

Reminder Letter with Specific Assister Name and Contact Information

When do we send this letter?

If a consumer (or someone in their household) recently lost or will soon lose Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage, the state agency sends the consumer's application information to the Marketplace. We'll send a reminder letter like this one if at least a month has passed since we got the consumer's information and we can't confirm if they've enrolled in other health coverage. This version of the reminder letter includes the name and contact information of the specific assister organization that may reach out directly to help the consumer.

What does this letter tell the consumer?

This letter:

- Reminds the consumer they (or other members of their household) may qualify to buy a Marketplace plan and get help with costs.
- Encourages the consumer to complete and submit a new or updated Marketplace application, and describes the steps they need to take.
- Includes the name and contact information for a local assister organization that we matched to the household. The consumer can contact the organization for help with the application process, or the organization may reach out directly to help the consumer or other household members apply for Marketplace coverage.
- Tells consumers to visit [HealthCare.gov/find-local-help](https://www.healthcare.gov/find-local-help) if they'd like to get enrollment help from different assisters, agents, or brokers in their area.

Carta de recordatorio con el nombre del asistente específico e información de contacto

¿Cuándo enviamos esta carta?

Si un consumidor (o alguien en su hogar) perdió recientemente o pronto perderá la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), la agencia estatal envía la información de la solicitud del consumidor al Mercado. Le enviaremos una carta de recordatorio como ésta si ha pasado al menos un mes desde que recibimos la información del consumidor y no podemos confirmar si se ha inscrito en otra cobertura de salud. Esta versión de la carta de recordatorio incluye el nombre y la información de contacto de la organización de asistencia específica que puede comunicarse directamente para ayudar al consumidor.

¿Qué le dice esta carta al consumidor?

Esta carta:

- Le recuerda al consumidor que él (u otros miembros de su hogar) pueden calificar para comprar un plan del Mercado y obtener ayuda con los costos.
- Alienta al consumidor a completar y enviar una solicitud del Mercado nueva o actualizada, y describe los pasos que debe seguir.

- Incluye el nombre y la información de contacto de una organización de asistencia local que relacionamos con el hogar. El consumidor puede comunicarse con la organización para obtener ayuda con el proceso de solicitud, o la organización puede comunicarse directamente para ayudar al consumidor u otros miembros del hogar a solicitar la cobertura del Mercado.
- Indica a los consumidores que visiten CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help si desean obtener ayuda con la inscripción de diferentes asistentes, agentes o corredores en su área.

Health Insurance Marketplace

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

[Name 1]

[Date]

[Address]

[Address]

Need health insurance? You may be able to get help paying for a plan through the Health Insurance Marketplace®

Our records show that you recently lost or may soon lose health coverage through [state Medicaid program name] (Medicaid) or [state CHIP Name] (CHIP). If you or others in your household need coverage, you can find a plan through the Health Insurance Marketplace®, and you may be able to get help with costs. These are quality health plans that cover prescription drugs, doctor's visits, hospitalizations and more. Act soon!

What should I do next?

If you are not sure if you have lost or will be losing coverage, contact [state Medicaid program name] (Medicaid) or [state CHIP Name] (CHIP).

If you need health coverage, submit a new or updated Marketplace application right away to see if you (or other members of your household) can buy a Marketplace plan and get help with costs. **It only takes a few steps to see if you can get covered.** Visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to get started.

For more help

If you have questions about Marketplace coverage or applying, need help in another language, or want this information in an accessible format (like large print, braille, or audio), help is available:

- Visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)
- Call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)

A Marketplace Assister, [Organization Name], may reach out to help you and other household members enroll in coverage. Marketplace Assistors provide free and impartial enrollment assistance. You can contact [Organization Name, Assister ID] at [Phone Number] or visit [Organization Website]. You can also get more information about help in your local area at [HealthCare.gov/find-local-help](https://www.healthcare.gov/find-local-help).

If you're an American Indian or an Alaska Native who's a member of a federally recognized tribe, visit [HealthCare.gov/american-indians-alaska-natives/coverage](https://www.healthcare.gov/american-indians-alaska-natives/coverage) to learn more about available benefits.

Sincerely,

Health Insurance Marketplace
Department of Health and Human Services
465 Industrial Boulevard
London, Kentucky 40750-0001

Privacy Disclosure: The Health Insurance Marketplace® protects the privacy and security of the personally identifiable information (PII) that you have provided (see [HealthCare.gov/privacy](https://www.healthcare.gov/privacy)). This notice was generated by the Marketplace based on 45 CFR 155.230 and other provisions of 45 CFR part 155, subpart D. The PII used to create this notice was collected from information you provided to the Health Insurance Marketplace®. The Marketplace may have used data from other federal or state agencies or a consumer reporting agency to determine eligibility for the individuals on your application. If you have questions about this data, contact the Marketplace at 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1207.

Nondiscrimination: The Health Insurance Marketplace® doesn't exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, disability, sex, or age. If you think you've been discriminated against or treated unfairly for any of these reasons, you can file a complaint with the Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visiting [hhs.gov/ocr/civilrights/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints), or writing to the Office for Civil Rights/ U.S. Department of Health and Human Services/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health and Human Services.

Mercado de Seguros Médicos

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

¿Necesita seguro médico?

Es posible que pueda obtener ayuda para pagar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos

Nuestros registros muestran que recientemente perdió o podría perder pronto la cobertura de salud a través de [state Medicaid program name] (Medicaid) o [state CHIP name] (CHIP). Si usted u otras personas en su hogar necesitan cobertura, puede encontrar un plan a través del Mercado de Seguros Médicos, y también puede obtener ayuda con los costos. Estos son planes de salud de calidad que cubren medicamentos recetados, visitas al médico, hospitalizaciones y más. ¡Actúe pronto!

¿Qué debo hacer ahora?

Si no está seguro de si ha perdido o perderá la cobertura, comuníquese con [state Medicaid program name] (Medicaid) o [state CHIP Name] (CHIP).

Si necesita cobertura médica, envíe una solicitud del Mercado nueva o actualizada de inmediato para ver si usted (u otros miembros de su hogar) pueden comprar un plan del Mercado y obtener ayuda con los costos. **Sólo toma unos pocos pasos para ver si puede obtener cobertura.** Visite CuidadoDeSalud.gov para comenzar.

Para obtener más ayuda

Para preguntas sobre la cobertura del Mercado, cómo solicitar, ayuda en otro idioma o si desea esta información en un formato accesible (como letra grande, braille o audio), hay ayuda disponible:

- Visite CuidadoDeSalud.gov
- Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325)

Un Asistente del Mercado, [Organization Name], puede comunicarse para ayudarle a usted, y a otros miembros de su hogar, inscribirse en un plan. Los asistentes del Mercado ofrecen ayuda gratuita e imparcial. Puede comunicarse con [Organization Name, Assister ID] al [Phone Number] o visitar [Organization Website]. También puede obtener más información sobre ayuda disponible en su área en CuidadoDeSalud.gov/find-local-help.

Si es indígena estadounidense o nativo de Alaska y es miembro de una tribu reconocida a nivel federal, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/american-indians-alaska-natives/coverage/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/american-indians-alaska-natives/coverage/) para más información sobre los beneficios disponibles.

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) que usted ha proporcionado (consulte [CuidadoDeSalud.gov/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/privacy)). Este aviso fue generado por el Mercado sobre la base de 45 CFR 155.230 y 45 CFR parte 155, subparte D. La PII utilizada para crear este aviso se recopiló de la información que usted proporcionó al Mercado de Seguros Médicos. Es posible que el Mercado haya utilizado datos de otras agencias federales o estatales o de una agencia de informes del consumidor para determinar la elegibilidad de las personas en su solicitud. Si tiene preguntas sobre estos datos, comuníquese con el 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 recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación 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), visite 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.

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 للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 1-800-318-2596 و انتظر عند سماعك الافتتاحية. 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，請說明您所需的语种，届时将有译员与您联系。

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 સમારકતેતમારીઅરજીઅથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેનીમહત્વનીમાહિતીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારાઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઇપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજાણકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારફતે રાહ જુઓ. એક એજન્ટ જવાબ આપે, ત્યારે તેમને તમે જરૂરી ભાષા જણાવો અને તમને દુભાષિયો સાથે જોડવામાં 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 ridurre i costi. Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed assistenza nella sua lingua senza costi aggiuntivi. Chiami 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 kaseguruhan 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.

