

## **Aviso de transferencia de cuenta de respuesta saliente**

Cuando un consumidor presenta una solicitud del Mercado para cobertura de salud, el Mercado enviará la solicitud del consumidor a través de una transferencia de cuenta electrónica segura a la agencia estatal de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) por una de las siguientes razones:

- La información en la solicitud del Mercado del consumidor mostró que alguien en su hogar podría calificar para la cobertura de Medicaid o CHIP.
- El consumidor solicita una determinación estatal de su elegibilidad para Medicaid/CHIP.

**Cuándo enviamos este aviso:** Cuando la agencia estatal de Medicaid o CHIP determina que el consumidor (u otro miembro del hogar) no es elegible para la cobertura de Medicaid o CHIP.

**Lo que este aviso le dice al consumidor:** Ellos (u otros miembros de su hogar) pueden comprar un plan del Mercado y obtener ayuda para pagarlo. Además, alienta al consumidor a actualizar y volver a enviar su solicitud del Mercado y describe los pasos que debe seguir para completar la solicitud. El aviso también le dice al consumidor que obtendrá los resultados de elegibilidad de inmediato y explica:

- Si ellos (u otros en su hogar) califican para la cobertura de salud a través del Mercado.
- Cualquier ayuda financiera que pueda estar disponible para ayudar a reducir sus costos.
- Otras acciones que pueden necesitar tomar para confirmar su información.
- Fechas límite de inscripción, incluida información sobre Períodos Especiales de Inscripción.

# Mercado de Seguros Médicos

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

---

Susan Griffith  
34 Elmore Road  
Wilmington, DE 19805

15 de julio de 2022

2022 Número de Identificación de Solicitud: 4388305857

## Actúe ahora para actualizar y volver a enviar su solicitud 2022 para la cobertura del Mercado

Recientemente enviamos su solicitud del Mercado a su estado porque la información que envió mostró que alguien en su hogar podría calificar para Delaware Medicaid o Delaware Healthy Children Program (CHIP). Después de revisar su información (incluidos elementos como los ingresos del hogar y el tamaño de la familia), su estado encontró que los siguientes miembros del hogar no son elegibles para la cobertura a través de Medicaid o CHIP:

Susan Griffith  
Sam Reyers  
Mary Laurel

Sin embargo, es posible que las personas de su hogar, incluidas todas las personas mencionadas anteriormente, aún puedan comprar un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos y obtener ayuda para pagarlo.

### ¿Qué debo hacer ahora?

Actualice y vuelva a enviar su solicitud del Mercado de inmediato para ver si usted (u otros miembros de su hogar) son elegibles para comprar un plan del Mercado y obtener ayuda con los costos. Para obtener ayuda con estos pasos, visite [CuidadoDeSalud.gov/medicaid-chip/transfer-to-marketplace](http://CuidadoDeSalud.gov/medicaid-chip/transfer-to-marketplace).

1. **Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) y seleccione “Iniciar sesión”.** Si aún no tiene una cuenta del Mercado, puede crear una.
2. **Actualice su solicitud existente.** Haga clic en “Ir a mis solicitudes y cobertura” y elija la que desea actualizar en “Sus solicitudes existentes”.
3. **Asegúrese de que su solicitud incluya:**
  - La decisión reciente de su estado sobre la cobertura de Medicaid y CHIP.

- Información actual del hogar, como ingresos y tamaño.

#### 4. Responda las preguntas de Medicaid/CHIP y del hogar según su situación:

- **Si usted o alguien en su hogar perdió recientemente (o perderá pronto) Medicaid o CHIP:**
  - Responda “Sí” a la pregunta sobre si la cobertura de Medicaid o CHIP de la persona ha terminado o terminará pronto.
  - Ingrese el último día de la cobertura de Medicaid o CHIP de la persona. Si no sabe la fecha exacta, ingrese su mejor suposición.
  - Responda la pregunta que pregunta si el ingreso o el tamaño de su hogar cambió recientemente.
    - Responda “Sí” si tuvo un cambio en los ingresos o el tamaño del hogar desde que el estado le dijo a la persona que perdió o pronto perderá la cobertura de Medicaid o CHIP. (Volveremos a verificar si esa persona puede ser elegible para Medicaid o CHIP).
    - Responda “No” si nada ha cambiado.
- **Si usted u otras personas en su hogar recientemente solicitaron Medicaid o CHIP y fueron rechazados (Nota: esto significa que los miembros del hogar aún no tenían cobertura de Medicaid o CHIP cuando solicitaron):**

Para cada persona en su hogar, responda la pregunta que indica si el estado determinó que la persona no era elegible para Medicaid o CHIP en los últimos 90 días.

- Responda “Sí” si **ambos** aplican para las siguientes condiciones. Luego ingrese la fecha de la carta de denegación de Medicaid o CHIP de la persona. Si no sabe la fecha exacta, ingrese su mejor suposición.
  - Su estado rechazó la solicitud de Medicaid o CHIP de la persona **en los últimos 90 días**.
  - No **tuvo** cambios en los ingresos o el tamaño de su hogar, ni en la ciudadanía o el estatus migratorio de la persona desde que su estado rechazó la solicitud de Medicaid o CHIP de la persona.
- Responda “No” si se aplica **alguna** de las siguientes condiciones:
  - Su estado rechazó la solicitud de Medicaid o CHIP de la persona hace **más de 90 días**.
  - **Tuvo** cambios en los ingresos o el tamaño de su hogar, o en la ciudadanía o el estatus migratorio de la persona desde que el estado rechazó la solicitud de Medicaid o CHIP de la persona.

Si responde “No”, volveremos a verificar si esa persona puede ser elegible para Medicaid o CHIP.

#### 5. Envíe su solicitud completa. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para completar y enviar una solicitud del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

#### 6. Revise sus resultados y luego inscribese en un plan del Mercado si es elegible.

### ¿Qué sucede después de enviar mi solicitud del Mercado?

Obtendrá resultados de elegibilidad de inmediato que le informarán si usted o alguien en su hogar califica para cobertura médica a través del Mercado. Debe revisar su aviso, que también puede incluir:

- Información sobre cómo obtener ayuda con sus costos

- Otras acciones que puede que debe tomar para confirmar su información
- Plazos de inscripción

Los resultados de su elegibilidad también le dirán si usted o alguien en su hogar califica para un Período Especial de Inscripción, lo que significa que puede inscribirse fuera del Período de Inscripción Abierta anual u obtener una fecha de inicio de cobertura anterior, si es elegible.

Después de revisar sus resultados, si es elegible para la cobertura del Mercado, puede comparar opciones e inscribirse en el plan del Mercado que mejor se adapte a sus necesidades.

### **¿Qué sucede si alguien en mi hogar tiene necesidades especiales de atención médica (como una incapacidad o una afección que requiere ayuda con las actividades de la vida diaria)?**

Si su primera solicitud del Mercado indicó que un miembro del hogar tiene necesidades especiales de atención médica, es posible que su estado aún esté verificando si esa persona califica para recibir más servicios de atención médica. Cuando revise su solicitud del Mercado, no cambie sus respuestas anteriores, a menos que algo haya cambiado desde la última vez que presentó la solicitud.

### **¿Qué pasa si alguien en mi hogar ya está inscrito en un plan del Mercado?**

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

### **Para obtener más ayuda**

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://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. También puede hacer una cita con alguien en su área para recibir ayuda. La información está disponible en [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](http://AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).
- Reciba ayuda en un idioma diferente al español. La información acerca de 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 alternativo 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/es/privacy](http://CuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y otras

provisiones de 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 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, 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](https://www.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.

**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 بالمرجم.

**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，屆時將有译員与您联系。

**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 આરોગ્યવિમામાર્કેટસ્થળ સમારક્રતેતમારીઅરજીઅથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેનીમહત્વનીમાહિતીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારાઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઈપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજ્ઞાણકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 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 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。



**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.

