

**Proceso de Confirmación para el Período Especial de Inscripción del Mercado:
Aviso Inicial de Verificación de Selección (Pérdida de cobertura esencial mínima)**

A principios de marzo 2016, se les pidió a los consumidores, que solicitaron la cobertura del Mercado, aceptar el posible requerimiento de documentación para verificar la elegibilidad para un Período Especial de Inscripción (SEP en inglés). Este es el aviso, que los consumidores podrían recibir, pidiéndoles los documentos necesarios si solicitaron y se inscribieron en la cobertura del Mercado mediante uno de los siguientes cinco SEPs entre marzo de 2016 y el 17 de junio de 2016:

- Pérdida de cobertura esencial mínima
- Cambio de residencia principal ("traslado permanente")
- Nacimiento
- Adquisición de un dependiente a través de adopción, colocación para adopción o cuidado temporal (tutela temporal) o manutención de los hijos u otra orden judicial
- Matrimonio

A partir del 18 de junio, los consumidores que solicitaron cobertura y calificaron para uno de estos cinco Períodos Especiales de Inscripción, han recibido un Aviso de Determinación de Elegibilidad (EDN) explicándoles que deben presentar documentación. Esta información también se encuentra en la sección "Detalles de la solicitud" de sus solicitudes.

El siguiente Aviso Inicial de Verificación de Selección es para el individuo o familia que parece ser elegible para un Período Especial de Inscripción debido a la pérdida de cobertura esencial mínima.

Insert: Date

Insert: Household Contact Name
Insert: Consumer Mailing Address

**Importante: Necesita tomar acción antes del [insert doc submission deadline]
para mantener su cobertura del Mercado**

Fecha de solicitud: [Insert: Application date]
Identificación de la solicitud (ID): [Insert Application ID]

Estimado (a): [Insert Household Contact Name]:

Usted reportó un cambio de vida que le permitió a usted y otros miembros en su hogar inscribirse en la cobertura del Mercado a través de un Período Especial de Inscripción. Cuando solicitó, se le notificó que se le podría pedir que proporcionara documentación para verificar la elegibilidad para un Período Especial de Inscripción.

De acuerdo con su solicitud, la siguiente persona perdió o perderá su cobertura médica durante los 60 días, antes o después, de enviar su solicitud:

[Insert name of person #1 who triggered SEP]

[Insert name of person #2 (if any) who triggered SEP]

El Mercado está revisando su elegibilidad para un Período Especial de Inscripción. Esto significa que debe enviarle al Mercado documentación comprobando de que el individuo (u individuos) mencionado anteriormente perdió o perderá cobertura válida, como por ejemplo un plan a través del trabajo, plan médico individual o estudiantil, plan fuera del Mercado, un plan de sus padres, Medicaid, Medicare o TRICARE dentro de los 60 días antes o después de la fecha en que presentó su solicitud.

IMPORTANTE: La fecha límite para enviar la prueba es el **[bold insert due date]**. Si no envía copias de los documentos requeridos para comprobar la elegibilidad para este Período Especial de Inscripción para el **[bold insert due date]**, es posible que pierda la cobertura del Mercado.

¿Qué debo hacer ahora?

1. Revise la lista de ejemplos de documentos aceptables a continuación que puede utilizar para verificar su elegibilidad para su Período Especial de Inscripción. Envíenos una copia (no el original) de uno de los documentos que compruebe su elegibilidad para su Período Especial de Inscripción.

Ejemplos de Documentos Aceptables Que Puede Presentar para Demostrar Pérdida de Cobertura Calificada

- Carta o documento del empleador que indique que este canceló o cancelará la cobertura o beneficios del empleado, su cónyuge o familiar dependiente, incluyendo la fecha de cancelación.
- Carta o documento del empleador que indique que el empleador dejó o dejará de contribuir al costo de la cobertura.
- Carta u otro documento de un empleador que indique que el empleador cambió o cambiará la cobertura o los beneficios del empleado, o del cónyuge o familiar dependiente del empleado, de tal forma que ya no se considere cobertura médica calificada.
- Carta con una oferta de cobertura de COBRA del empleador, o que indique que la cobertura de COBRA del empleado terminó o terminará.
- Carta de una compañía de seguro médico donde conste una fecha de cancelación de la cobertura, incluida la fecha de cancelación de la cobertura de COBRA.
- Prueba de que tuvo cobertura médica calificada dentro de los últimos 60 días, como un talón de pago donde figuren las deducciones del seguro médico.
- Carta de una institución educativa que indique la fecha en que la cobertura médica del estudiante terminó o terminará.
- Carta o aviso de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés) que indique cuándo terminó o terminará la cobertura de Medicaid o CHIP.
- Carta o aviso de un programa del gobierno, como TRICARE, Cuerpo de Paz (Peace Corps), AmeriCorps o Medicare, que indique cuándo terminó o terminará la cobertura.

- Copia fechada de los papeles de baja militar o Certificado de desactivación del servicio, con la fecha en que terminó o terminará la cobertura, si la pérdida de cobertura se debe a que ya no es militar en servicio activo.
- Papeles del divorcio o anulación del matrimonio que indique que ya no existirá la responsabilidad de proveer cobertura médica.
- Acta de defunción o aviso público de defunción que incluya prueba de la fecha en que perdió o perderá cobertura debido a la muerte del cónyuge u otro familiar.
- Copia fechada y firmada de verificación por escrito de un agente o carta fechada por parte del emisor, si está o estuvo inscrito en un plan médico que está terminando.
- Copia de talonarios de pago de las dos horas actuales y anteriores, si la reducción de horas de empleo provocó que perdiera la cobertura.
- Carta explicando la cobertura que tenía, por qué y cuando la pierde o la perderá, y la razón por la que no puede proporcionar otro documento que demuestre que es elegible para un Período Especial de Inscripción. El Mercado tomará su carta en consideración.

2. Enviar por correo la copia del documento a la siguiente dirección:

Mercado de Seguros Médicos
Attn: Procesamiento de Cobertura
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0061

Asegúrese de incluir la página de código de barras que acompaña a su aviso en el mismo sobre. También, por favor escriba su nombre completo y la "**Identificación de la solicitud (ID) [bold insert Application ID]**" en la parte superior de cada documento.

3. Envíe por correo la copia del documento y la página de códigos de barras para el **[bold insert due date]** o podría perder su cobertura del Mercado.

Información importante que debe tener en cuenta

- Su cobertura del Mercado se mantendrá vigente mientras se revisa su documentación. Usted puede utilizar su cobertura durante este tiempo.
- Una vez que la documentación haya sido revisada, se le enviará un aviso por correo informándole de los resultados. Los avisos de elegibilidad para el Período Especial de Inscripción no estarán disponibles electrónicamente o en línea en su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov.

Para obtener más ayuda

- Visite CuidadoDeSalud.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de 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.
- 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. 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.

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/es/privacy). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y 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 otras agencias federales y 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 Trámites 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 a, o de otra manera discrimina contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad. Si piensa 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 escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles / Departamento de Salud y Servicios Humanos / 200 Independence Avenue, SW / Sala 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.

ابحث عن التواريخ الرئيسية. يحتوي هذا الإشعار على معلومات هامة بخصوص طلبك أو تغطيتك من خلال سوق التأمين الصحي (العربية) (Arabic) قد في هذا الإشعار لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى. تحتاج إلى اتخاذ إجراء في مواعيد معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في التكاليف المساعدة بلغتك من دون أي

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. {0} Sie müssen möglicherweise bis zu bestimmten Stichtagen handeln, um Ihre Krankenversicherung aufrechtzuerhalten {0}{1} oder Hilfe mit Kosten zu erhalten. {/1} 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 આરોગ્યવીમામર્કેટસ્થળ સમારફતેતમારીઅરજીઅથવા સવવગ્રાહી વીમો વવશેનીમહત્વનીમાહત્તીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ.

તમે તમારા આરોગ્ય આવી રહેલા અથવા ખર્ચ વમાં મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ વનવિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાં રાખીને પગલાં લેવાની જરૂર પડે છે.

મને કોઈપણ ખચવવના તમારી ભાષામાં આજાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારફતે રાહ જુઓ. એક એજન્ટ જવાબ આપે, ત્યારે તેમને તમે જરૂરી ભાષા જણાવો અને તમને દુભાવષયો 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 ridurne 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。

April 2016

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.

Espa • l (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 iiugnay 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__