

Modelo de Aviso de Elegibilidad del Mercado de Seguros Médicos

El Mercado produce avisos de determinación de elegibilidad cuando los consumidores solicitan cobertura o informan cambios de vida a través del Mercado.

Modelo de aviso: Determinación de elegibilidad individual para APTC/CSR

Ejemplo: Julia Smith, una adulta soltera que gana \$23,000 al año, solicita ayuda del Mercado de Seguros Médicos para pagar por cobertura, durante el Período de Inscripción Abierta.

Resultado: Se determina que Julia Smith es elegible para el crédito fiscal anticipado para la prima (APTC en inglés) y reducciones por gastos compartidos (CSR en inglés), y se determina que no es elegible para Medicaid.

El aviso también incluye información educativa estándar para el consumidor, explicando la deducción fiscal, las reducciones por costos compartidos, la elegibilidad de Medicaid, y el proceso de apelación, a partir de la página 7.

Nota: Los mensajes del Mercado de seguros en cuanto a determinaciones de elegibilidad varían grandemente, dependen de las circunstancias específicas del individuo(s) que está solicitando, y de cuándo solicita (por ejemplo, si solicita durante el Período de Inscripción Abierta o si califica para un Período Especial de Inscripción).

Julia Smith
[dirección]
City, NJ ZIP code

[fecha]

Fecha de la solicitud: [fecha]

Número de Identificación de Solicitud: [número]

Importante: Sus **Resultados de Elegibilidad** para cobertura del Mercado de Seguros Médicos. **ACCIÓN PUEDE SER REQUERIDA.**

Hemos revisado su solicitud para ver si puede obtener cobertura médica a través del Mercado de seguros y ayudar a pagar por cobertura y servicios médicos a través de:

- Una deducción fiscal que se puede utilizar de inmediato para reducir sus costos mensuales de las primas
- Planes médicos que reducen los costos de su bolsillos
- NJ FamilyCare (Medicaid) y NJ FamilyCare (Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)), que son programas conjuntos federales y estatales que ayudan con los costos médicos de personas con ingresos limitados o necesidades de cuidados médicos especiales

Guarde este aviso. Incluye información importante sobre fechas que pueden afectar su elegibilidad para cobertura, sus costos y próximos pasos.

Sus Resultados de Elegibilidad

Examine el cuadro siguiente para ver los resultados de su solicitud. Julia Smith - Según la información facilitada en la solicitud, tal vez tenga necesidades de cuidados médicos especiales tales como el necesitar ayuda con su vida diaria o una incapacidad. Tal vez usted pueda obtener más servicios médicos y pagar menos. El Mercado de seguros está transfiriendo su información a NJ FamilyCare para ver si califica para obtener más servicios médicos. Podrá mantener cualquier otra cobertura médica para la cual sea elegible mientras NJ FamilyCare revisa su información. NJ FamilyCare se comunicará con usted.

Miembro(s) de la familia	Resultados	Próximos pasos
Julia Smith	<ul style="list-style-type: none"> Elegible para un periodo de inscripción especial 	
Julia Smith	<ul style="list-style-type: none"> Elegible para un crédito fiscal (\$320.00 cada mes, que es de \$3,840.00 anual, para su unidad familiar). Este cálculo se basa en el ingreso familiar anual de \$23,000.00. Esta es la cantidad que proporcionó en su solicitud del Mercado o la cantidad proveniente de las fuentes de datos de los ingresos disponibles más recientes. Elegible para comprar cobertura médica a través del Mercado de seguros médicos. Puede elegir un plan médico con copagos, coseguro, y deducibles reducidos (05) 	<ul style="list-style-type: none"> Elija un plan médico y haga el pago del primer mes.

Si sus **Resultados de Elegibilidad** indican que es elegible para un crédito fiscal o reducciones de los gastos compartidos significa que parece no ser elegible para Medicaid debido al ingreso de su hogar y el tamaño de su familia o su estatus migratorio. Sin embargo, usted puede ser elegible para Medicaid si tiene una incapacidad o necesidades de cuidado médico especial. Para aprender más, visite CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities o vea "4. Cómo obtener ayuda con los costos de necesidades de cuidado médico especial" en la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año. Asegúrese de guardarlo, ya que puede no ser incluido en avisos subsiguientes.)

¿Por qué no califico para otros programas?

- Julia Smith – No es elegible para Medicaid porque los ingresos mensuales de su familia (\$1,916.67) sobrepasan el límite de ingresos para Medicaid en su estado.

¿Qué debo hacer ahora?

Esto es lo que cada persona en su hogar tiene que hacer para tomar los "Próximos pasos" que se enumeran en sus **Resultados de Elegibilidad**. Si sus "Próximos pasos" le dicen que envíe más información, siga las instrucciones. Si no lo hace, podría perder para lo que usted califica ahora porque su información no coincide con los datos que tenemos o no podemos verificar toda la información en su solicitud.

- Julia Smith - **Inscríbase en la cobertura ahora.** Compare planes médicos, elija un plan médico, e inscríbase para cobertura. Si usted aún no tiene una cuenta del Mercado de seguros, necesitará le Número de identificación de la solicitud que aparece impreso en este aviso. Usted puede elegir un plan de 2 diferentes maneras:

- Inscríbase después de completar su solicitud. En la mayoría de los casos, puede solicitar e inscribirse en una sola sesión. O regrese a CuidadoDeSalud.gov y conéctese de nuevo para comparar los planes e inscribirse.
- Si usted solicitó por otro método, como por ejemplo una solicitud impresa o por teléfono, usted puede:
 - Compare planes e inscríbase a través de CuidadoDeSalud.gov. Usted deberá crear una cuenta del Mercado de seguros si aún no tiene una. Visite el sitio Web CuidadoDeSalud.gov, haga clic en el botón “Ingresar a su cuenta” en la parte superior derecha de su pantalla, y a continuación haga clic en “Crear una cuenta” antes de elegir su plan.
 - Comparar planes e inscribirse por teléfono. Llame al Centro de Llamadas del Mercado de seguros para obtener asistencia.
- Inscríbase en o antes del 31 de enero de 2017
 - La Inscripción Abierta para el Mercado de seguros termina el 31 de enero, así que usted deberá inscribirse en un plan y pagar la factura del primer mes (de la “prima”) para esa fecha.
 - Si se le pasa la fecha límite, tal vez usted no pueda inscribirse en un plan de seguro médico a través del Mercado de seguros hasta el próximo Periodo de Inscripción Abierta, a menos que califique para un Periodo Especial de Inscripción.
 - Usted y cualquier persona de su familia que no tenga cobertura médica calificada por un periodo de tres meses o más en el transcurso del año, tal vez tenga que pagar una penalidad, a menos que califique para una exención.
- Para más información, visite CuidadoDeSalud.gov/es/apply-and-enroll/how-to-apply/.
- Si sus **Resultados de Elegibilidad** indican que usted o alguno de sus familiares son o pueden ser elegibles para cobertura gratis o a bajo costo a través de sus programas estatales de Medicaid o CHIP. La agencia estatal se comunicará con usted para darle más información sobre sus beneficios de salud, servicios y cuánto pagará por los mismos. Si ellos no se comunican con usted, llámelos al número de teléfono que aparece al final de este aviso. Cuando es elegible para Medicaid o CHIP, todavía puede comprar un plan del Mercado, pero no recibirá ayuda para pagarlo. Medicaid y CHIP son programas gratuitos o de bajo costo, por lo que si usted califica para cualquiera de ellos no califica para créditos fiscales. Si alguien está inscrito en Medicaid, al mismo tiempo que están usando los pagos adelantados del crédito fiscal tendrán que devolver la cantidad recibida estos créditos fiscales cuando presenten sus impuestos.

¿Cuándo empieza la cobertura del Mercado?

Dado que nos informó que recientemente perdió su cobertura médica o se le negó la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), la cobertura de su plan empezará el primer día del mes luego de haber seleccionado un plan (después del 1 de enero de 2017).

- Por ejemplo, para que la cobertura empiece el 1 de mayo, seleccione un plan antes del 30 de abril.
- Debe pagar la prima del primer mes antes de que empiece la cobertura.
- Debe seleccionar su plan antes [fecha].

¿Qué ocurre si la información indicada en mi solicitud cambia durante el año?

Si las circunstancias han cambiado y la información que nos dio cuando solicitó ya no es correcta, es necesario que nos informe dentro de los 30 días del cambio. Los cambios pueden afectar su elegibilidad para:

- Créditos fiscales
- Inscripción en un plan con copagos más bajos, coseguro y deducibles
- Cobertura a través de NJ FamilyCare o NJ FamilyCare

Si usted es elegible para un crédito fiscal y decide usarlo por adelantado para pagar sus primas pero no reporta un cambio que pueda afectar su elegibilidad, podría tener que devolver una parte o todo su crédito fiscal cuando presente su declaración de impuestos. Algunos cambios pueden hacer que sea elegible para un crédito fiscal mayor o una nueva ayuda con los costos. Para obtener una lista de los cambios que debe informar, consulte "1. Reportar cambios" en la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año. Asegúrese de guardarlo, ya que puede no ser incluido en avisos subsiguientes.)

Si se inscribe en un plan del Mercado y más tarde es elegible para otra cobertura mínima esencial, como Medicaid, CHIP, Medicare o la cobertura por medio de un trabajo, usted no será elegible para recibir los anticipos del crédito fiscal, pero puede mantener su plan del Mercado y pagar la prima completa. Si es elegible para otra cobertura, debe comunicarse con el Mercado para poner fin a los pagos anticipados de sus créditos fiscales e informar al Mercado si también quiere terminar su plan médico. Si no cancela los pagos anticipados de sus créditos fiscales, la persona que presenta los impuestos a su nombre tendrá que pagar los créditos fiscales cuando presente su declaración de impuestos.

Para informar sobre los cambios de vida, visite CuidadoDeSalud.gov y seleccione su solicitud actual, y seleccione "Informar sobre un cambio de vida." También puede ponerse en contacto con el Centro de Llamadas del Mercado. Si este aviso dice que usted es elegible para NJ FamilyCare o NJ FamilyCare, o póngase en contacto con la agencia estatal al número de teléfono que aparece al final de esta notificación.

Si utiliza los pagos adelantados del crédito fiscal para las primas para ayudar a pagar su prima del Mercado, tiene que presentar una declaración de impuestos para reportar estos pagos aunque no suela presentar una

declaración de impuestos.

¿Qué debo hacer si pienso que mis Resultados de elegibilidad están equivocados?

Si piensa que hemos cometido un error, puede apelar la determinación final de elegibilidad al Centro de Apelaciones del Mercado. Esto incluye la elegibilidad para comprar cobertura en el Mercado de seguros, créditos fiscales para la prima, reducción de costos compartidos y períodos de inscripción. Ver a continuación para más información sobre, NJ FamilyCare, o NJ FamilyCare. Tenga en cuenta que:

- Si necesita servicios médicos de inmediato y una demora podría poner en peligro su salud, puede solicitar una apelación rápida (acelerada) utilizando el formulario de solicitud de apelación o enviando un fax o una carta a la dirección indicada más abajo.
- Puede representarse a sí mismo o designar un representante que le ayude con su apelación. Esta persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado o alguien más.
- Puede solicitar a mantener su elegibilidad durante su apelación. Si era previamente elegible para la cobertura del Mercado o ayuda financiera y cambia su elegibilidad, puede apelar este cambio. En este caso, es posible que pueda mantener su elegibilidad anterior durante su apelación.
- El resultado de la apelación podría cambiar la elegibilidad de los otros miembros de su familia, incluso si no solicitan por una apelación.
- Si desea apelar una denegación de elegibilidad para Medicaid, puede elegir que su apelación sea oída por el Centro de Apelaciones del Mercado, que es la entidad de apelación para el Mercado de Seguros Médicos o su apelación puede ser escuchado por su agencia estatal de Medicaid.
- Para más información sobre el proceso de apelación estatal de Medicaid, comuníquese con su agencia estatal de Medicaid al número que se incluyen al final de este aviso.

¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una apelación?

Generalmente, tiene 90 días desde la fecha de su aviso de elegibilidad para solicitar una apelación. Sin embargo, hay ocasiones en que no puede ser apelada su elegibilidad:

- Si este aviso dice que alguien tiene que "enviar más información al Mercado", entonces debe seguir los pasos descritos en la sección "¿Qué debo hacer ahora?" de este aviso. Hasta que no cargue o envíe por correo los documentos y sus datos para resolver la inconsistencia, el aviso de elegibilidad no es una determinación final de elegibilidad y no puede ser apelado.
- Si usted tiene que enviar más información a su oficina estatal de Medicaid o CHIP, su aviso de elegibilidad no es una determinación de elegibilidad final para la cobertura Medicaid o CHIP y no puede ser apelada.

¿Cómo solicito una apelación?

- Visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals para obtener una Solicitud de Apelación de su estado; o
- Escriba una carta solicitando una apelación. Incluya su nombre, dirección, y la razón por la que solicita la apelación. Si está solicitando una apelación para otra persona (como su hijo), también incluya su nombre.

Luego, envíe por fax su solicitud de apelación a la línea segura de fax: 1-877-369-0130, o envíelo por correo a:

Mercado De Seguros Médicos
ATTN: Apelaciones
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0061

Para más ayuda

- Visite CuidadoDeSalud.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios TTY deben llamar al 1-855-889-4325. También puede hacer una cita con un asistente para recibir ayuda. La información está disponible en AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov.
- Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid al toll-free:1-800-701-0710 (TTY:1-800-701-0720) para información sobre NJ FamilyCare. Para más información sobre su programa estatal CHIP, comuníquese con State of New Jersey Department of Human Services, Division of Medical Assistance and Health Services al toll-free:1-800-701-0710 (TTY:1-800-701-0720).
- Servicios de Ayuda de Idioma. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. La información acerca de cómo tener acceso a estos servicios de ayuda de idioma se incluye con este aviso, como página aparte. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para obtener información acerca de estos servicios.
- Si tiene una incapacidad y necesita arreglos razonables, llame al Mercado de Seguros. Estas acomodaciones están disponibles sin costo alguno.

Para obtener más información, sobre créditos fiscales, costos de su bolsillo reducidos y elegibilidad de Medicaid, visite CuidadoDeSalud.gov o vea la sección titulada "Cómo Entender sus Resultados de Elegibilidad". (Esta sección sólo estará incluida con su primer aviso de elegibilidad de cobertura cada año.).

Sinceramente,

Mercado de Seguros Médicos
Departamento De Salud y Servicios Humanos
465 Industrial Boulevard
London, Kentucky 40750-0001

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

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 www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/) Este aviso fue generado por el Mercado según 45 CFR 155.230 y 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, 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, 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.

Entender sus Resultados de Elegibilidad

Estas páginas incluyen información importante sobre:

1. Reportar cambios
2. Cómo enviar más información
3. Apelar
4. Obtener ayuda con el costo de necesidades especiales de salud
5. Cobertura para las familias inmigrantes
6. Crédito fiscal para la prima
7. Menores costos fuera de su bolsillo
8. Medicaid y CHIP

1. Reportar Cambios

Si está inscrito en un plan médico a través del Mercado y la información en su solicitud cambia, informe los cambios en un plazo de 30 días. Si no informa los cambios, puede que no obtenga todos los ahorros para los que es elegible. Si está recibiendo un crédito fiscal para la prima, es posible que tenga que devolver parte o la totalidad de los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima cuando haga su declaración de impuestos. Ejemplos de cambios que debe informar incluyen:

- Mudarse.
- Cambios en el ingreso del hogar, especialmente si su hogar recibirá más dinero de lo que estimó en su solicitud. La tabla de **Resultados de Elegibilidad** mostrará la cantidad de ingresos que se utilizó para determinar su ayuda con los costos, si es elegible para esta ayuda.
- Cambios en el tamaño del hogar. Por ejemplo, alguien en su hogar se casa o se divorcia, está embarazada, o tiene un hijo; o su hijo se muda o no será reclamado como dependiente.
- Un cambio en el plan para presentar su declaración federal de impuestos para el año que está recibiendo la cobertura del Mercado, como si va a reclamar nuevos dependientes en su declaración de impuestos.
- Estar calificado para otra cobertura de salud.
- Los cambios en el estado de inmigración, como si su visa expira y no se renueva.
- Estar encarcelado (cárcel), que no sea en la espera de la disposición de los cargos.

Para reportar cambios, visite CuidadoDeSalud.gov, seleccione su solicitud actual, luego seleccione “Reportar un cambio de vida.” También puede comunicarse en el Centro de Llamadas del Mercado.

Si se inscribe en su programa estatal de Medicaid o CHIP

Debe reportar cualquier cambio que pudiera afectar a su cobertura médica, como los mencionados anteriormente. Recibirá instrucciones de cómo informar de los cambios en la carta de inscripción que el estado le enviará. También puede llamar a la agencia estatal de Medicaid al número de teléfono incluido con este aviso.

2. Cómo enviar más información

Puede haber momentos en que necesita enviar los documentos para verificar alguna información en su solicitud. O es posible que sólo necesite más información antes de poder procesar su solicitud.

Si este aviso dice que necesita enviar más información, visite CuidadoDeSalud.gov e inicie sesión en su cuenta del Mercado, a continuación, siga los pasos de cargar documentos. Esta es la manera más rápida de obtener sus documentos procesados. También puede enviar por correo las copias.

Esto es lo que se necesita:

- Su cuenta del Mercado. El contacto principal del hogar para su solicitud del Mercado puede visitar CuidadoDeSalud.gov e ingrese a cargar documentos.
- El archivo electrónico del documento que tiene que cargar:
 - Debe ser .pdf, .jpeg, .jpg, .gif, .xml, .png, .tiff, o .bmp.
 - No puede ser mayor que 10 MB.
 - El nombre del archivo no puede incluir dos puntos, punto y coma, asterisco, o cualquier otro carácter especial. Aquí hay algunos ejemplos de caracteres especiales que no pueden estar en el nombre del archivo: / \ : * ? " < > .

Cuando esté listo para cargar su documento electrónico:

- Visite CuidadoDeSalud.gov e inicie sesión en su cuenta del Mercado.
- Seleccione el botón verde "Comenzar una nueva solicitud o actualizar una existente."
- Haga clic en su nombre en la parte superior derecha de la pantalla y seleccione "Mis solicitudes y cobertura" del menú desplegable.
- Seleccione su solicitud bajo "Sus solicitudes existentes." Luego use el menú del lado izquierdo de su pantalla para hacer clic en "Detalles de la solicitud."
- Seleccione el botón verde "Cargar documentos" o "Cargar más documentos" a la derecha de cada inconsistencia que necesita resolver. Si tiene más de una, trabájelas una a la vez.
- Siga las instrucciones en su pantalla para cargar su documento.
 1. Haga clic en "Seleccionar archivo para cargar" para elegir el tipo de documento. Si tiene que resolver más de una inconsistencia, puede expandir o cerrar cada una a medida que trabaja en éstas.
 2. Busque el documento en su computadora, seleccione el documento y haga clic en "Cargar". Cuando la carga se realiza correctamente, aparece una marca al lado del nombre del archivo.
 3. Después de que el documento se ha cargado correctamente, aparecerá junto a la inconsistencia "Enviado" en la pestaña "Detalles de la solicitud".
 4. Pase a la siguiente inconsistencia. Repita los pasos 1 - 3 para cargar los documentos para cada una.

Si está teniendo problemas para cargar un documento, debe enviar copias. No envíe documentos originales. Si su aviso de **Resultados de Elegibilidad** incluye una página de código de barras impreso, incluya una copia de la misma. También puede incluir su nombre impreso y la identificación de la solicitud de sus **Resultados de Elegibilidad** cuando envía sus documentos.

Mantenga todos los originales. Envíe por correo copias de los documentos a:

Mercado de Seguros Médicos
Attn: Cobertura
465 Industrial Boulevard
London, Kentucky 40750-0001

También puede comunicarse con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2696. Usuarios TTY deben llamar al 1-855-889-4325. La llamada es gratuita.

3. Información adicional sobre las apelaciones

Si cree que sus **Resultados de elegibilidad** son incorrectos, en muchos casos puede apelar su elegibilidad a través del Centro de Apelaciones del Mercado para la cobertura médica del Mercado o ayuda para pagar la cobertura. Esto incluye su derecho a recibir créditos fiscales para la prima, reducciones de costos compartidos y períodos de inscripción. También puede solicitar una apelación a través del Mercado o por medio de su estado si se determinó que no es elegible para Medicaid o CHIP y cree que debería serlo.

Vea en sus **Resultados de elegibilidad** la sección “¿Qué debo hacer si pienso que mis Resultados de Elegibilidad son incorrectos?” Para más información, visite CuidadoDeSalud.gov/es/Marketplace-appeals/.

4. Obtener ayuda con los costos de necesidades especiales de atención médica

¿Cubre Medicaid necesidades especiales de atención médica?

Sí. Puede calificar para obtener la cobertura para más servicios de salud y pagar menos por los cuidados si tiene necesidades especiales de atención médica, al igual que si usted:

- Tiene una condición médica, de salud mental o abuso de sustancias que limita la capacidad de trabajar o ir a la escuela
- Necesita ayuda con las actividades diarias, como bañarse o vestirse
- Regularmente debe obtener la atención médica, cuidado personal, o los servicios de salud en el hogar, un centro de cuidado diurno para adultos u otro entorno de la comunidad
- Vive en un centro de atención a largo plazo, hogar de grupo u hogar de ancianos
- Es ciego
- Padece una enfermedad terminal

Para averiguar si califica, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado. También puede actualizar su solicitud del Mercado con esta información. Visite CuidadoDeSalud.gov, ingrese a su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud existente. Luego, seleccione "Informar un cambio de vida," continúe a través de la solicitud para responder a preguntas sobre sus necesidades especiales de atención médica y obtener nuevos **Resultados de Elegibilidad**. Si califica para otra cobertura médica puede mantenerla mientras que la agencia de Medicaid decide si reúne los requisitos para Medicaid.

5. Cobertura para las familias inmigrantes

Las personas que no se encuentren legalmente presentes pueden solicitar en nombre de los miembros de la familia que sean elegibles, como hijos o cónyuge legalmente presentes. Las personas que no se encuentren legalmente pueden completar una solicitud del Mercado para averiguar si son elegibles para el pago de Medicaid para el tratamiento médico de emergencia. Los inmigrantes legalmente presentes que no son elegibles para Medicaid debido a su estatus de inmigración pueden ser elegibles para la cobertura del Mercado y ayuda con los costos. La información proporcionada al Mercado será utilizada para determinar la elegibilidad para las opciones de cobertura médica y no será utilizada para fines de control migratorio. Si usted o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al Centro de Llamadas del Mercado.

6. Más información sobre el crédito fiscal para la prima

¿Cuáles son los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima?

Es un crédito de fiscal pagado por adelantado que reduce el costo mensual (llamado un "prima") que paga por el seguro médico. En algunos casos, es posible que no pague la prima si el pago anticipado de la deducción prima cubre la totalidad del importe de la prima. Los créditos fiscales para la prima ayudan a las personas con ingresos muy altos para calificar para Medicaid o CHIP, pero que todavía pueden que no tengan la capacidad de pagar la cobertura de salud.

Su determinación de elegibilidad estima que el crédito fiscal para la prima que puede obtener en su declaración de impuestos basado en su ingreso familiar previsto para el año. Incluso si recibe pagos adelantados del crédito fiscal para reducir los costos del pago de la prima, el crédito fiscal final se basa en su declaración de impuestos al final del año. Cuando presente su declaración de impuestos, puede que tenga que pagar parte o la totalidad del crédito si los ingresos estimados fueron inferior a los ingresos que realmente obtuvo o si otros cambios en sus circunstancias afectaron su elegibilidad.

¿Cómo puedo calificar para un crédito de impuesto sobre las primas?

El Mercado verificará sus ingresos, tamaño del hogar y otra información de elegibilidad para ver si reúne los requisitos. El crédito fiscal para la prima sólo está disponible si se inscribe en la cobertura a través del Mercado. Si es elegible para Medicare o la mayoría de los otros tipos de cobertura médica, entonces es probable que no reúna los requisitos para un crédito fiscal para la prima. Si usted puede conseguir la cobertura de un puesto de trabajo, sólo se puede obtener un crédito fiscal prima si su empleador no ofrece cobertura de salud asequible, o la cobertura no cumple con un estándar de valor mínimo.

Además, sus ingresos por lo general deben estar entre 100 y 400 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL), aunque algunas personas que residen legalmente en los EE.UU. pueden calificar con un ingreso por debajo del nivel de pobreza. El Mercado no cuenta a sus obligaciones financieras personales cuando es determinar su elegibilidad para la cobertura o ayudar con los costos. Para obtener más información acerca de los límites de ingresos para un crédito fiscal, visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/lower-costs/qualifying-for-lower-costs/>.

¿Qué cantidad del crédito fiscal para la prima puedo obtener?

La cantidad del crédito fiscal prima se basa en todos estos factores:

- El número de personas en su hogar. Para el crédito fiscal, su hogar incluye la persona que presente la declaración de impuestos del hogar y de su cónyuge y dependientes reclamados en la planilla
- ¿Cuánto ingreso su hogar espera informar en su declaración federal de impuestos para el año desea la cobertura?
- El costo del segundo plan Plata con el costo más bajo que se ofrece en su área a través del Mercado. Esto también se conoce como el costo de plan de "referencia". Un plan Plata cubre el 70 por ciento de los costos médicos para la persona promedio.

Para obtener más información sobre las categorías y los planes médicos disponibles en su área, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/choose-a-plan/plans-categories/](https://www.cuidadodesalud.gov/es/choose-a-plan/plans-categories/).

¿Cuándo recibo el crédito fiscal para la prima, si soy elegible?

Si sus **Resultados de Elegibilidad** dicen que es elegible para un crédito fiscal, puede aplicar parte o la totalidad de esta cantidad por adelantado cada mes para reducir los pagos de la prima de su plan del Mercado. El Mercado enviará los

pagos adelantados del crédito fiscal directamente a su compañía de seguros, por lo que pagará menos por sus primas cada mes. Usted decide cuánto del crédito fiscal desea utilizar cuando se elige un plan de mercado.

Si utiliza menos de la cantidad completa, obtendrá la diferencia de la cantidad a la que es elegible a finales de año cuando presente su declaración de impuestos. La cantidad final de su crédito fiscal para la prima se basa en los ingresos reales y otra información de elegibilidad que informe en su declaración de impuestos, no lo que estimó en su solicitud del Mercado. Incluso si usted no adeuda impuestos, puede ser elegible para obtener cualquier crédito fiscal para la prima al que es elegible, pero no lo recibió, siempre y cuando haya inscrito en un plan del Mercado.

¿Qué cuenta cómo ingresos?

La mayoría de los ingresos del hogar son considerados al momento de solicitar ayuda con los costos de la cobertura del Mercado. Esto incluye los ingresos como los salarios, el empleo por cuenta propia, los ingresos en efectivo, beneficios de Seguro Social, desempleo y los retiros de las cuentas de jubilación. No contamos manutención de niños, regalos, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), ciertos ingresos recibidos por dependientes, pagos por discapacidad de veteranos, compensación de trabajadores, procedentes de préstamos (como los préstamos estudiantiles, préstamos hipotecarios o préstamos bancarios), o gastos del hogar como facturas de alquiler, cable o servicios públicos. Para obtener más información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/income/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/income/). Si ha cometido un error al informar su ingreso familiar en su solicitud del Mercado o sus cambios en el ingreso del hogar, se pueden realizar cambios. Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov), inicie sesión en su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud más reciente. Luego, seleccione "Informar de un cambio de vida" y navegue a través de su solicitud para proporcionar la información correcta. También puede comunicarse al Centro de Llamadas del Mercado.

No estoy seguro cuánto será mi ingreso para el año, por lo que sólo hice una aproximación en mi solicitud. ¿Qué sucede si estoy equivocado?

Cuando llegue el momento de presentar su declaración federal de impuestos, el IRS comparará la información de su solicitud, incluyendo los ingresos, con la información en su declaración de impuestos.

- Si su ingreso es menor de lo que informó en su solicitud o el tamaño del hogar es mayor, puede ser elegible para un crédito fiscal para la prima mayor.
- Si su ingreso es mayor que lo que informó en su solicitud o su tamaño del hogar disminuye, es posible que tenga que devolver parte o la totalidad de sus pagos adelantados del crédito fiscal para la prima que se hicieron a su compañía de seguros.

Si está preocupado porque podría adeudar cualquier pago anticipado del crédito fiscal, puede decidir utilizar una cantidad menor de la deducción a su prima cada mes. Es importante informar cualquier cambio en los ingresos y tamaño del hogar al Mercado para asegurarse de que está recibiendo la cantidad del crédito fiscal más precisa. Si no informa los cambios, usted puede deber dinero cuando declare sus impuestos federales.

¿Qué necesito para solicitar un nuevo crédito fiscal cada año?

Para ser elegible para los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima, debe actualizar el ingreso del hogar y otra información de elegibilidad todos los años durante la Inscripción Abierta. Cuando complete la solicitud del Mercado, tenía la opción para permitir que el Mercado pueda utilizar sus datos de ingresos, incluyendo la información de la declaración de impuestos, para ayudar con la renovación de su elegibilidad cada año. Si está de acuerdo con esta opción, el Mercado utilizará las fuentes de datos más recientes disponibles para su hogar para ayudar a determinar su elegibilidad para los anticipos del crédito fiscal para la prima para el próximo año.

Si opta por no permitir al Mercado usar la información de la declaración de impuestos para ayudar con su renovación de elegibilidad, necesita asegurarse de actualizar su información durante cada período de Inscripción Abierta. Si lo prefiere, puede cambiar su información de acuerdo. Visite CuidadoDeSalud.gov, inicie sesión en su cuenta del Mercado, seleccione su solicitud más reciente y seleccione "Informar de un cambio de vida." Navegue a través de su solicitud, lea la declaración para permitir al Mercado utilizar sus datos de ingresos, incluyendo información de impuestos, para ayudarle con su renovación en los próximos años y haga clic si está de acuerdo.

¿Qué sucede si mis Resultados de Elegibilidad indican que no soy elegible para un crédito fiscal para la prima, porque presenté una declaración de impuestos por separado de mi cónyuge?

Si está casado, tiene que presentar una declaración de impuestos conjunta con su cónyuge para el año que desea calificar para un crédito fiscal para la prima. Hay algunas excepciones. Si reclama el estado de "jefe de familia" en su declaración de impuestos o si usted es una víctima de violencia doméstica o es un cónyuge abandonado, comuníquese al Centro de Llamadas del Mercado para obtener más información. Visite AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov para obtener ayuda en persona y gratuita en su área.

¿Qué sucede si mis Resultados de Elegibilidad indican que soy elegible para comprar un plan de salud catastrófico?

Las personas menores de 30 años y personas con dificultad excepciones pueden comprar un plan de salud catastrófica a través del Mercado. Este tipo de plan tiene primas mensuales más bajas y sobre todo le protege de los costos médicos muy altos. Si compra un plan catastrófico en el Mercado, obtendrá créditos fiscales para la prima. Independientemente de su ingreso, paga el precio estándar para el plan catastrófico.

¿Qué debo hacer si se hicieron los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima a mi compañía de seguro para mi cobertura en el pasado, y no presenté una declaración federal de impuestos para informar estos pagos?

Si se han realizado pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima a su compañía de seguros para reducir los costos de su prima en el pasado, la persona que presente los impuestos para su hogar deberá reportar-o "ajustar" -estos pagos al IRS en la declaración federal de impuestos utilizando "el Formulario del IRS 8962, Crédito Fiscal para la Prima" para la fecha límite de presentación de impuestos federales. Esto es cierto incluso si usted por lo general no presenta una declaración de impuestos. Si no hace este paso, tendrá que pagar más por su cobertura y servicios cubiertos (si aplica) porque no seguirá siendo elegible para los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima.

- Una declaración de impuestos debe ser presentada cada año que se obtienen los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima. Use el "Formulario 8962." La información del "Formulario 1095-A, Declaración del Mercado de Seguros Médicos," se debe utilizar para completar con precisión el "Formulario 8962." Para obtener el "Formulario 1095-A," visite CuidadoDeSalud.gov, inicie sesión en su cuenta del Mercado y vea sus avisos del Mercado. También puede comunicarse con el Centro de Llamadas del Mercado.
- Presentar sus impuestos por vía electrónica puede ayudar a evitar errores y encontrar los créditos y deducciones que pueden estar disponibles. En muchos casos, la presentación electrónica es gratuita. Más información sobre Free File y e-file está disponible en IRS.gov.

7. Más información sobre costos menores de su bolsillo

¿Qué son los copagos, coseguros y deducibles?

Copagos, coseguros y deducibles son el dinero que paga por parte del costo de su atención médica. Usted obtiene "reducciones de costo compartido" cuando califica para la ayuda que reduce los costos. Su compañía de seguros se encarga del resto.

- Un copago es una cantidad que podría tener que pagar cada vez que reciba un servicio, como ir al médico o para obtener una receta. Por lo general es una cantidad fija en dólares, como por ejemplo \$20.
- El coseguro es una parte de los costos de un servicio médico cubierto. Se calcula como un porcentaje de la cantidad permitida por el servicio.
- Un deducible es la cantidad de dinero que debe sobrepasar cada año en atención médica antes que el plan comience a pagar la mayoría de los servicios. Incluso después de pagar el deducible, es posible que aún tenga que pagar copagos o coseguro cuando recibe servicios.

¿Cómo califico para copagos, coseguros y deducibles más bajos (reducciones de costos compartidos)?

Para calificar para un plan del Mercado con copagos, coseguros y deducibles reducidos debe ser elegible para los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima y su ingreso debe estar dentro de ciertos límites adicionales. Una vez que califique, debe inscribirse en un plan Plata para recibir estas reducciones de costo compartido. Los miembros de tribus federalmente reconocidas pueden calificar para obtener estas reducciones de costos compartidos cuando se inscriben en un plan de nivel bronce, plata, oro o platino.

Los planes vendidos en el Mercado se dividen en 4 categorías principales de plan médico: Bronce, Plata, Oro y Platino. Estos rangos van desde los planes Bronce con primas más bajas y mayores costos de su bolsillo a planes Platino con primas más altas y menores costos de su bolsillo. No importa cual elija, todos los planes cubren todos los beneficios esenciales.

Usted seleccionará el plan cuando compare los planes y se inscribe a través del Mercado.

¿Cómo decide el Mercado cuáles son mis costos compartidos?

Usted califica para inscribirse en un plan con copagos más bajos, coseguros y deducibles basado en:

- Su elegibilidad para los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima
- El número de personas en su hogar (el contribuyente y dependientes que aparecen en su declaración federal de impuestos).
- La cantidad de ingresos del hogar que se espera informar en su declaración federal de impuestos.
- Su estatus de indio americano o nativo de Alaska y miembro de una tribu federalmente reconocida o Corporación Nativos de Alaska.

8. Más información sobre Medicaid y CHIP

Medicaid y CHIP proveen cobertura de salud integral, accesible a millones de estadounidenses, como las personas de bajos ingresos, familias y niños, mujeres embarazadas, ancianos y personas con incapacidad. Medicaid cubre los servicios que incluyen visitas al médico, pruebas de laboratorio hospitalización. También cubre servicios adicionales para niños hasta cierta edad. Ambos programas son administrados conjuntamente por los gobiernos federal y estatal y los detalles varían un poco entre los estados. Usted puede calificar para estos programas son basados en el tamaño del hogar, ingresos y otros factores, como la edad y la incapacidad.

Si tiene cobertura completa de Medicaid o CHIP (cobertura de Medicaid no sólo de emergencia), se le considera cubierto bajo la ley de salud. No tiene que comprar un plan del Mercado. Tampoco tiene que pagar la multa que deben pagar las personas sin cobertura médica.

Si tiene un plan del Mercado con pagos adelantados del crédito fiscal para la prima y luego es elegible para Medicaid o CHIP, asegúrese de cancelar su plan del Mercado. Para obtener más información, visite CuidadoDeSalud.gov/downloads/es/marketplace-medicaid-chip-guide.pdf.

¿Y si tengo facturas médicas de meses anteriores?

Medicaid puede pagar las facturas médicas de hasta 3 meses antes de solicitar. Para averiguar si Medicaid pagará las cuentas médicas recientes, llame a la agencia estatal de Medicaid al número incluido en este aviso. Le pueden pedir copias de sus facturas médicas sin pagar de los últimos 3 meses.

¿Cuánto tiempo puedo mantener mi cobertura de salud de Medicaid?

Si es elegible para Medicaid, debe renovar su elegibilidad para la cobertura de Medicaid cada año. Su agencia estatal le enviará una carta por correo informándole si es necesario enviar más información en el momento de la renovación.

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，请说明您所需的语种，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 સમારફતેતમારીઅરજીઅથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેનીમહત્વનીમાહિતીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારાઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઈપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજણાકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 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。通訳者につながります。



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 bàn về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình Thị trường bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong 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 miễn phí. Xin gọi 1-800-318-2596 và đợi nghe hết lời mở đầu do máy nói. Cho tới khi gặp một nhân viên trả lời, xin nói ngôn ngữ của mình là gì và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

