

# Mi Lista de Verificación para la Solicitud del Mercado

Cuando visite **CuidadoDeSalud.gov** para solicitar o volver a inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros Médicos, tendrá que proveer esta información sobre usted y su familia:

<input type="checkbox"/>	Información sobre el tamaño de su familia. Averigüe quién en su hogar debe incluirse antes de iniciar su solicitud. Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size">CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size</a> para obtener ayuda para decidir a quién incluir en su hogar.
<input type="checkbox"/>	La dirección residencial y/o postal para cada persona solicitando cobertura.
<input type="checkbox"/>	Información sobre todas las personas solicitando cobertura, como los números de Seguro Social y las fechas de nacimiento.
<input type="checkbox"/>	Información sobre el profesional que le ayudó a solicitar, si está recibiendo ayuda para completar su solicitud. Esto podría ser un agente, asistente o corredor.
<input type="checkbox"/>	Información sobre cómo presentar su declaración de impuestos para 2026.
<input type="checkbox"/>	Información sobre su empleador y sus ingresos para todos los miembros de su hogar (por ejemplo, comprobantes/talones/recibos de pagos/cheques o Formularios W-2). Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size">CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size</a> para obtener información sobre que tipo de ingresos de incluir.
<input type="checkbox"/>	Un estimado de lo que su ingreso familiar será en 2026. Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report">CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report</a> para obtener ayuda.
<input type="checkbox"/>	Números de póliza de sus planes médicos actuales.
<input type="checkbox"/>	Información sobre cualquier plan basado en el empleo para el que usted o alguien en su hogar sea elegible. Puede usar la Herramienta de Cobertura del Empleador para ayudar a recopilar esta información. (Querrá completar esta hoja de trabajo incluso para la cobertura para la que es elegible pero no se inscribió). Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/downloads/employer-coverage-tool.pdf">CuidadoDeSalud.gov/es/downloads/employer-coverage-tool.pdf</a> para ver o imprimir el documento.
<input type="checkbox"/>	Avisos de su plan actual que incluyan el número de identificación del plan, si tiene o tuvo cobertura médica del Mercado en 2025.
<input type="checkbox"/>	Información de los documentos para inmigrantes legales y ciudadanos naturalizados.

CMS Producto No. 11686-S • Septiembre 2025

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice](https://www.CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice) (en inglés)

o llame al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-855-889-4325.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



**CuidadoDeSalud.gov**