

Aviso de Advertencia de 60 días

Cuando enviamos este aviso: Cuando alguien solicita o actualiza su solicitud del Mercado, verificamos si califica para la cobertura y los ahorros. Si la información incluida en su solicitud no coincide con nuestros registros, o si no proporcionaron toda la información que necesitamos, solicitamos documentos para confirmar su elegibilidad.

Cuando el consumidor presenta los documentos, los revisamos y, si son aceptables, determinamos si puede obtener un plan del Mercado o ayuda financiera para cubrir los costos de su plan. Si los documentos presentados no son aceptables, como el tipo de documento o falta información que necesitamos para la revisión, hacemos pedidos adicionales de documentos aceptables.

Durante el plazo para presentar los documentos, el consumidor también puede seleccionar un plan. Los consumidores reciben este aviso 60 días antes de que necesitemos recibir sus documentos.

Lo que este aviso le dice al consumidor: Debe actuar de inmediato presentando los documentos, o podría perder su ayuda financiera y/o cobertura médica. También le dice al consumidor:

- Lo que necesitan confirmar
- Actualizar su solicitud si es incorrecta
- Fecha límite para presentar documentos
- Si la ayuda financiera o la cobertura finalizará para cada persona que deba presentar documentos
- Documentos aceptables para presentar
- Cómo presentar documentos

Este ejemplo es para un consumidor que:

- No ingresó un número de Seguro Social válido en su solicitud
- Debe confirmar ingresos, ciudadanía estadounidense y estatus migratorio de los miembros del hogar

Este ejemplo no abarca todos los elementos para los que podríamos solicitar documentos. Solicitamos documentos para los elementos que no coinciden con nuestros registros, tales como los ingresos declarados, ciudadanía, estatus migratorio, existencia de otra cobertura de salud y más. La lista de documentos aceptables incluidos en el aviso es específica para el artículo que el consumidor declaró en su solicitud.

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information/documents-and-deadlines para más detalles.

Mercado de Seguros Médicos

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
465 INDUSTRIAL BOULEVARD
LONDON, KENTUCKY 40750-0001

[Date]

[Name]

[Address]

[City, State ZIP]

Advertencia: Presente documentación para no perder su cobertura y/o ayuda financiera

Fecha de solicitud: XX/XX/XXXX

Identificación (ID) de la solicitud: #####

[Name]:

Envíe uno o más documentos de inmediato para confirmar la información de su solicitud de inscripción en el Mercado. Si no envía los documentos, puede perder su cobertura médica del Mercado y/o la ayuda financiera que recibe para pagar su cobertura del Mercado.

¿Qué necesito confirmar?

No ingresó un número de Seguro Social válido en su solicitud del Mercado. También hay otra información que necesitamos que confirme. Presente los documentos para los siguientes miembros del hogar:

Nombre(s) de los miembros del hogar:	Presentar documentos para confirmar:	Envíe los documentos para el:	Si no envía documentos aceptables:
[Name]	Ciudadanía estadounidense	XX/XX/XXXX	La cobertura del Mercado terminará
[Name]	Estatus migratorio	XX/XX/XXXX	La cobertura del Mercado terminará
Todas las personas en el hogar de [Name]	Ingresos anuales del hogar	XX/XX/XXXX	La cantidad de ayuda financiera que recibirá será menor o terminará

¿Qué hacer después?

Revise las siguientes páginas para encontrar una lista de documentos aceptables y obtener los pasos sobre cómo enviarlos.

Si la información de su solicitud no es correcta, actualice su solicitud en lugar de enviar documentos. Puede iniciar sesión en su cuenta del Mercado, trabajar con su agente o corredor (si utilizó uno) o llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Importante: Ingrese la estimación de sus ingresos familiares en su solicitud del Mercado. Si los ingresos que ingresa en su solicitud son menores que los ingresos que declara en sus impuestos al final del año, es posible que deba devolver la totalidad o parte de su crédito tributario para primas cuando presente su declaración de impuestos. Si sus ingresos estimados cambian durante el año, actualice su solicitud del Mercado con esta información de inmediato.

Si no tiene ninguno de los documentos enumerados para confirmar los ingresos de su hogar, puede enviar un formulario de "Carta explicativa" para ayudarnos a confirmar sus ingresos. Hemos incluido el formulario con esta carta, o puede obtener una copia en [HealthCare.gov/downloads/annual-income-letter-explanation.pdf](https://www.healthcare.gov/downloads/annual-income-letter-explanation.pdf).

Para obtener más ayuda

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.
- Haga una cita con alguien de su zona que pueda ayudarle. La información está disponible en [CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help).
- Obtenga ayuda en un idioma diferente al español. La información sobre cómo tener acceso a estos servicios se incluye con este aviso y está disponible a través del Centro de Llamadas del Mercado.
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado para obtener esta información en un formato accesible como letra grande, braille o audio, sin costo alguno.

Atentamente,

Mercado de Seguros Médicos
Departamento de Salud y Servicios Humanos
465 Industrial Boulevard
London, KY 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](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y otras provisiones de 45 CFR parte 155, subparte D. El PII utilizado para crear este aviso se recogió de la información que le 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 del 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 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 los 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 alguna de estas razones, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints (en inglés), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, DC 20201.

Envío de documentos

¿Por qué el Mercado me pidió que enviara documentos?

No podemos confirmar toda la información de su solicitud, o la información que usted proporcionó no coincide con nuestros registros. Necesitamos que nos envíe documentos que confirmen sus ingresos, ciudadanía, estatus migratorio, cambio de vida u otros detalles. Si no envía los documentos solicitados puede perder su elegibilidad para la cobertura del Mercado o la ayuda financiera.

Cómo presentar documentos

Cómo cargar documentos (la forma más rápida):

1. Inicie sesión en su cuenta del Mercado.
2. Seleccione su solicitud actual, luego seleccione "Detalles de la solicitud".
3. Seleccione "Subir documentos" para cada elemento que requiera documentación.
4. Para cada elemento seleccione un tipo de documento, luego elija el archivo que desea subir.

O, por correo:

1. Envíe sólo copias (no originales).
2. Incluya su código de barras impreso abajo. Si no tiene un código de barras, incluya su nombre impreso y la identificación de la solicitud. Su ID de solicitud está cerca de su dirección postal en la parte superior de su aviso.
3. Envíe el(los) documento(s) a:
Mercado de Seguros Médicos
Attn: Procesamiento de Cobertura
465 Industrial Boulevard
London, KY 40750-0001

Si usted hizo su solicitud del Mercado a través del sitio web de un socio de inscripción certificado: Inicie sesión en su cuenta de ese sitio web para cargar documentos.

Que documentos enviar

Consulte las siguientes páginas para ver la lista de documentos que debe enviar. Puede cargar más de un documento para confirmar su información.

¿Qué sucede después de enviar los documentos?

Cuando recibamos sus documentos, haremos lo siguiente:

- Identificar sus documentos con su solicitud
- Revisar cada documento para asegurar si confirma lo que necesitamos
- Comunicarnos con usted si necesitamos más información

Si no ha tenido noticias nuestras en un mes, es posible que aún estemos revisando su información o que no hayamos recibido sus documentos. Para verificar si los recibimos, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Si envía los documentos por correo al Mercado, incluya esta página de código de barras en el sobre para que podamos hacer coincidir sus documentos con su solicitud.

Identificación (ID) de Solicitud: [XXXXXXXXXX]

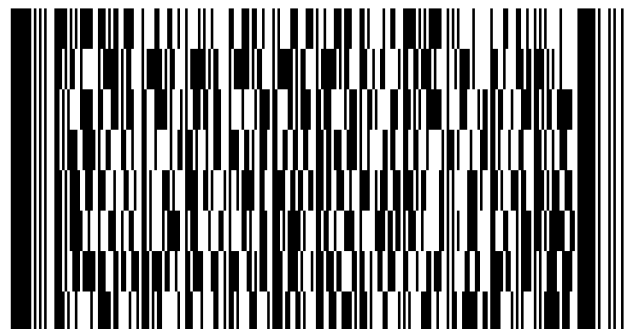
Fecha de solicitud: [date]

Fecha de solicitud:

[Name 1]

[Address]

[City, State ZIP]



[XXXXXXXXXX]

Ciudadanía estadounidense

Envíe uno o más documentos de esta lista. Si no envía documentos aceptables, puede perder la elegibilidad para un plan del Mercado. Puede optar por enviar más de un documento.

- Pasaporte de los EE. UU.
- Certificado de naturalización (N-550/N-570)
- Certificado de ciudadanía (N-560/N-561)
- Licencia de conducir mejorada emitida por el estado (disponible en Michigan, Minnesota, New York, Vermont y Washington)
- Documento de una tribu indígena reconocida a nivel federal que incluya su nombre y el nombre de la tribu indígena reconocida a nivel federal que emitió el documento y que muestre su membresía, inscripción o afiliación con la tribu. Los documentos que puede enviar incluyen:
 - Una tarjeta de inscripción tribal
 - Un certificado de grado de sangre indígena
 - Un documento de censo tribal
 - Documentos en papel con membrete tribal firmados por un funcionario tribal

¿Qué sucede si no tengo ninguno de los documentos anteriores?

Si no tiene ninguno de los documentos anteriores, puede enviar 2 documentos, uno de cada lista a continuación.

Puede enviar uno de estos documentos:

- Acta de nacimiento pública de EE. UU.
- Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero (FS-240, CRBA)
- Certificación de Informe de Nacimiento (DS-1350)
- Certificación de Nacimiento en el Extranjero (FS-545)
- Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE. UU. (I-197 o la versión anterior I-179)
- Tarjeta de las Marianas del Norte (I-873)
- Decreto de adopción final que muestre su nombre y lugar de nacimiento en EE. UU.
- Registro de Empleo del Servicio Civil de EE. UU. que muestre el empleo antes del 1 de junio de 1976
- Registro militar que muestre un lugar de nacimiento en EE. UU.
- Registro médico de EE. UU. de una clínica, hospital, médico, partera o institución que muestre un lugar de nacimiento en EE. UU.
- Registro de seguro de vida, salud u otro de los EE. UU. Que muestre el lugar de nacimiento en EE. UU.
- Registro religioso que muestre el lugar de nacimiento en EE. UU. registrado en EE. UU.
- Registro escolar que muestre el nombre del niño y el lugar de nacimiento en EE. UU.
- Documentación de un niño adoptado nacido en el extranjero que recibió la ciudadanía estadounidense automática (IR3 o IH3)
- Tarjeta de indio americano (I-872) que muestra un código de clase de "KIC"

Y uno de estos documentos (que tenga una fotografía u otra información, como su nombre, edad, raza, altura, peso, color de ojos o dirección):

- Licencia de conducir emitida por un estado o territorio o tarjeta de identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local
- Tarjeta de identificación escolar
- Tarjeta militar de EE. UU. O registro de servicio militar o tarjeta de identificación de dependiente militar
- Tarjeta de Marino Mercante Guardacostas de los EE. UU.
- Tarjeta de registro de votantes
- Un registro de la clínica, médico, hospital o escuela, incluidos los registros de preescolar o guardería (para niños menores de 19 años)
- 2 documentos que contienen información consistente que prueba su identidad, como identificaciones de empleadores, diplomas de la escuela secundaria y universitarios, certificados de matrimonio, decretos de divorcio, escrituras de propiedad o títulos

Estatus de inmigración

Envíe uno o más documentos de esta lista. Si no envía documentos aceptables, puede perder la elegibilidad para un plan del Mercado y ayuda financiera. Su elegibilidad y/o ayuda financiera también pueden cambiar según los documentos que envíe.

Asegúrese de enviar un documento que muestre la fecha en que obtuvo su estatus migratorio actual.

- Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)
- Permiso de reingreso (I-327)
- Documento de viaje para refugiados (I-571)
- Tarjeta de autorización de empleo (I-766)
- Visa de inmigrante legible por máquina (con idioma temporal I-551)
- Sello temporal I-551 (en pasaporte o I-94/I-94A)
- Pasaporte extranjero
- Registro de llegada/salida (I-94/I-94A)
- Registro de llegada/salida en pasaporte extranjero (I-94)
- Certificado de elegibilidad para el estatus de estudiante no inmigrante (I-20)
- Certificado de elegibilidad para el estatus de visitante de intercambio (DS-2019)
- Aviso de acción (I-797)
- Documento que indique un miembro de una tribu india reconocida a nivel federal o un indio americano nacido en Canadá
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU.
- Documento que indique la suspensión de la deportación (o la suspensión de la deportación)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18 años)
- Acuse de recibo de USCIS

Número de Seguro Social

Envíe uno o más documentos de esta lista. Si no envía documentos aceptables, su ayuda financiera puede cambiar o terminar. Puede optar por enviar más de un documento. Los documentos deben incluir su nombre, apellido y número de seguro social (SSN).

- Tarjeta de Seguro Social
- Declaración de impuestos 1040 (federal o estatal aceptable), incluido el Anexo 1 si presenta uno
- W2 y/o 1099s (incluye 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099S, 1099INT)
- Certificado de exención de retención W4 (aceptable federal o estatal)
- 1095 (incluye 1095A, 1095B, 1095C)
- Documentación de talón de pago
- Documentación de la seguridad social (incluida la 4029)
- Expediente militar
- Tarjeta de identificación militar de EE. UU.
- Tarjeta de identificación de dependiente militar
- Carta de beneficios por desempleo
- Orden judicial que otorga un cambio de nombre que muestra su nombre y apellido original, nuevo nombre y apellido y SSN
- Decreto de divorcio

Ingresos del hogar

Envíe uno o más documentos de esta lista. Si no envía documentos aceptables, su ayuda financiera puede cambiar o terminar. El documento que envíe debe mostrar una cantidad de ingresos anuales que coincida con la cantidad de su solicitud. Si tiene un empleo diferente al que tenía el año pasado, envíe talones de pago recientes de su nuevo empleo en lugar de la declaración de impuestos del año pasado o W2.

Documentos para confirmar ingresos anuales

- 1040 declaración de impuestos federales o estatales. Debe contener su nombre y apellido, cantidad de ingresos y año fiscal. A partir de las declaraciones de impuestos de 2018, si presenta el Anexo 1, debe presentarlo con su 1040.
- Declaración de salarios e impuestos (W-2 y/o 1099, incluidos 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099SS, 1099INT). Debe contener su nombre y apellido, cantidad de ingresos, año y nombre del empleador (si corresponde).
- Talón de pago. Debe contener su nombre y apellido, cantidad de ingresos, período de pago o frecuencia de pago con la fecha de pago. Si el recibo de pago incluye horas adicionales, indique la cantidad promedio de horas adicionales por cheque de pago.
- Documentación del libro mayor de empleo por cuenta propia (puede ser un Anexo C, el estado de pérdidas y ganancias trimestral o anual más reciente, o un libro mayor de empleo por cuenta propia). Debe contener su nombre y apellido, nombre de la empresa y cantidad de ingresos. Si está enviando un libro mayor por empleo de cuenta propia, incluya las fechas cubiertas por el libro mayor y el ingreso neto de ganancias/pérdidas.
- Estados de cuenta del Seguro Social (Carta de Beneficios del Seguro Social). Debe contener su nombre y apellido, cantidad del beneficio y frecuencia de pago.
- Carta de desempleo o carta de beneficios de reajuste comercial. Debe contener el nombre, apellido, fuente/agencia, cantidad del beneficio y duración (fecha de inicio y finalización, si corresponde).
- Explicación escrita. Envíe una carta con su nombre, fecha de nacimiento e ingresos para el año de cobertura. Puede explicar por qué:
 - Su ingreso anual es diferente a nuestras fuentes de datos (por ejemplo, si trabajó más o menos, obtuvo un aumento, perdió su trabajo, se jubiló o comenzó a recibir desempleo).
 - Los ingresos de su trabajo por cuenta propia son diferentes de los que figuran en los documentos que está enviando.
 - Los documentos no están disponibles debido a circunstancias especiales, como un incendio o una inundación.
 - Su ingreso es \$0.

Documentos para confirmar los ingresos del empleo por cuenta propia

- 1040 SE con Schedule C, F o SE
- Anexo K-1 (formulario 1120-S)
- Anexo K-1 (formulario 1065)
- Declaración de impuestos personales (no se aceptan declaraciones de impuestos comerciales)
- Registros de contabilidad
- Recibos de TODOS los gastos permitidos
- Hojas de tiempo firmadas y recibo de nómina, si tiene empleados
- Libro mayor de empleo por cuenta propia
- Estado de pérdidas y ganancias trimestral o anual más reciente

Documentos para confirmar ingresos no derivados del empleo (continúa en la página siguiente)

- Declaración de anualidad
- Declaración de distribución de pensiones de cualquier fuente
- Premios, acuerdos y premios, incluida la carta de adjudicación ordenada por un tribunal
- Prueba de pago de huelga y otros beneficios de los sindicatos
- Recibos de venta u otra prueba de dinero recibido por la venta, intercambio o reemplazo de cosas que posee

Documentos para confirmar ingresos no derivados del empleo (continuación)

- Cuenta de resultados de intereses y dividendos
- 1099-MISC, Ingresos varios
- Comprobante de pagos de bonificación/incentivo

- Comprobante de indemnización por despido
- Comprobante de pago que indique la paga por enfermedad
- Carta, depósito u otra prueba de pagos de compensación diferidos
- Comprobante de pago que indique el sueldo del sustituto/asistente
- Comprobante de pago que muestra el pago de vacaciones
- Prueba de residuos
- Carta, depósito u otro comprobante de pago de reembolso de viaje/negocio

Carta explicativa de los ingresos anuales

¿Quién puede usar este formulario?

Puede usar este formulario si solicitó la cobertura del Mercado y recibió una carta del Mercado que dice que necesita presentar documentos para confirmar su ingreso anual, pero no tiene ninguno de los otros documentos enumerados que son aceptables. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information/documents-and-deadlines para ver una lista de documentos que puede enviar.

¿Qué pasa después?

- Imprima este formulario o descárguelo en su computadora.
- Llénelo utilizando los ingresos de su hogar combinados.
- Cargue o envíe por correo su formulario completo. Cargar es más rápido.

Cómo cargar:

- Inicie sesión en su cuenta del Mercado.
- Seleccione su solicitud actual.
- Seleccione "Detalles de la solicitud", luego "Cargar documentos".
- Seleccione "Carta de explicación" de la lista de tipos de documentos y siga las instrucciones.

Cómo enviar por correo:

- Incluya la página de código de barras impresa que vino con su carta. Si no tiene un código de barras, incluya su nombre completo impreso y la identificación de la solicitud en cada página de su formulario. Su ID de solicitud está cerca de su dirección postal en la parte superior de su carta.
- Envíe el formulario a:
Mercado de Seguros Médicos
Attn: Coverage Processing
465 Industrial Boulevard
London, KY 40750-0001

Obtenga ayuda con este formulario

- En línea: Visite CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report o CuidadoDeSalud.gov/es/income-calculator para ayudar a estimar su ingreso anual esperado.
- Teléfono: Llame al 1-844-477-7500. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.
- En persona: Es posible que haya consejeros en su área que puedan ayudar. Visite AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para obtener más información.
- In English: Call free our Call Center at 1-800-318-2596.
- Otros idiomas: Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al 1-800-318-2596 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos sin costo alguno para usted.

Carta de Explicación

1. Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)

				/				/				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

2. Nombre del solicitante principal: (Esta es la persona que figura primero en su solicitud del Mercado.)

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

--

3. Fecha de nacimiento del solicitante principal: (mm/dd/aaaa)

				/				/				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

4. Número de identificación de la solicitud: (Busque este número en la parte superior de la carta que recibió del Mercado o en su cuenta del Mercado.)

--

5. Mi hogar espera recibir \$

--

 durante el año

--

Ingreso anual (aaaa)

Notas:

- El ingreso anual que informe debe coincidir con el ingreso que informó en su solicitud del Mercado u otra solicitud de seguro médico. Si no es así, actualice su solicitud del Mercado.
- Visite CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report o CuidadoDeSalud.gov/es/income-calculator si necesita ayuda para estimar su ingreso anual esperado.

Recuerde: Es importante ingresar una estimación de ingresos precisa en su solicitud del Mercado. Si los ingresos que ingresó en su solicitud son menores que los ingresos que declara en sus impuestos al final del año, es posible que tenga que devolver parte o la totalidad de su crédito tributario de prima cuando presente su declaración de impuestos. Si su ingreso estimado cambia durante el año, actualice su solicitud del Mercado con esta información de inmediato.

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.

عربية (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 الإفتتاحية. انكر 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 linua 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 iuugnay 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.

