

Ejemplo de aviso de elegibilidad del Mercado: No es elegible para APTC (casado, presenta declaraciones de impuestos por separado)

Cuando enviamos este aviso: Los consumidores reciben un Aviso de Elegibilidad del Mercado cuando solicitan cobertura, informan un cambio de vida o cuando el Mercado procesa su solicitud nuevamente durante el año.

Lo que este aviso le dice al consumidor: El Aviso de Elegibilidad proporciona resultados de elegibilidad para la cobertura del Mercado. Les dice si pueden obtener cobertura del Mercado y si califican para alguna ayuda financiera (el crédito tributario de prima y las reducciones de costos compartidos) o cobertura de Medicaid y CHIP para cada persona en la solicitud del Mercado.

Incluye una Guía de Elegibilidad para proporcionar información adicional sobre la cobertura del Mercado y detalles sobre cómo completar los próximos pasos marcados. En algunos casos, el aviso también le informa al consumidor sobre las acciones adicionales que debe tomar para confirmar la información en su solicitud del Mercado.

Los mensajes en cada Aviso de Elegibilidad son muy variables y dependen de las circunstancias específicas del hogar y de cuándo se solicita (por ejemplo, si es durante la Inscripción Abierta o como parte de un Período Especial de Inscripción). Los mensajes también dependen de si el consumidor recibe el aviso como resultado de que el Mercado procese su solicitud nuevamente durante el año (por ejemplo, luego de la fecha límite para enviar la documentación requerida o para la reinscripción automática).

Este ejemplo es para alguien que:

- Solicita cobertura de salud para su hogar a través del Mercado
- Nos informa que quería ayuda para pagar la cobertura médica
- Nos informa que están casados pero presentan sus impuestos por separado
- Vive en un estado que tomará la determinación final sobre la elegibilidad del hogar para Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Los resultados del ejemplo muestran que ambas personas en este hogar son elegibles para inscribirse en un plan del Mercado ahora. No califican para pagos anticipados del crédito tributario de primas (APTC) ni para reducciones de costos compartidos (CSR) porque están casados pero presentan sus impuestos por separado.

Número de Identificación de Solicitud: [número]
Fecha de la solicitud: [fecha]

Contacto primario
MemberOne Doe
[Dirección 123]
[Ciudad, ESTADO código postal]

Aviso de Elegibilidad del Mercado 2026

Recuerde actualizar su solicitud durante el año con cualquier cambio.

Resultados

El hogar no es elegible para un crédito tributario para las primas porque dijo que está casado y piensa declarar impuestos por separado	Ingresos estimados de 2026 utilizados para determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera: Consulte a continuación	
	MemberOne Doe	MemberTwo Doe
Solicitó cobertura.	●	●
Elegible para inscribirse en un plan del Mercado hasta el 15 de enero de 2026.	●	●

ACCIÓN: Próximos pasos

Elija un plan del Mercado antes del 15 de diciembre de 2025 para que la cobertura comience el 1 de enero. Vaya a la Guía de Elegibilidad, página 4.	●	●
Tome medidas para asegurarse de obtener la cantidad adecuada de ayuda financiera. Vaya a la Guía de Elegibilidad, página 6.	●	●
Puede apelar los resultados de su elegibilidad ahora. Vaya a la Guía de Elegibilidad, página 8.	●	●

Vaya la las siguientes páginas para conocer por qué es posible que no haya calificado para otros programas.

Para saber cuándo y cómo puede apelar, vaya a la Guía de Elegibilidad, página 8.

¿Preguntas sobre los resultados o los próximos pasos? Consulte la Guía de Elegibilidad incluida con este aviso.

Para más ayuda	<p>CuidadoDeSalud.gov Centro de Llamadas del Mercado: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325 Para obtener ayuda en su área: CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help</p>	<p>[programa estatal de Medicaid]: [teléfono, TTY]</p>	<p>[programa estatal CHIP]: [teléfono, TTY]</p>
-----------------------	---	--	---

¿Por qué no califico para otros programas?

Se revisó su solicitud del Mercado para ver si puede ser elegible para ayuda con el costo de la cobertura de salud, incluida la cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Su estado administra estos programas y pueden tener diferentes nombres en su estado.

	MemberOne Doe	MemberTwo Doe
Puede que no sea elegible para Medicaid o CHIP porque no cumple con los criterios de su estado.	●	●

Que puedes hacer

Obtenga más información sobre cómo podría calificar para Medicaid. Vaya a la Guía de Elegibilidad , página 7.	●	●
Puede apelar los resultados de su elegibilidad ahora. Vaya a la Guía de Elegibilidad , página 8.	●	●

Para saber cuándo y cómo puede apelar, vaya a la **Guía de Elegibilidad**, página 8.

¿Preguntas sobre los resultados o los próximos pasos? Consulte la **Guía de Elegibilidad** incluida con este aviso.

Para más ayuda	CuidadoDeSalud.gov Centro de Llamadas del Mercado: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325 Para obtener ayuda en su área: CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help	[programa estatal de Medicaid]: [teléfono, TTY]	[programa estatal CHIP]: [teléfono, TTY]
-----------------------	--	---	--

Las decisiones o evaluaciones en esta carta se hicieron basadas en 45 CFR 155.305, 155.410, 155.420-430; 42 CFR 435.911, 435.603, 435.403, 435.406; y 42 CFR 457.348, 457.350, 457.315, 457.340.

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](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso fue generado por el Mercado según 45 CFR 155.230 y otras provisiones 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). También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para obtener información de este aviso en su idioma o solicitar una adaptación razonable si tiene una incapacidad. Puede solicitar información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio sin costo alguno.

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/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process (en inglés), 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.



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
465 INDUSTRIAL BOULEVARD
LONDON, KENTUCKY 40750-0001

GUÍA DE ELEGIBILIDAD DEL MERCADO

Cómo inscribirse en un plan del Mercado

Compare los planes de salud disponibles en línea en CuidadoDeSalud.gov iniciando sesión en su cuenta del Mercado y abriendo su solicitud más reciente. O llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para comparar planes e inscribirse. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325. Si aún no tiene una cuenta del Mercado, necesitará el ID de la solicitud en su Aviso de Elegibilidad. Puede encontrar un asistente en su área local que lo ayude a elegir un plan visitando CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help.

¿Y si pierdo la fecha límite?

Si no cumple con una fecha límite del Mercado para enviar documentos o inscribirse en un plan, es posible que no pueda inscribirse en un plan del Mercado hasta el próximo Período de Inscripción Abierta (a menos que califique para un Período Especial de Inscripción). También puede perder cualquier ayuda financiera para la que pueda calificar.

Inscripción Abierta

La Inscripción Abierta es el período anual en el que las personas pueden inscribirse en un plan del Mercado. Fuera de la Inscripción Abierta, es posible que aún pueda inscribirse en un plan del Mercado si califica para un Período Especial de Inscripción.

Período Especial de Inscripción

Un Período Especial de Inscripción significa que puede inscribirse en la cobertura médica del Mercado fuera del Período anual de Inscripción Abierta. Puede calificar para un Período Especial de Inscripción si tuvo ciertos cambios en su vida, como perder la cobertura médica, mudarse, casarse, tener un bebé o adoptar un niño. También puede calificar si recibe una nueva oferta de un empleador para ayudarlo a pagar la cobertura de salud. Es posible que deba enviar documentos para confirmar su elegibilidad para algunos Períodos Especiales de Inscripción.

Para saber si califica para un Período Especial de Inscripción, puede informar un cambio de vida en su solicitud. Si califica, las opciones de su plan pueden ser limitadas. Por lo general, tiene hasta 60 días después del cambio que está informando para inscribirse en un plan (90 días si pierde Medicaid o CHIP).

Copagos, coseguro y deducibles

Los copagos, coseguros y deducibles son el dinero que paga para cubrir el costo de su cuidado.

- **Copago:** Una cantidad fija que usted paga por un servicio cubierto, como \$30.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo que paga por cada servicio, como el 20%.
- **Deducible:** Cuánto pagará para ciertos servicios y artículos cubiertos cada año antes de que su plan comience a pagar (excepto los servicios preventivos gratuitos). Después de pagar su deducible, es posible que aún tenga que pagar copagos o coseguro cuando reciba los servicios.

Calificando para ahorros adicionales

Calificar para ahorros adicionales (reducciones de costos compartidos) significa que califica para un descuento que reduce la cantidad que debe pagar por deducibles, copagos y coseguro. Debe inscribirse en un plan en la categoría Plata para obtener los ahorros adicionales. Elegir un plan Plata del Mercado con ahorros adicionales puede ahorrarle miles de dólares si tiene muchos gastos médicos.

Si es miembro de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de la Ley de Solución de Reclamos de Nativos de Alaska (ANCSA), puede obtener ahorros adicionales en cualquier categoría, no sólo en la Plata. Obtendrá estos ahorros siempre que todas las personas en su grupo de inscripción también sean miembros de una tribu reconocida a nivel federal. Los miembros tribales y no tribales deben estar en grupos separados para obtener todos los ahorros para los que califican, pero aún así pueden elegir el mismo plan. Consulte "Agrupaciones de plan", página 2.

¿Cómo califico para ahorros adicionales?

Califica para inscribirse en un plan con ahorros adicionales basado en:

- La cantidad de ingresos del hogar que espera declarar en su declaración federal de impuestos
- Su elegibilidad para el crédito tributario para las primas
- La cantidad de personas en su hogar (el contribuyente y los dependientes que figuran en su declaración federal de impuestos)
- Membresía en una tribu reconocida a nivel federal

Mercado de Seguros Médicos

Categorías de planes Bronce, Plata, Oro y Platino

Los planes que se venden en el Mercado se dividen en 4 categorías: Bronce, Plata, Oro y Platino. Las categorías van desde planes Bronce con primas más bajas y costos de bolsillo más altos hasta planes Platino con primas más altas y costos de bolsillo más bajos. Todos los planes cubren todos los beneficios de salud esenciales.

Elegir una categoría de plan

Durante la Inscripción Abierta, puede elegir un plan de cualquier categoría. Si califica para un Período Especial de Inscripción, encontrará todas las categorías de planes disponibles para usted.

- Si está inscrito en un plan del Mercado, sus opciones pueden ser limitadas. Por ejemplo, si está inscrito en un plan Oro y tiene un cambio que lo califica para un Período Especial de Inscripción, generalmente podrá elegir planes sólo de la categoría Oro.
- Puede elegir un plan Plata si recientemente es elegible para ahorros adicionales (reducciones de costos compartidos).
- Si está inscrito en un plan Plata con ahorros adicionales y pierde esos ahorros adicionales, puede inscribirse en un plan Bronce, Plata u Oro.

Planes catastróficos

Un plan catastrófico tiene primas mensuales más bajas y deducibles altos. Estos planes pueden ser una forma económica de protegerse de los peores escenarios, como enfermarse o lesionarse gravemente, pero usted paga la mayoría de los gastos médicos. Las personas menores de 30 años y las personas con exenciones por dificultades pueden comprar un plan catastrófico a través del Mercado. Estos planes no son elegibles para el crédito tributario.

Agrupaciones de plan

Si solicita cobertura médica para más de una persona en su hogar, el Mercado agrupará a los miembros de su hogar para la inscripción al plan. Estas agrupaciones se configurarán al continuar con la inscripción y podrá cambiarlas. Es posible que pueda elegir un plan para todos, un plan aparte para cada persona o algún otro grupo.

Agregar miembros de la familia a su plan

Si obtiene un nuevo miembro de la familia debido a matrimonio, nacimiento, adopción, cuidado de crianza u orden judicial, es posible que pueda agregar al nuevo miembro de la familia a su plan actual o inscribirlo en cualquier categoría.

Si las reglas de su plan no le permiten agregar nuevos miembros, pueden inscribirse juntos en un plan diferente en la misma categoría. Si no hay otros planes disponibles en su categoría de plan actual, su familia puede inscribirse junta en una categoría "vecina". Por ejemplo, si actualmente está inscrito en un plan Oro, generalmente pueden inscribirse juntos en uno nuevo de las categorías Plata o Platino.

Todos los planes disponibles aparecen cuando se inscribe. Sin embargo, si desea inscribir a su nuevo dependiente en su propio plan de cualquier categoría, es posible que deba "reagrupar" a los miembros de su hogar cuando continúe inscribiéndose para ver si otras categorías están disponibles, o para inscribirse en un plan aparte de su grupo familiar.

Cobertura para familias inmigrantes

Los inmigrantes legalmente presentes pueden solicitar la cobertura del Mercado, incluso si no califican para los beneficios completos de Medicaid o CHIP debido a su estatus migratorio. Los inmigrantes legalmente presentes aún pueden ser elegibles para inscribirse en la cobertura del Mercado y obtener ayuda con los costos.

Las personas que **no están** legalmente presentes en los EE. UU. pueden solicitar la cobertura del Mercado a nombre de los miembros de la familia que pueden ser elegibles, como sus hijos o cónyuge legalmente presentes. Las personas que no están presentes legalmente, o que no cumplen con los requisitos para los beneficios completos de Medicaid, pueden ser elegibles para la cobertura limitada de Medicaid para tratamiento médico de emergencia o para CHIP relacionado con el embarazo.

Solicitar en un estado diferente

No puede inscribirse en un plan del Mercado en un estado que sea diferente de donde reside. Regrese a su solicitud para verificar que su dirección sea la correcta y que esté en el estado donde desea cobertura. Si alguien en su hogar necesita cobertura en un estado diferente, debe iniciar una nueva solicitud independiente de la suya. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad de Medicaid y CHIP, comuníquese con la agencia de Medicaid o CHIP que aparece en su Aviso de Elegibilidad. Es posible que necesite solicitar Medicaid o CHIP en otro estado.

Confirmar su cobertura actual

Para confirmar la información de su plan, actualice su solicitud. Puede hacer cambios, como eliminar personas de su plan del Mercado. Incluso si no califica para un Período Especial de Inscripción para cambiarse a un plan diferente, aún puede hacer cambios a su plan actual.

Mercado de Seguros Médicos

Los cambios pueden afectar sus costos y elegibilidad

Si algo que nos dijo en su solicitud del Mercado cambia, debe informar el cambio lo antes posible. Informe cambios como estos:

- Una mudanza.
- Cambios en ingresos del hogar, especialmente si los ingresos de su hogar serán diferentes a los que estimó en su solicitud.
- Cambios en el tamaño del hogar, como si alguien en su hogar se casa o se divorcia, queda embarazada o tiene un hijo; o su hijo se muda o no será reclamado como dependiente.
- Un cambio en la forma en que presentará su declaración federal de impuestos para el año en que recibe la cobertura del Mercado, por ejemplo, si piensa reclamar nuevos dependientes.
- Cambios en el estatus migratorio.
- Calificar para otra cobertura médica, como a través de un empleo o Medicare.
- Recibir una oferta de ayuda de un empleo para pagar los costos médicos con un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA). Esto también puede denominarse HRA de cobertura individual o HRA de Pequeño Empleador Calificado (QSEHRA).

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes para obtener una lista completa de los cambios que debe informar. Incluso un pequeño cambio en la información de su hogar puede hacer una diferencia en su cobertura y costos, así que asegúrese de que su información siga siendo correcta. Si recibe pagos por adelantado del crédito tributario para las primas y no informa un cambio que pueda afectar su elegibilidad, es posible que deba devolver parte o la totalidad de su crédito tributario para las primas cuando presente sus impuestos.

Cómo informar cambios en su solicitud

1. Inicie sesión en su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov.
2. Seleccione su solicitud actual.
3. Seleccione "Informar de un cambio de vida".

O llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

¿Necesita ayuda para informar cambios?

Si alguien le ayudó a completar su solicitud (como un agente, corredor, navegador o asesor de solicitudes certificado), comuníquese con ellos para que le ayuden a reportar cambios o cargar los documentos requeridos.

Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)

Verifique el aviso que recibe de su empleador sobre la ayuda que ofrecen para pagar la cobertura médica, porque sus fechas límite y las fechas de inicio de la cobertura pueden ser diferentes. Para obtener más información, visite CuidadoDeSalud.gov/es/job-based-help.

Si su empleador ofrece un "HRA de cobertura individual"

No puede usar el crédito tributario para las primas y un HRA de cobertura individual al mismo tiempo. Las personas a las que se les ofreció un HRA de cobertura individual califican para el crédito tributario sólo si la oferta del empleador no cumple con los estándares mínimos de asequibilidad y la persona opta por no participar en el HRA de cobertura individual.

Si su Aviso de Elegibilidad dice que **NO** es elegible para un crédito tributario, es una buena idea aceptar la oferta de HRA de cobertura individual de su empleador. Si su Aviso de Elegibilidad dice que **ES** elegible para un crédito tributario, deberá optar por no participar en el HRA de cobertura individual si desea utilizar el crédito tributario en su lugar.

Tendrá que informarle a su empleador si se inscribe en un plan del Mercado y si piensa excluirse del HRA de cobertura individual. Deberá actualizar su solicitud del Mercado con la información del HRA cada año del plan.

Si tiene un HRA del Pequeño Empleador Calificado (QSEHRA)

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/job-based-help/QSEHRA para saber cuánto crédito tributario debe considerar usar. Las personas con QSEHRA deben planificar usar su QSEHRA para ayudar a pagar la cobertura de salud durante el año. Sin embargo, el Mercado no tiene en cuenta la ayuda de QSEHRA al calcular la elegibilidad para el crédito tributario. Por esta razón, es posible que las personas con un QSEHRA no deseen utilizar la cantidad total del crédito tributario que se muestra en su Aviso de Elegibilidad, o que deban reembolsar parte de este crédito cuando presenten la declaración de impuestos.

El IRS determinará la elegibilidad del crédito tributario final al momento de la declaración de impuestos según la cantidad de QSEHRA que ofreció el empleador, incluso si la persona no usó el QSEHRA.

Más Información

FECHAS DE INICIO DE COBERTURA

Fechas de inicio de la cobertura general

Después de seleccionar un plan del Mercado, su cobertura comenzará una vez que reciba una factura de su plan y pague su primera prima.

Para los planes seleccionados antes del 15 de diciembre durante la Inscripción Abierta, la cobertura comienza el 1 de enero. Para los planes seleccionados desde el 16 de diciembre hasta el último día de la Inscripción Abierta, la cobertura comienza el 1 de febrero.

Si se inscribe durante un Período Especial de Inscripción

Su fecha de inicio depende de cuándo seleccione un plan. Cuando se inscribe durante un Período Especial de Inscripción, su cobertura generalmente comienza el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si selecciona un plan el 30 de abril, su cobertura puede comenzar el 1 de mayo.

Si el Mercado le pide que envíe documentos de inmediato para la pérdida de cobertura, su cobertura del Mercado no comenzará hasta que presente los documentos aceptables y obtenga la confirmación y la información de pago.

Los Períodos Especiales de Inscripción que ofrecen diferentes fechas de vigencia para cobertura

Los Períodos Especiales de Inscripción para estas situaciones permiten que su cobertura comience antes.

Ganó un dependiente

- Si ganó o se convirtió en dependiente (por nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidado de crianza, manutención de menores u otra orden judicial), su cobertura puede ser retroactiva al día en que esto ocurrió (con un pago por las pasadas primas retroactivo, si las debe). Si desea que la cobertura comience en una fecha futura, llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

Pérdida de cobertura médica

- Si perdió su cobertura en los últimos 60 días (90 días si perdió Medicaid o CHIP), su nuevo plan puede comenzar el primer día del mes siguiente. Sin embargo, si está perdiendo la cobertura médica en los próximos 60 días, la cobertura de su nuevo plan puede comenzar el primer día del mes después de perder su cobertura y seleccionar un plan. Por ejemplo, si su último día de cobertura es el 31 de enero, puede elegir un plan el 29 de enero para la cobertura que comienza el 1 de febrero.

Oferta del empleador para ayudar con el costo de la cobertura

- Si acaba de obtener acceso a un HRA de cobertura individual o un QSEHRA, debe seleccionar un plan antes del día en que comience la ayuda de este empleador. Si la ayuda del empleador comienza en los próximos 60 días, la cobertura de su nuevo plan puede comenzar el primer día del mes siguiente. Si la ayuda del empleador comienza el primer día del mes, la cobertura de su nuevo plan puede comenzar el mismo día.

Otras situaciones

El Centro de Llamadas del Mercado trabajará con usted durante su Período Especial de Inscripción para determinar la fecha de inicio de su cobertura en estas situaciones:

- No pudo inscribirse debido a una afección médica grave o un desastre natural.
- Un error técnico del Mercado o de un agente interfirió con su capacidad para inscribirse.
- Es elegible para una nueva ayuda financiera porque experimentó un cambio en los ingresos y/o se mudó a un estado diferente, y anteriormente no era elegible para la cobertura de Medicaid porque vivía en un estado que no ha ampliado Medicaid y no era elegible para recibir ayuda pagar por la cobertura porque los ingresos de su hogar estaban por debajo del 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL).
- Apeló con éxito una decisión del Mercado.

Si informó que alguien está comenzando a recibir Medicare

Actualice y confirme la inscripción en el plan del Mercado para su hogar. Si informó que:

- La cobertura de Medicare ya comenzó: Esto finalizará su inscripción en el plan del Mercado.
- La cobertura de Medicare comienza pronto: Inscripción en el plan del Mercado finaliza el día anterior a la fecha de inicio de Medicare.

La fecha de inicio de su plan del Mercado puede ser diferente, según la fecha de inicio de Medicare.

Otros tipos de Períodos Especiales de Inscripción

Si califica para un Período Especial de Inscripción porque alguien en su hogar pertenece a una tribu reconocida por el gobierno federal, puede inscribirse o cambiar de plan en cualquier momento. Su elección de plan más reciente entrará en vigor el primer día del mes siguiente. **Nota:** Al cambiar de plan, su deducible puede comenzar de nuevo.

CRÉDITO TRIBUTARIO

¿Qué son los pagos por adelantado del crédito tributario para las primas?

Un crédito tributario para las primas es un "crédito" que se paga por adelantado para las primas de su plan del Mercado cada mes. Este crédito se muestra cuando elija un plan y se aplicará a su prima cuando se inscriba. Si usa menos de la cantidad total para la que califica (determinado por el IRS), puede recuperar la diferencia al final del año cuando presente sus impuestos. Si usa más de lo que le corresponde (según determina el IRS), adeudará dinero cuando presente su declaración de impuestos.

¿Cuándo obtengo el crédito tributario?

El Mercado envía los pagos por adelantado del crédito directamente a su compañía de seguros, no a usted. **Debe presentar una declaración federal de impuestos para declarar el crédito tributario que utilizó. Debe declarar este crédito tributario incluso si no tiene que declarar impuestos.**

¿Cómo califico para un crédito tributario?

El Mercado verifica sus ingresos, el tamaño de su hogar y otra información para ver si califica. Sólo puede obtener el crédito tributario si se inscribe en la cobertura a través del Mercado. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs para obtener información sobre cómo los ingresos afectan su crédito tributario para las primas.

Si sus resultados indican que es elegible para el crédito tributario, significa que no es elegible para Medicaid o CHIP.

Si su empleo ofrece cobertura médica o ayuda con los gastos médicos a través de un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA), sólo puede obtener un crédito tributario si esa cobertura no es accesible o no se considera una cobertura médica calificada. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/have-job-based-coverage para más información.

¿Cómo se calculó mi crédito tributario?

La cantidad de su crédito tributario para las primas se basa en estos factores:

- La cantidad de personas en su hogar. Esto incluye a la persona que presenta la declaración de impuestos, su cónyuge y los dependientes declarados en la declaración de impuestos.
- La cantidad de ingresos que su hogar espera informar en su declaración federal de impuestos para el año en que desea cobertura. Esta es la cantidad que informó en su solicitud o que proviene de otras fuentes de información recientes.
- La cantidad que se espera que pague por las primas.
- El costo del plan de salud del Mercado de categoría Plata con el segundo costo más bajo en su área. Esto también se conoce como costo "de referencia".

El Mercado determina su crédito tributario para las primas según los ingresos *estimados* de su hogar, pero la cantidad final de crédito tributario que obtenga se basará en su declaración fiscal real de fin de año.

¿Por qué mi crédito tributario es de \$0?

Puede ser elegible para obtener un crédito tributario de \$0 si califica para un crédito tributario, pero el costo del segundo plan de salud del Mercado de categoría Plata con el menor costo en su área (el costo de referencia) es menor que la cantidad que pagaría para las primas mensuales del plan. Un crédito tributario de \$0 significa que no obtendrá una reducción en la cantidad que paga por sus primas.

Estimando sus ingresos

Si marcó los ahorros cuando solicitó, el Mercado le pidió que calcule sus ingresos. Informe cualquier ingreso que incluya en su declaración federal de impuestos, como dinero de un empleo o trabajo por cuenta propia. Para obtener una lista completa de las fuentes de ingresos para incluir en su solicitud, visite CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/income.

Cuando presente su declaración de impuestos, el IRS comparará la información de su solicitud con su declaración de impuestos. Si sus ingresos son más altos que los que ingresó en su solicitud del Mercado, o el tamaño de su hogar disminuye, es posible que deba reembolsar parte o la totalidad de los pagos por adelantado del crédito tributario. Por lo tanto, es importante estimar lo mejor que pueda sus ingresos y mantener esta información actualizada en su solicitud del Mercado.

¿Qué sucede si presento los impuestos por separado de mi cónyuge?

Si está casado, debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge para el año en que desea un crédito tributario para las primas. Hay algunas excepciones, como si declara ser "cabeza de familia" en su declaración de impuestos, si es víctima de violencia doméstica o si es un cónyuge abandonado. Llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para más información.

Mercado de Seguros Médicos

¿Qué pasa si cometí un error o mis ingresos cambian?

Si cometió un error al estimar sus ingresos o cambiaron sus ingresos, asegúrese de actualizar su solicitud con la cantidad correcta, o podría deber dinero al presentar su declaración de impuestos. Vaya a "Cómo informar cambios en su solicitud" en la página 3 para más información. O llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

Informar el crédito tributario para las primas en su declaración de impuestos

Cada año cuyo hogar tenga cobertura del Mercado de Seguros Médicos y utilice pagos anticipados del crédito tributario para las primas, debe presentar su declaración de impuestos federales sobre la renta y conciliar el crédito tributario para las primas al que calificó con la cantidad que utilizó. Debe usar la información de su Formulario 1095-A "Declaración del Mercado de Seguros Médicos" para completar el Formulario 8962 del IRS "Crédito Tributario para las Primas (PTC)" e incluirlo en su declaración, incluso si normalmente no tiene que declarar impuestos.

- Para obtener el Formulario 1095-A, visite CuidadoDeSalud.gov e inicie sesión en su cuenta del Mercado. Abra su solicitud del año fiscal para el cual está presentando la declaración, luego vaya a "Formularios de impuestos". También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.
- Para más información sobre cómo presentar una declaración de impuestos utilizando el Formulario 8962 del IRS, visite CuidadoDeSalud.gov/es/taxes o IRS.gov/aca.

La presentación electrónica puede ayudar a evitar errores y encontrar créditos y deducciones que pueden estar disponibles. En muchos casos, la presentación electrónica es gratuita. Para obtener información sobre Free File y e-file, visite IRS.gov/file-your-taxes-for-free. Si tiene preguntas sobre el estado de su hogar para la declaración de impuestos de años anteriores, visite IRS.gov/ITA para utilizar el Asistente Tributario Interactivo o llame al IRS al 1-866-682-7451, ext. 568.

Si presentó la declaración de impuestos, pero no incluyó el Formulario 8962 del IRS, es posible que deba presentar una declaración de impuestos enmendada (Formulario 104X). Para más información, llame al IRS al 1-800-829-1040. Los usuarios de TTY pueden llamar 1-800-829-4059.

¿Necesito solicitar un nuevo crédito tributario para las primas cada año?

Para asegurarse de seguir siendo elegible para el crédito tributario, mantenga sus ingresos y otra información en su solicitud del Mercado al día. Cuando completó su solicitud, tuvo la opción de permitir que el Mercado use los datos de ingresos (incluida la información de la declaración de impuestos) para ayudarlo con la renovación de su elegibilidad. Si elige no permitir esto, asegúrese de actualizar su información cada año durante la Inscripción Abierta. Puede cambiar este acuerdo en su cuenta del Mercado seleccionando su solicitud más reciente y eligiendo "Informar un cambio de vida". Revise su solicitud y declaración que permite que el Mercado utilice datos de ingresos para ayudar con su renovación en años futuros y elija su respuesta.

Pasos para asegurarse de obtener la cantidad adecuada de ayuda financiera

Su hogar no será elegible para recibir ayuda financiera con los costos del plan del Mercado si no tenemos información completa y actualizada sobre sus impuestos. Si sus resultados indican que no califica para recibir ayuda con los costos, siga estos pasos para verificar su elegibilidad:

1. **Presente una declaración de impuestos con el formulario 8962 del IRS si recibió el crédito tributario el año pasado.**

Si no sigue este paso, dejará de ser elegible para el crédito tributario para primas. Vaya a la sección "Declarar el crédito tributario para primas en su declaración de impuestos" más arriba para obtener información sobre este requisito. El IRS puede enviarle un aviso para informarle a usted (o al declarante de impuestos de su hogar) que recibió pagos por adelantado del crédito tributario pero no ha presentado una declaración de impuestos.

2. **Si nos dijo que no piensa presentar una declaración de impuestos, o que está casado pero piensa hacerlo por separado, actualice su solicitud para saber si puede obtener ayuda con los costos.**

Visite CuidadoDeSalud.gov, inicie sesión en su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud más reciente. Luego, seleccione "Informar un cambio de vida" y actualice la información de su hogar y sus ingresos. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado.

3. **Si opta por no permitir que el Mercado utilice la información de las declaraciones de impuestos para ayudar a renovar su elegibilidad, puede cambiar esto para futuras renovaciones.**

Puede actualizar su solicitud y revisar o cambiar su convenio. Llame al Centro de Llamadas del Mercado si necesita ayuda.

4. **¿Calificó para el crédito tributario para la prima el año pasado y ya completó los pasos anteriores?**

Visite CuidadoDeSalud.gov para actualizar su solicitud con su información actual para averiguar si puede calificar. Es posible que se le pregunte si ajustó todos los créditos tributarios que recibió en el pasado. Si es así, asegúrese de marcar la casilla de la solicitud que le pregunta si ha hecho esto.

Más Información MEDICAID/CHIP

¿Cómo se relaciona el Mercado con Medicaid/CHIP?

Si marcó los ahorros cuando solicitó la cobertura del Mercado, su solicitud se revisó automáticamente para saber si puede ser elegible para una cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Su estado administra estos programas y pueden tener diferentes nombres en su estado.

Acerca de Medicaid y CHIP

Medicaid y CHIP son programas conjuntos federales y estatales que ayudan con los costos médicos para personas con ingresos limitados, familias y niños, mujeres embarazadas, ancianos y personas con incapacidades. Puede calificar para estos programas según el tamaño de su hogar, ingresos y otros factores, como la edad y las necesidades especiales de cuidado médico.

Si tiene cobertura médica elegible a través de Medicaid o CHIP, pagará poco o nada por los servicios de salud y **probablemente no necesite un plan de salud del Mercado**. Aún puede comprar un plan de salud del Mercado, pero generalmente no calificará para el crédito tributario para las primas o ahorros adicionales. Para más información sobre cuándo y cómo cancelar su plan del Mercado, visite CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/cancelling-marketplace-plan.

¿Qué pasa si soy elegible para Medicaid/CHIP?

Si su Aviso de Elegibilidad dice que alguien es (o puede ser) elegible para Medicaid o CHIP, recibirá otro aviso de su agencia estatal que le informará sobre estos programas y los próximos pasos, incluso cuándo puede comenzar la cobertura.

Sus beneficios de Medicaid o CHIP pueden retrasarse si su agencia estatal necesita que envíe documentos para confirmar la información. Si su estado dice que no es elegible para Medicaid o CHIP, le informará cómo puede apelar su decisión de Medicaid o CHIP. También puede volver al Mercado para ver si puede inscribirse en un plan del Mercado con ayuda financiera. Debe “informar un cambio de vida” para informar al Mercado que recientemente se le negó Medicaid/CHIP.

¿Qué pasa si no soy elegible para Medicaid/CHIP?

Si se determina que no es elegible o “probablemente no sea elegible” para Medicaid/CHIP, su Aviso de Elegibilidad le informará el motivo. Es posible que aún califique para Medicaid si tiene una incapacidad o necesidades especiales de atención médica, como si:

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

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities o llame a su agencia estatal de Medicaid para preguntar sobre las reglas de su estado.

Descubra si califica para Medicaid en cualquier momento

Cualquiera que haya marcado para ahorros en su solicitud del Mercado puede solicitar una determinación completa de Medicaid en cualquier momento. Para solicitar una determinación completa: en la pantalla “Resultados de Elegibilidad” de su solicitud del Mercado, seleccione el nombre de la persona, luego seleccione “Enviar a Medicaid” y complete todos los pasos. Si su Aviso de Elegibilidad del Mercado dice que su agencia estatal revisará su solicitud nuevamente, puede inscribirse en otra cobertura del Mercado (si está disponible) mientras espera la respuesta de la agencia. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/getting-medicaid-chip para conocer más sobre Medicaid y CHIP. O llame a su agencia estatal de Medicaid para preguntar sobre las reglas de su estado.

¿Por cuánto tiempo puedo mantener la cobertura de Medicaid?

Si es elegible para Medicaid, debe renovar su elegibilidad cada año. Su agencia estatal se comunicará con usted cuando sea el momento de renovar. Si tiene Medicaid o CHIP, pero pierde esta cobertura, tiene 90 días a partir del día en que finaliza para enviar o actualizar su solicitud del Mercado e informar la pérdida. Es posible que califique para un Período Especial de Inscripción para obtener la cobertura del Mercado.

Informar cambios

Su estado le enviará una carta de inscripción con instrucciones sobre cómo informar cambios y qué cambios informar, como cambios en los ingresos, el tamaño del hogar o la cobertura. También puede llamar a la agencia de Medicaid de su estado.

CÓMO APELAR

¿Qué pasa si hay un error en los resultados de mi elegibilidad?

Si cree que hay un error en su Aviso de Elegibilidad final, puede presentar una apelación. Por lo general, tiene 90 días a partir de la fecha de su Aviso de Elegibilidad para solicitar una apelación.

Puede apelar su elegibilidad a la cobertura del Mercado, la disponibilidad de la categoría del plan, el crédito tributario para las primas, los ahorros adicionales (reducciones de costos compartidos) y los períodos de inscripción.

¿Puedo apelar ahora?

La sección "Próximos Pasos" de su Aviso de Elegibilidad le indicará si puede apelar sus resultados con el Centro de Apelaciones del Mercado ahora. No puede presentar una apelación ante el Mercado hasta que se tome una decisión final de elegibilidad. Su determinación de elegibilidad no es definitiva si la sección "Próximos Pasos" de su aviso dice que alguien debe enviar documentos.

Su agencia estatal le dirá si puede apelar su elegibilidad para Medicaid o CHIP ante el estado.

Cómo presentar una apelación

Presentar una apelación en línea

Inicie sesión en su cuenta del Mercado. Seleccione la solicitud que desea apelar, luego seleccione "Elegibilidad y apelaciones". Siga las instrucciones para presentar su apelación.

Presentar una apelación por correo o fax

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/appeal-forms y conteste las preguntas para obtener el formulario que necesita. Envíe su formulario completo en papel o una carta solicitando una apelación. Incluya su nombre, dirección y motivo de la apelación. Si la apelación es para otra persona (como su hijo), incluya también su nombre. Envíe su formulario o carta al Mercado:

Fax: 1-877-369-0130

Correo: Mercado de Seguros Médicos
ATENCIÓN: Apelaciones
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0061

Si vive en **Alabama, Alaska, Montana, North Carolina, West Virginia o Wyoming**, puede apelar una denegación de elegibilidad para Medicaid o CHIP a través del Centro de Apelaciones del Mercado o con su estado. Siga las instrucciones anteriores para presentar una apelación ante el Centro de Apelaciones del Mercado o comuníquese con su agencia estatal para obtener instrucciones sobre cómo presentar una apelación en su estado.

¿Aún se están procesando los ingresos?

Si la sección "Resultados" de su Aviso de Elegibilidad dice "la información de ingresos aún se está procesando", es posible que reciba otro mensaje del Mercado. Inicie sesión en su cuenta del Mercado después de 24 horas para verificar este estatus. Si debe enviar documentos, los resultados de su elegibilidad no son definitivos y no se pueden apelar hasta que envíe todos los documentos requeridos y se confirme su elegibilidad.

Más sobre apelaciones

- Puede solicitar una apelación más rápida si su salud está en riesgo (como, si está hospitalizado o si necesita medicamentos con urgencia). Pídale en su solicitud de apelación o en su carta.
- Puede representarse a sí mismo o designar a un representante para que lo ayude con su apelación. Esta persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado u otra persona.
- Si es elegible, inscribese en un plan y pague sus primas mientras apela. Si no lo hace o pierde su cobertura, podría tener que esperar para inscribirse (aunque su apelación sea exitosa).
- Si era elegible para la cobertura del Mercado y su elegibilidad cambia, puede apelar este cambio. En este caso, puede solicitar mantener su elegibilidad durante su apelación.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar, incluso si no solicitan una apelación.
- Para más información sobre el proceso de apelaciones de Medicaid estatal (incluidas las apelaciones aceleradas), comuníquese con su agencia estatal.
- Visite CuidadoDeSalud.gov/marketplace-appeals para obtener más detalles sobre cuándo y cómo presentar apelaciones.

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) يحوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يحوي هذا الإشعار على معلومات مهمة بخصوص طلبك أو تغطيتك عبر سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace®). إبحث عن التواريخ المهمة في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إتخاذ إجراء بحلول تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة بخصوص التكاليف. يحق لك الحصول على هذه المعلومات و على المساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. إتصل بالرقم 1-800-318-2596 وانتظر حتى تنتهي الافتتاحية. اذكر اللغة التي تحتاجها عندما يرد عليك العميل و سيتم وصلك بمترجم فوري.

中文 (Chinese) 本通知含有重要的訊息。 本通知含有關於通過健康保險市場 (Health Insurance Marketplace®) 申請或獲得承保的重要訊息。請在本通知中查看重要的日期。您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢。您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。請致電 1-800-318-2596 並等待接聽。告訴服務代表要用的語言後，便會接通口譯員。

Français (French) Cet avis contient des informations importantes. Cet avis comporte des informations importantes relatives à votre demande ou à votre couverture par le marché de l'assurance maladie (Health Insurance Marketplace®). Prêtez attention aux dates importantes figurant dans cet avis. Il se peut que vous deviez prendre des mesures avant certaines dates limites pour conserver votre couverture médicale ou bénéficier d'une aide financière. Vous êtes en droit d'obtenir ces informations et cette aide dans votre langue, et ce gratuitement. Appelez le 1-800-318-2596 et patientez. Dès qu'un agent décroche, indiquez la langue dont vous avez besoin et vous serez mis en rapport avec un interprète.

Kreyòl (French Creole) Avi sa a gen enfòmasyon Enpòtan. Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan konsènan aplikasyon w lan ak pwoteksyon ou an atravè Health Insurance Marketplace®. Chèche dat kle yo nan avi sa a. Li posib pou pran desizyon avan sèten dat limit pou konsève pwoteksyon medikal ou oswa pou ede ak pri yo. Ou gen dwa pou jwenn enfòmasyon sa a ak èd nan lang ou gratis. Rele 1-800-318-2596 epi tann sou liy nan. Lè yon ajan reponn, di lang ou bezwen an epi y ap mete w an koneksyon avèk yon entèprèt.

Deutsch (German) Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag oder Ihrer Versicherung über den Health Insurance Marketplace®. Achten Sie auf die Eckdaten in dieser Mitteilung. Möglicherweise müssen Sie innerhalb bestimmter Fristen Maßnahmen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu behalten oder sich an den Kosten zu beteiligen. Sie haben das Recht, die Informationen und Hilfen kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie die Nummer 1-800-318-2596 an und warten Sie, bis das Gespräch angenommen wird. Wenn sich ein Mitarbeiter meldet, geben Sie die Sprache an, die Sie benötigen, und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

ગુજરાતી (Gujarati) આ સૂચનામાં અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં તમારી આરોગ્ય વીમા બજાર (Health Insurance Marketplace®) દ્વારા કરવામાં આવેલ અરજી અથવા તેના દ્વારા આવરી લીધેલ જોખમ વિશે અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં મુખ્ય તારીખો જુઓ. તમારા વીમા દ્વારા આવરી લીધેલ આરોગ્ય જોખમ અથવા ખર્ચમાં મદદને જાળવી રાખવા માટે તમારે ચોક્કસ સમયમર્યાદામાં પગલાં લેવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ માહિતી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-800-318-2596 પર કૉલ કરો અને શરૂઆતમાં રાહ જુઓ. જ્યારે કોઈ પ્રતિનિધિ જવાબ આપે, ત્યારે તમને જોઈતી ભાષા જણાવો અને તમને અનુવાદક સાથે જોડવામાં આવશે.

Italiano (Italian) Questo avviso contiene importanti informazioni. Questo avviso contiene importanti informazioni sulla tua richiesta o copertura assicurativa attraverso il mercato delle assicurazioni sanitarie (Health Insurance Marketplace®). Questo avviso include date importanti. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro certe scadenze per mantenere l'assicurazione sanitaria o assistenza con i costi. Hai diritto ad ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua a titolo gratuito. Chiama il 1-800-318-2596 e attendi la fine dell'introduzione. Quando un agente risponde, indica la lingua di cui hai bisogno e sarai collegato a 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、健康保険マーケットプレイス (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ています。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) 본 통지는 중요한 정보를 담고 있습니다. 본 통지는 건강보험 마켓플레이스(Health Insurance Marketplace®)를 이용한 신청 또는 보장에 대한 중요한 정보를 담고 있습니다. 본 통지에서 주요 날짜를 확인하십시오. 건강보험을 유지하거나 비용에 도움을 받기 위해 특정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하에게는 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1-800-318-2596으로 전화하여 연결을 기다리십시오. 담당자가 연결될 때, 원하시는 언어를 알려주시면 통역자에게 연결됩니다.

Polski (Polish) Niniejsze zawiadomienie zawiera ważne informacje. Niniejsze zawiadomienie zawiera ważne informacje na temat Twojego wniosku lub zakresu ubezpieczenia za pośrednictwem rynku ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®). Szukaj kluczowych dat w tym ogłoszeniu. Być może będziesz musiał/a podjąć działania w określonych terminach, aby utrzymać ubezpieczenie zdrowotne lub pomóc w pokryciu kosztów. Masz prawo do uzyskania tych informacji i pomocy w swoim języku bez żadnych kosztów. Zadzwoń pod numer 1-800-318-2596 i czekaj, aż skończy się wstępna informacja. Gdy włączy się agent, podaj język, który jest Ci potrzebny, a zostaniesz połączony z tłumaczem.

Português (Portuguese) Este aviso tem informações importantes. Este aviso tem informações importantes sobre sua solicitação ou cobertura por meio do mercado de seguros de saúde (Health Insurance Marketplace®). Procure as datas importantes neste aviso. Você pode precisar agir dentro de certos prazos para manter sua cobertura de saúde ou obter ajuda com os custos. Você tem o direito de obter essas informações e ajuda gratuitamente no seu idioma. Ligue para 1-800-318-2596 e espere o fim da gravação de abertura. Quando o agente responder, diga o idioma que você precisa e você será conectado(a) a um intérprete.

Русский (Russian) В этом уведомлении содержится важная информация. В этом уведомлении содержится важная информация о вашей заявке или страховом покрытии на портале Рынка медицинского страхования Marketplace (Health Insurance Marketplace®). Это уведомление содержит ключевые даты. Возможно, вам потребуется принять меры к определенным срокам, чтобы сохранить свою медицинскую страховку или помочь в покрытии расходов. У вас есть право получить эту информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-318-2596 и переждите вступительное сообщение. Когда агент ответит, укажите нужный вам язык, и вас соединят с переводчиком.

Español (Spanish) Este Aviso contiene Información Importante. Este aviso contiene información importante sobre su solicitud o su cobertura del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace®). Preste atención a las fechas claves en este aviso. Usted podría tener que actuar dentro de ciertos plazos para mantener su cobertura médica u obtener ayuda con los costos. Tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo. Llame al 1-800-318-2596 y espere hasta el fin del mensaje inicial. Cuando un agente contesta, indique el idioma que usted necesita y será conectado con un intérprete.

Tagalog (Tagalog) Ang Paunawang ito ay mayroong mahalagang impormasyon. Ang paunawang ito ay mayroong mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Pamilihan ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Marketplace®). Tingnan ang mga pangunahing petsa sa paunawang ito. Maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon sa tiyak na mga huling araw upang mapanatili mo ang sakop sa kalusugan o makatulong sa mga gastos. Mayroon kang karapatan na makakuha ng ganitong impormasyon at ng tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 1-800-318-2596 at maghintay hanggang magbukas. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin mo ang wika na kailangan mo at iugnay ka sa isang tagasalin ng wika.

Tiếng Việt (Vietnamese) Thông báo này có Thông tin Quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị thông qua Thị trường Bảo hiểm Sức khỏe (Health Insurance Marketplace®). Tìm xem các ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể cần phải hành động theo một số thời hạn nhất định để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ về phần chi phí. Quý vị có quyền nhận thông tin này và được giúp đỡ bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Hãy gọi 1-800-318-2596 và đợi đến khi mở cửa. Khi người đại diện trả lời, hãy nói với họ ngôn ngữ mà quý vị cần sử dụng và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

