita enviar documentos adicionales (ejemplos a continuación) que prueben que no está inscrito en o recibiendo beneficios de cobertura médica de otra entidad pública, como Medicare o Medicaid, o los servicios de salud a través de la Administración de Veteranos o a través del Cuerpo de Paz. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia. Si usted está inscrito en la cobertura médica de otra entidad pública, debe terminar de inmediato su cobertura del Mercado con créditos fiscales para las primas. Si está inscrito en una cobertura médica de otra entidad pública y aún desea un plan del Mercado, tendrá que pagar el precio completo sin un crédito fiscal u otros ahorros. El cuadro siguiente presenta varios tipos de documentos que se pueden presentar, sólo tiene que elegir uno, según corresponda. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia.

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de Medicaid o CHIP

- Carta o aviso de una agencia de Medicaid o CHIP que demuestre que usted o los miembros de su familia no están inscritos en Medicaid o CHIP
- Carta o aviso de una agencia de Medicaid o CHIP que demuestre que usted o los miembros de su familia no son elegibles para Medicaid o CHIP
- Carta o aviso de una agencia de Medicaid que demuestre que usted o un miembro de la familia están inscritos en un programa de Medicaid que no se considera cobertura calificada. Puede encontrar información más detallada sobre los programas de Medicaid que no ofrecen cobertura calificada en CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-limited-benefits/. Si envía documentos que verifican la inscripción en uno de estos programas, es posible que pueda continuar con su ayuda financiera para su cobertura del Mercado:
 - Cobertura de Medicaid sólo para servicios relacionados con el embarazo
 - Cobertura de Medicaid sólo para servicios de planificación familiar
 - Cobertura de Medicaid sólo para cobertura de tuberculosis
 - Cobertura de Medicaid sólo para tratamiento de emergencia
 - Proyectos de demostración de Medicaid que cubren una cantidad limitada de beneficios
 - Cobertura de Medicaid para individuos "necesitados médicamente" cuyos ingresos son demasiado altos para Medicaid tradicional y cubren una cantidad limitada de beneficios. Estos programas se conocen a veces como programas de "Costos compartidos" o "Gasto reducido".
- Una carta describiendo su cobertura médica reciente incluyendo:
 - el nombre del programa de Medicaid/CHIP en el que estuvo inscrito y cuándo terminó su cobertura, o
 - que nunca estuvo inscrito en la cobertura de Medicaid/CHIP, o

- el nombre del programa Medicaid/CHIP con beneficios limitados en que está inscrito que le permitiría inscribirse en el Mercado con asistencia financiera

Nota: Algunos programas de Medicaid y CHIP son conocidos por nombres específicos de ese estado. Puede encontrar los nombres de los programas para su estado en <https://www.cuidadodesalud.gov/es/medicaid-chip-program-names/>.

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de Medicare Parte A

- Carta o aviso de Medicare o la Administración del Seguro Social que muestre la fecha de terminación de su cobertura de Medicare Parte A
- Documento que muestra que usted o los miembros de su familia están:
 - inscritos en la Parte B de Medicare solamente sin la Parte A o
 - es elegible para, pero no está inscrito actualmente en, Parte A basada en primas.
- Una carta describiendo su cobertura médica reciente incluyendo:
 - cuando terminó su cobertura de la Parte A de Medicare,
 - la fecha de vigencia de la Parte B de Medicare con la explicación de la inelegibilidad para la Parte A, o
 - cuando su cobertura de incapacidad de Medicare terminó.

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de Cuerpo de Paz

- Carta de Cuerpo de Paz con la fecha de vencimiento de cualquier cobertura médica anterior o una carta que demuestre que nunca tuvo este tipo de cobertura.
- Una carta que describe su cobertura médica reciente, incluyendo:
 - Usted ya no es elegible para cobertura médica a través del Cuerpo de Paz, o
 - Usted ya no está inscrito en la cobertura médica a través del Cuerpo de Paz, o
 - Nunca fue elegible o estuvo inscrito para cobertura a través del Cuerpo de Paz

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de TRICARE

- Carta o aviso de TRICARE que muestre la fecha de vencimiento o de cancelación de la cobertura médica anterior
- Carta o aviso de TRICARE que confirma que no es elegible para cobertura médica
- Carta, aviso u otro documento que indique un evento de cambio de vida (como el divorcio) que haría que usted o un miembro de la familia no fuera elegible para la cobertura de TRICARE
- Carta o declaración de TRICARE u otra agencia gubernamental que demuestre que usted o un miembro de la familia están inscritos en un programa de TRICARE que no se considera cobertura calificada. Si envía documentos que verifican la inscripción en uno de estos programas, es posible que pueda continuar con su ayuda financiera para su cobertura del Mercado:
 - TRICARE Plus
 - Atención directa
 - Cuidado en la línea de servicio
 - Cuidado de transición por condiciones relacionadas con el servicio
 - La cobertura de TRICARE limitada a la disponibilidad de espacio en una instalación de servicios uniformados para individuos excluidos de la cobertura de TRICARE para la atención de proveedores del sector privado
- Una carta describiendo cobertura médica reciente incluyendo:
 - Cuando su inscripción en la cobertura de TRICARE terminó, o

- Que nunca estuvo inscrito en TRICARE

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)

- Carta del VA que muestra la fecha de vencimiento de la cobertura médica anterior
- Carta de la VA indicando que usted tiene derecho al tratamiento por incapacidades relacionadas con el servicio sólo en menos del 50 por ciento.
- Una carta describiendo su cobertura médica reciente incluyendo:
 - Su estado de inscripción en la cobertura médica a través de VA,
 - El nombre del programa de VA en el que está inscrito (si corresponde), o
 - Que está inscrito en un servicio de cobertura de incapacidad sólo con menos del 50 por ciento

CARGUE O ENVÍE DOCUMENTOS POR CORREO PARA VERIFICAR SU INGRESO FAMILIAR ANUAL PARA 2020

Si desea mantener la ayuda que está recibiendo para pagar la cobertura del Mercado, debe cargar o enviar por correo documentos adicionales para verificar el ingreso anual de su hogar, incluyendo el ingreso obtenido por cada miembro de su hogar en su declaración de impuestos, incluso si no están solicitando la cobertura del Mercado.

Hay varios tipos de documentos que puede presentar. Necesitará enviar más de un documento dependiendo de la situación de su hogar. Por ejemplo, usted presentará varios talones de pago si tiene varios empleos. **Guarde su(s) documento(s) original(s) y envíenos una copia.** Consulte la "Hoja de cálculo de ingresos" opcional al final de este aviso para obtener ayuda adicional al proporcionar información precisa al Mercado.

Documentos para verificar los ingresos anuales de su hogar

- Declaración de impuestos federal o estatal 1040: debe contener el nombre y apellido, la cantidad de los ingresos y el año fiscal. A partir de la declaración de impuestos de 2018, si presenta el Anexo 1, debe enviarlo junto con su 1040. El Anexo 1 muestra ingresos y ajustes adicionales, como ganancias de capital, compensación por desempleo, intereses de préstamos estudiantiles o impuestos de empleo por cuenta propia.
- Declaración de salarios e impuestos (W2 y/o 1099, incluyendo 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099S, 1099INT) - Debe incluir el nombre y apellido, la cantidad del ingreso, el año y el nombre del empleador (si aplica).
- Talonario de pago. Debe incluir el nombre y apellido, la cantidad del ingreso, y período de pago o la frecuencia de pago con fecha de pago. Si un talón de pago incluye las horas extras, por favor indique la cantidad promedio de horas extras por cheque de pago.
- Documentación de empleo por cuenta propia (puede ser un Anexo C, la declaración trimestral o del año a la fecha de pérdidas y ganancias o un libro de trabajo por cuenta propia). Debe tener su nombre y apellido, nombre de la empresa, y la cantidad de ingresos. Si va a enviar un libro de contabilidad de empleo por cuenta propia, incluya las fechas contempladas en el libro y el ingreso neto de ganancias/ pérdidas.)
- Documento o carta de la Administración del Seguro Social. Debe tener su nombre y apellido, cantidad del beneficio y la frecuencia de pago.
- Carta de beneficios de desempleo. Debe tener su nombre y apellido, fuente/ agencia, cantidad del beneficio y la duración (fecha de inicio y final, si aplica).

Los documentos que comprueban el ingreso que envíe al Mercado deben coincidir con el monto total anual del ingreso de su hogar en su solicitud. Por ejemplo, si tiene un trabajo diferente al que había tenido el año pasado, envíe los últimos talones de pago del nuevo trabajo en lugar de la declaración de impuestos del año pasado o W2.

¿Qué pasa si mis ingresos han cambiado?

Si su ingreso esperado para el hogar ha cambiado desde que presentó su solicitud, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) para actualizar su solicitud en su cuenta del Mercado o llamando al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

Hoja de cálculo de ingresos (opcional)

Puede usar esta hoja de cálculo para identificar los documentos necesarios para verificar el ingreso familiar anual que informó en su solicitud. No necesita enviar esta hoja de cálculo cuando cargue o envíe sus documentos por correo. Sin embargo, es posible que el Mercado pueda verificar sus ingresos y procesar su solicitud más rápidamente si incluye esta hoja de cálculo al cargar o enviar sus documentos por correo.

Si se inscribe en la cobertura y espera tener cambios de ingresos o de información del hogar, como si obtiene un empleo, tiene un bebé, se casa o se divorcia o recibe una nueva oferta de cobertura médica - debe actualizar su solicitud del Mercado tan pronto sea posible. Los cambios de ingresos durante el año pueden afectar su elegibilidad para la cobertura del Mercado o Medicaid, ayuda financiera para la cobertura del Mercado y sus impuestos federales.

Información del hogar

Nombre del contacto principal del hogar:		Nombres de otras personas en el hogar:	
Estado:		Número de teléfono:	
ID de solicitud:*		Fecha:	

* Encuentre su ID de solicitud en su aviso de elegibilidad.

Los ingresos esperados de su hogar

Use la tabla a continuación para sumar los ingresos de 2020 esperados para cada miembro de su hogar.

Columna 1: Enumere a cada miembro de su hogar que recibe ingresos. Si alguien obtiene más de un tipo de ingreso, esta persona aparecerá en la lista más de una vez. Use una hoja de papel separada para agregar más filas si es necesario.

Columna 2: Escriba cada tipo de ingreso que esta persona obtendrá en 2020 en filas separadas, como de un empleo, ingresos de inversiones, beneficios de Seguro Social o trabajo por cuenta propia. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/income/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/income/) para obtener una lista completa.

Columna 3: Anote el tipo de documento que subirá o enviará por correo para verificar los ingresos, como un talón de cheque, documento de retiro o declaración de impuestos. Asegúrese de tener un documento para verificar cada tipo de ingreso que incluye en esta tabla. Este aviso incluye una lista completa de los documentos que puede proporcionar. Estos documentos deben ser consistentes con la información de ingresos de su solicitud del Mercado. Si no es así, proporcione una explicación en "Más información sobre sus ingresos" a continuación.

Columna 4: Escriba la cantidad de ingreso bruto mostrada en su documento. Ingreso bruto es la cantidad de ingreso antes de impuestos y las deducciones.

Columna 5: Anote cuán a menudo durante el año esta persona recibe esta cantidad de ingresos, como semanalmente (\$ x 52), dos veces al mes (\$ x 24), cada 2 semanas (\$ x 26), mensual (\$ x 12), trimestral (\$ X 4), anualmente o 1 vez solamente (\$ x 1).

Columna 6: Multiplique el ingreso bruto en la columna 4 por la frecuencia con que esta persona recibe los ingresos durante el año.

Ingreso total esperado del hogar: Después de ingresar todos los ingresos de cada miembro del hogar, agregue todos los "totales anuales" en la columna 6 para obtener el ingreso total esperado para el hogar para 2020.

El ingreso esperado de mi hogar en 2020 en mi solicitud del Mercado: Para encontrar este número, ingrese a su cuenta del Mercado, seleccione su solicitud 2020 y compruebe el resumen de su solicitud. Su aviso de elegibilidad también puede mostrar esta cantidad en el "ingreso anual del hogar".

1	2	3	4	5	6
Nombre del Miembro del Hogar	Tipo de Ingreso	Documento que enviará para verificar este ingreso	Cantidad del ingreso bruto en el documento	¿Con qué frecuencia esta persona obtiene esta cantidad?	Total Anual
<i>EJEMPLO: John Doe</i>	<i>Ingreso del empleo</i>	<i>Talón de pago</i>	<i>\$2,000</i>	<i>Cada dos semanas (26 veces al año)</i>	<i>\$52,000 (\$2,000*26)</i>

<i>EJEMPLO: John Doe</i>	<i>Ingresos de alquiler</i>	<i>Contrato de alquiler</i>	<i>\$1,000</i>	<i>Cada mes (12 veces al año)</i>	<i>\$24,000 (\$1,000*12)</i>
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
Ingresos totales esperados del hogar					\$
Los ingresos esperados de mi hogar para 2020 en mi solicitud del Mercado					

Ingresos de su hogar por medio de su empleo por cuenta propia

Puede cargar o enviar por correo una "Tabla de trabajo por cuenta propia" para verificar cada tipo de ingreso que obtiene un miembro del hogar mediante un empleo por cuenta propia. También necesitará cargar o enviar documentos por correo para verificar cada fuente de ingresos del empleo por cuenta propia en 2020. Estos ingresos también deben incluirse en "Los ingresos esperados de su hogar" de la parte de arriba. Para obtener más información, visite CuidadoDeSalud.gov/es/self-employed/income/.

Gráfica de empleo por cuenta propia

Por favor, envíe una tabla separada para cada miembro del hogar que trabaja por cuenta propia.

Columna 1: Enumere al miembro del hogar que recibe ingresos por cuenta propia. Si alguien obtiene ingresos por cuenta propia de más de una fuente, esta persona aparecerá en la lista más de una vez. Use una hoja de papel separada para agregar más filas si es necesario.

Columna 2: Escriba el nombre del negocio o tipo de empleo que proporciona ingresos por cuenta propia.

Columna 3: Reporte el ingreso bruto por cuenta propia de esta persona para cada mes (en promedio).

Columna 4: Informe los gastos relacionados con el empleo por cuenta propia de esta persona por cada mes (en promedio).

Columna 5: Reporte el ingreso neto promedio por persona para cada mes. Esta es la cantidad de ingreso que queda después de restar cualquier gasto o pérdida de negocios del ingreso bruto (total).

Columna 6: Anote el número de meses cada año que esta persona obtiene este ingreso.

Columna 7: Anote el ingreso esperado total de esta persona para 2020 de ese empleo por cuenta propia. (Multiplique el ingreso promedio mensual neto en la columna 3 por el número de meses en que esta persona recibe los ingresos).

Después de ingresar todos los ingresos del empleo por cuenta propia para cada miembro del hogar, añada todos los "Totales Anuales" en la Columna 7 para obtener el ingreso total esperado de su hogar por empleo por cuenta propia para 2020.

1	2	3	4	5	6	7
Nombre del miembro del hogar	Nombre de la empresa por cuenta propia / tipo de empleo	Ingreso bruto mensual (promedio)	Gastos mensuales (promedio)	Ingreso neto mensual (promedio)	# De meses cada año en que recibe este ingreso	Ingreso Total Anual
<i>EJEMPLO: Jane Doe</i>	<i>Bienes raíces</i>			<i>\$1,000</i>	<i>12</i>	<i>\$12,000</i>
				\$		\$
				\$		\$
				\$		\$
Ingresos totales previstos del hogar de empleo por cuenta propia						\$

Más información sobre sus ingresos

Imprima o escriba cualquier información adicional sobre sus ingresos que no esté incluida arriba.
