

Aviso Inicial de Verificación Periódica de Datos de Medicaid/CHIP

Cuándo enviamos este aviso: Ocasionalmente, volvemos a verificar la elegibilidad de las personas que reciben el crédito tributario para la prima para ayudar a pagar su plan del Mercado. Si alguien está inscrito tanto en un plan del Mercado como en otro programa (como Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)), ya no califica para recibir ayuda financiera a través del Mercado. Es posible que estos consumidores tengan que devolver parte o la totalidad del crédito tributario que utilizaron después de que comience su cobertura de Medicaid o CHIP. Además, las personas pueden perder la cobertura de CHIP si mantienen su cobertura del Mercado.

Enviamos este aviso si descubrimos que un consumidor del Mercado está inscrito tanto en un plan del Mercado como en Medicaid o CHIP, para que pueda terminar la ayuda financiera de su hogar o terminar su cobertura del Mercado si tiene Medicaid o CHIP, o para que pueda decirle al Mercado que no tiene Medicaid o CHIP.

Lo que este aviso le informa al consumidor: La ayuda financiera del consumidor (crédito tributario para la prima y ahorro de costos) terminará si no se toman medidas antes de la fecha del aviso. Exhortar al consumidor a cancelar su cobertura del Mercado, a actualizar su solicitud para dejar de usar el crédito tributario y permanecer inscrito, o informarnos si no tiene Medicare. El aviso también les informa a los consumidores:

- La fecha en que terminará su ayuda financiera.
- Cómo cancelar su cobertura del Mercado o actualizar su solicitud.

Mercado de Seguros Médicos

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

[Name 1]
[Address]
[City, State ZIP]

[Date]

Fecha de solicitud: [Date]

ID de la solicitud: XXXXXXXXXX

Actúe Ahora: Los miembros de su hogar pueden perder la ayuda financiera del Mercado

Estimado(a) [Name 1]:

Nuestros registros muestran que los siguientes miembros del hogar pueden tener **AMBOS** un plan de salud del Mercado de Seguros Médicos con ayuda financiera y cobertura a través de Delaware Medicaid (Medicaid) o Delaware Healthy Children Program (el Programa de Seguro Médico para Niños o CHIP):

- [Name 1]

En la mayoría de los casos, cuando alguien tiene cobertura a través de Medicaid o CHIP, no califica para la ayuda financiera del Mercado, incluido el crédito tributario y otros ahorros.

¿Qué debo hacer ahora?

Para cada persona mencionada anteriormente, actualice su solicitud del Mercado inmediatamente. Puede optar por cancelar su cobertura del Mercado o informarnos si no tienen (o perderán pronto) Medicaid o CHIP. **Si no toma acción antes del 19 de junio de 2025, cancelaremos su ayuda financiera del Mercado.** Esto significa que tendrán que comenzar a pagar el precio total de la prima del plan del Mercado y los servicios cubiertos. También es posible que tengan que reembolsar todo o parte del crédito tributario para la prima que utilizaron cuando presenten su declaración federal de impuestos el próximo año. Si tienen CHIP y eligen mantener la cobertura del Mercado a costo completo, es posible que ya no sean elegibles para la cobertura de CHIP.

La cobertura del Mercado continuará para cualquier persona en el plan que no esté en la lista anterior. Volveremos a verificar su información para averiguar si aún son elegibles para recibir ayuda financiera.

Siga los pasos a continuación según la situación de cada persona:

Si:	Debe:	Así es cómo:
Todas las personas en su solicitud tienen cobertura del Mercado con ayuda financiera y Medicaid o CHIP.	Cancelar su cobertura del Mercado antes del 19 de junio de 2025.	Inicie sesión en su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud actual. Luego seleccione Mis planes y Programas y elija Finalizar toda la cobertura. Debe seleccionar la fecha de finalización de su cobertura antes del 19 de junio de 2025.
Alguien mencionado anteriormente tiene cobertura del Mercado con ayuda financiera y Medicaid o CHIP.	Finalizar su cobertura del Mercado antes del 19 de junio de 2025 actualizando su solicitud.	Inicie sesión en su cuenta del Mercado y actualice su solicitud actual. Para cada persona que tenga Medicaid o CHIP, seleccione "Editar" en la pregunta quién necesita cobertura de salud. Cambie el estado de cada persona a "No", indicando que no necesitan cobertura. Complete y envíe su solicitud actualizada, luego continúe con los siguientes pasos de inscripción para confirmar la cobertura del Mercado para otros miembros del hogar que no tienen Medicaid o CHIP. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/how-to-cancel-a-marketplace-plan y responda algunas preguntas para averiguar cómo cancelar la cobertura del Mercado.
Alguien mencionado anteriormente tiene cobertura del Mercado, pero no tiene Medicaid ni CHIP.	Actualizar su solicitud para mantener su cobertura en el Mercado, luego confirme su inscripción.	Inicie sesión en su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud actual. Actualice su solicitud para informar un cambio en su vida. En la pregunta sobre la cobertura de salud actual, asegúrese de seleccionar "Cobertura del Mercado" para estos miembros. Firme y envíe la solicitud, luego continúe con los siguientes pasos de inscripción para confirmar la inscripción en el plan para cada persona que mantiene la cobertura del Mercado.

Alguien mencionado anteriormente se enteró recientemente de que pronto perderá Medicaid o CHIP.	<p>Mantener su cobertura en el Mercado.</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud actual. Actualice su solicitud y díganos cuándo termina su cobertura de Medicaid o CHIP. Es posible que califique para un Período Especial de Inscripción para cambiar de plan del Mercado.</p> <p>Actualice cualquier otra información en la solicitud según sea necesario, luego firmela y envíela. Revise su Aviso de Elegibilidad, que mostrará el cambio en la cobertura.</p> <p>Luego, continúe con los siguientes pasos de inscripción para confirmar la inscripción en el plan para cada persona que mantenga la cobertura del Mercado.</p>
---	---	---

También puede ver estos pasos en su cuenta del Mercado – Inicie sesión en CuidadoDeSalud.gov, seleccione su solicitud actual y luego visite Detalles de la Solicitud para los próximos pasos.

Si no está seguro de si alguna de las personas antes mencionadas tiene Medicaid o CHIP, o si tiene otras preguntas sobre la cobertura de Medicaid o CHIP, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP:

- **Medicaid:** Visite CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip, desplácese hacia abajo hasta "Solicitar Medicaid y CHIP de 2 maneras" y seleccione su estado en el menú desplegable.
- **CHIP:** Visite InsureKidsNow.gov o llame al 1-877-543-7669.

Para cualquier persona que ya esté inscrita en un plan del Mercado, asegúrese de actualizar su solicitud existente con cualquier cambio en su vida que haya ocurrido desde la última vez que solicitó la cobertura del Mercado (como cambios en los ingresos del hogar, tamaño de la familia, ciudadanía o estatus migratorio). Informar estas actualizaciones asegurará que cada miembro de la familia sea revaluado para la cobertura de Medicaid o CHIP o ayuda financiera para la cobertura del Mercado según la información actual de su hogar.

Para obtener más ayuda

- Visite 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. Hay información disponible en 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, 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/privacy). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230, 45 CFR 155.335 y otras disposiciones de 45 CFR parte 155, subparte D. El PII utilizado para crear este aviso se recolectó 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 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/ocr/civilrights/complaints (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.

This Notice Has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through the Health Insurance Marketplace®. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1-800-318-2596 and wait through the opening. When an agent answers, state the language you need and you'll be connected with an interpreter.

العربية (Arabic) يحتوي هذا الإشعار على معلومات هامة بخصوص طلبك أو تغطيتك من خلال سوق التأمين الصحي. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى اتخاذ إجراء في مواعيد معينة لحفظ تغطيتك الصحية أو للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بذلك من دون أي تكاليف. اتصل بالرقم 1-800-318-2596 وانتظر عند سمعك الممثل. عندما يجيبك الممثل قم بتحديد اللغة التي تحتاج و سيجري وصلك بالمترجم.

中文 (Chinese) 本通知包含您通过健康保险市场的申请或保险范围方面的重要信息。查阅本通知中的重要日期。您可能需要在某些截止日期前采取行动以续保或有助于节省某些费用。您有权免费获取本信息以及您所使用语种的帮助。请致电 1-800-318-2596 并聽完全部錄音。當有代表接聽時，請說明您所需的語種，屆時將有譯員與您聯繫。

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

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

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

ગુજરાતી (Gujarati) આ સૂચનામાં આરોગ્યવીમામાર્કેટસ્થળ સમારફતેતમારી અરજી અથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેની મહત્વની માહિતી છે. આ સૂચનામાં મહત્વની તારીખોમાટે જુઓ. તમે તમારા આરોગ્ય આવરી લેવા અથવા ખર્ચમાં મેદદ કરવા માટે અમૃક્યોક્સ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં દ્યાનમાં રાખી નેપગલાં લેવાની જરૂરપડે છે. મને કોઈ પણ ખર્ચ વિનાતમારી ભાષામાં આજાણકારી અને મેદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારફત રાહ જુઓ. એક એજન્ટ જવાબ આપે, ત્યારે તેમને તમે જરૂરી ભાષા જણાવો અને તમને ફુલાણિયો સાથે જોડવા માં આવશે.

Italiano (Italian) Questo avviso contiene importanti informazioni. Questo avviso contiene importanti informazioni riguardo la sua richiesta o copertura assicurativa tramite l'Health Insurance Marketplace. Controlli le date più importanti di questo avviso. Potrebbe avere la necessità di compiere alcune azioni al fine di conservare la sua copertura medica o per ridurne i costi. Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed assistenza nella sua lingua senza costi aggiuntivi. Chiama all'1-800-318-2596 e resti in attesa del primo operatore disponibile. Quando un nostro operatore risponderà, comunichi la lingua di cui ha bisogno e sarà collegato/a con un interprete.

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



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

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

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

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

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

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

Tiếng Việt (Vietnamese) Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin của quý vị hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình Thị trường bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Xin xem những ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Xin gọi 1-800-318-2596 và đợi nghe hết lời mở đầu. Khi nghe một nhân viên trả lời, hãy nói ngôn ngữ của mình là gì và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

