



Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos (Formulario Corto)

➔ Solicite más rápidamente en línea en CuidadoDeSalud.gov.



Use esta solicitud para averiguar para cuál cobertura califica

- Plan del Mercado a bajo precio que ofrecen cobertura que le ayudará a mantenerse sano.
- Un crédito tributario que puede ayudar inmediatamente a disminuir sus primas para la cobertura médica.
- Cobertura gratis o a un bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Adultos solteros que:
- No le ofrecen cobertura médica a través de su empleador.
 - No planifican presentar una declaración de impuestos, no tiene ningún dependiente y no será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Nota: Si cualquiera de estos le aplica, debe completar un formulario diferente para asegurarse de obtener los mayores ahorros posibles:

- Está casado o cuida algún niño/a que reclama como dependientes.
- Usted estuvo en cuidado temporal y es menor de 26 años de edad.
- Puede hacer deducciones de sus ingresos. Si su única deducción es de interés de préstamos estudiantiles, puede utilizar este formulario.
- No es ciudadano o residente de los EE. UU. Y no ha estado viviendo en los EE. UU. desde 1996.
- Usted es indio americano o nativo de Alaska.
- Está encarcelado (detenido), pero está pendiente de disposición de cargos.



Lo que puede necesitar para solicitar

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro).
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (como, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios y de impuestos).



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso y otra información para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información recibida en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Privacidad, visite CuidadoDeSalud.gov o vea las instrucciones.



¿Qué sigue después?

Haga una copia para usted, luego envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 4. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas, y podrá recibir una llamada del Mercado de Seguros Médicos si necesitamos más información. Recibirá un Aviso de Elegibilidad por correo una vez procesemos su solicitud. Enviar la solicitud no significa que ha comprado un seguro médico.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** CuidadoDeSalud.gov
- **Por teléfono:** Comuníquese a nuestro Centro de Llamadas al **1-800-318-2596**. TTY **1-855-889-4325**.
- **En persona:** Pueden haber asistentes en su zona para ayudarle. Visite CuidadoDeSalud.gov o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para información adicional.
- **In English:** Call the Marketplace Call Center at **1-800-318-2596** for more information.
- **En otro idioma:** Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-800-318-2596** y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos sin costo alguno para usted.

Usted 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 lo han discriminado. Visite CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice, (en inglés) o llame al **1-800-318-2596** para más información. 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



Escriba en letras mayúsculas usando tinta azul o negra.

Llene los círculos (○) de este modo → ●.

Paso 1: Díganos sobre usted.

(Debe ser mayor de 18 años para presentar la solicitud. Si tiene un representante autorizado, la persona puede presentar la solicitud por usted, siempre y cuando usted haya firmado el Apéndice C)

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo			
2. Dirección residencial (Deje el espacio en blanco si no tiene una).								3. Dirección residencial 2	
4. Ciudad			5. Estado		6. Código Postal		7. Condado		
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)						9. Dirección postal 2			
10. Ciudad			11. Estado		12. Código Postal		13. Condado		
14. Número de teléfono () -					15. Otro número de teléfono () -				
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico?.....○ Sí ○ No									
Dirección de correo electrónico:									
17. Idioma preferido: Escrito					Hablado				
18. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)					19. Sexo				
					○ Mujer ○ Hombre				
20. Número de Seguro Social (SSN) - -									
★ Necesitamos el número de Seguro Social si quiere una cobertura médica y tiene un SSN o puede obtenerlo. Usamos los SSN para verificar el ingreso e información adicional para determinar quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura médica. Para más información sobre cómo conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite SSA.gov . Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.									
21. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU. ?○ Sí ○ No									
22. ¿Está naturalizado o es un ciudadano derivado ? (Generalmente significa que ha nacido en el extranjero). ○ SÍ. Llene a y b. ○ NO. Siga al artículo 23.									
a. Número de extranjero:					b. Número de ID del documento:				
					Después de responder a y b, vaya a la pregunta 24.				
23. Si no es ciudadano o nacional de los EE.UU. , ¿tiene un estatus migratorio elegible? ○ SÍ. Escriba el # de documento y tipo. Vaya a las instrucciones.									
Tipo de documento de Inmigración		Tipo de estatus (opcional)		Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración.					
# de extranjero o I-94					Número de tarjeta o de pasaporte				
ID SEVIS o fecha de expiración (opcional)					Otro (código de categoría o país de emisión)				
24. ¿Está embarazada?.....○ Sí ○ No a. SÍ. ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? □									
25. ¿Tiene alguna necesidad de cuidado especial problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos?.....○ Sí ○ No									

continúe en la próxima página



Opcional: (Proporcionar esta información no afectará la elegibilidad, las opciones del plan ni los costos).

Marque todo lo que corresponda.

26. Si es Hispano/Latino:

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

27. Raza:

Blanco Negro o Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska Filipino Japonés Coreano Indio Asiático Chino
 Vietnamita Otros Asiáticos Nativos de Hawái Chamorro Samoano Otros Isleños del Pacífico Otro _____

Paso 2: Información sobre su empleo e ingreso

Información sobre su empleo e ingreso

Empleado: Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con el pregunta 1.

Sin empleo:
Vaya a el pregunta 11.

Por cuenta propia:
Vaya a el pregunta 10.

Empleo 1:

1. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador (opcional)

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

2. Número de teléfono del empleador

3. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanalmente Cada 2 semanas

4. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

\$ _____

Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

Empleo 2: (Si usted tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

5. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador (opcional)

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

6. Número de teléfono del empleador

7. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanalmente Cada 2 semanas

8. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

\$ _____

Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

9. En el último año, usted: Cambió de empleo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

10. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de empleo: _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

continúe en la próxima página



11. **Otras fuentes de ingresos que recibirá este mes:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.
 Si no los recibe, marque aquí. **NOTA: No** necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="radio"/> Desempleo \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensión \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguro Social \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Neto por rentas/regalías \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Cuentas de retiro \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Otros ingresos, Tipo: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>

12. ¿Paga intereses de préstamos estudiantiles (no la cantidad del préstamo) que pueden ser deducidos en su declaración de impuestos?

Sí, ¿cuánto? \$ ¿Cuán frecuente? NO.

13. **Completar solamente si su ingreso cambia durante el año.** Si solo trabaja en este empleo parte del año o recibe los beneficios por ciertos meses si no espera cambios en su ingreso mensual, vaya al Paso 3.

Su ingreso total este año \$ <input type="text"/>	Su ingreso total el próximo año (si considera que será diferente) \$ <input type="text"/> <input type="radio"/> Marque si piensa que su ingreso es difícil de predecir.
---	---

Paso 3: Su Cobertura Médica

¿Está inscrito en una cobertura médica ahora? Sí No
(Si tiene cobertura médica a través de un empleo, complete la solicitud familiar y el Apéndice A).

Si, marque cuál cobertura usted tiene.

Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programa de atención médica del VA Cuerpos de Paz Otra:

Nombre de la compañía del seguro médico <input type="radio"/> Marque aquí si es cobertura del Mercado de Seguros Médicos	Número de identificación de la póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Se determinó en esta solicitud que alguna persona que no es elegible para Medicaid o para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) en los últimos 90 días?

(Rellene sí sólo si su estado detectó que alguna persona no era elegible para esta cobertura, no el Mercado)..... Sí No
Fecha:

O ¿Si se determinó en esta solicitud que alguna persona no es elegible para Medicaid o CHIP debido a su estatus migratorio en los pasados 5 años?

Sí No

¿Alguna persona en esta solicitud solicitó cobertura durante el Período de Inscripción Abierta del Mercado o luego de un evento de vida calificado?

Sí No



Paso 4: Lea y firme esta solicitud

¿Está de acuerdo en autorizar al Mercado de Seguros Médicos a usar la información sobre sus ingresos

y la de su declaración de impuestos por los 5 próximos años? Sí No

La información será utilizada por el Mercado de Seguros Médicos para determinar su elegibilidad para la ayuda con sus gastos médicos durante los próximos años. El Mercado de seguros le enviará una carta y le permitirá hacer cambios. El Mercado verificará si sigue siendo elegible y para hacerlo podría pedirle documentos para confirmar sus ingresos. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento.

NO. Actualice mi información por los próximos: 5 años 4 años 3 años 2 años 1 año

No utilice mi declaración de impuestos para renovar mi elegibilidad para la ayuda con los gastos médicos. (Si escoge esta opción tal vez afecte su elegibilidad para obtener la ayuda con los gastos médicos)

Si soy elegible para Medicaid: Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica o terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado todas las respuestas a mi mejor saber y entender. Sé que si intencionalmente proveo información falsa o errónea puedo ser penalizado tal como lo estipula la ley federal.
- Entiendo que debo comunicarle al Mercado de seguros en un plazo de 30 días sobre cualquier cambio en mi situación que no figure en esta solicitud. Para comunicar un cambio puedo visitar CuidadoDeSalud.gov o llamar al **1-800-318-2596**. Comprendo que el cambio podría afectar mi elegibilidad para la ayuda económica y la de los otros miembros de mi familia.
- Sé que de acuerdo con la ley federal, no se permite la discriminación por la raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad; y que si me siento discriminado puedo presentar una queja en HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint.
- Entiendo que la información de esta solicitud será utilizada solamente para determinar mi elegibilidad para la cobertura médica, para ayuda con mis gastos médicos (si la solicito) y para propósitos legales del Mercado de seguros y de los programas de ayuda.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda en el pago de la cobertura médica si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de crédito. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe confirmación.

¿Qué puedo hacer si me dicen que no soy elegible y creo que están equivocados?

Recibirá un Aviso de Elegibilidad por correo después de que procesemos su solicitud. Si no está de acuerdo con lo que califica, en la mayoría de los casos puede apelar la decisión. Busque en el Aviso de Elegibilidad las instrucciones para apelar para cada persona de su hogar y los plazos para hacerlo. Tenga en cuenta que:

- Si lo desea puede pedirle a alguien que apele o participe en su apelación. Dicha persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otro. O puede apelar por usted mismo.
- Si usted presenta el recurso de apelación podría mantener su elegibilidad hasta que se decida sobre su apelación.
- El resultado de su apelación podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del hogar.

Para apelar, ingrese a su cuenta del Mercado de seguros en CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals o llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**. También puede enviar el formulario de apelación o una carta al **Mercado de Seguros Médicos**, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Attn: Apelaciones, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Usted puede apelar una decisión sobre elegibilidad, período de inscripción, crédito tributario, reducciones a los costos compartidos, Medicaid y CHIP, si le fueron negado uno de éstos. Si es elegible para una reducción de los costos compartidos o para el crédito tributario, puede apelar el monto. Según el estado en el que reside, tal vez pueda hacerlo a través de Mercado de seguros o de la agencia estatal encargada de Medicaid y CHIP.

Firma de la PERSONA 1. La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando la PERSONA 1 haya firmado el Apéndice C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si está firmando la solicitud fuera del Período de Inscripción Abierta (del 1 de noviembre al 15 de enero), revise el Apéndice D ("Preguntas sobre los cambios en su vida").

Paso 5: Envíe por correo su solicitud completada



Envíe por correo su solicitud firmada a:
Mercado de Seguros Médicos
Departamento de Salud y Servicios Humanos
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro del votante en eac.gov.

Divulgación de acuerdo con PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos (Papeleo) de 1995, ninguna persona debe responder a un pedido de información a menos que les presenten un número válido de OMB. El número de control válido de OMB para la recolección de esta información es 0938-1191. El tiempo para completar este documento es aproximadamente 45 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos y completar la solicitud. Si tiene comentarios sobre el tiempo destinado a cada respuesta o sugerencias para mejorar la solicitud escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PAR Report Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244-1850.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

Apéndice C: Ayuda para Completar esta Solicitud



Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191
Expira: 09/30/2027

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo <input type="text"/>	
3. Nombre de la organización <input type="text"/>	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/>

Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de Seguros Médicos. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) <input type="text"/>		
2. Dirección <input type="text"/>		3. Dirección 2 <input type="text"/>
4. Ciudad <input type="text"/>	5. Estado <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/>
7. Número de teléfono (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización <input type="text"/>		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/>		

Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.

10. Firma de la PERSONA 1 de esta solicitud <input type="text"/>	11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---	--



Apéndice D: Preguntas sobre cambios en su vida



Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191
Expira: 09/30/2027

(Usted debe llenar el resto de esta solicitud y esta página. No envíe este Apéndice solo).

Si cualquier persona de esta solicitud ha tenido un cambio en su vida, como perder su cobertura médica, casarse, mudarse o tener un bebé, en los 60 últimos días (o espera tenerlos en los próximos 60 días), complete estas preguntas. Ciertos cambios harán que sea elegible para la cobertura del Mercado inmediatamente. También le aconsejamos que responda estas preguntas si está solicitando la cobertura fuera del Período de Inscripción Abierta (del 1 de noviembre al 15 de enero).

Las respuestas a estas preguntas son opcionales. Si su situación no ha cambiado, puede dejar las preguntas en blanco. Usted puede inscribirse para obtener los beneficios de Medicaid y del Seguro Médico para los Niños (CHIP) en cualquier momento del año, aun si sus circunstancias no han cambiado. Los miembros de las tribus federalmente reconocidas y los accionistas nativos de Alaska también pueden inscribirse para conseguir la cobertura a través del Mercado de seguros en cualquier momento del año.

Díganos sobre los cambios en su hogar.

1. ¿Algún miembro perdió su cobertura médica en los últimos 60 días o espera perderla en los próximos 60 días?

Nombre(s)	Fecha en la que terminó o terminará la cobertura (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. ¿Algún miembro se casó en los últimos 60 días?

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

a. ¿Alguna de estas personas tuvo cobertura médica calificada en algún momento durante los pasados 60 días? Sí No

Si contestó si, indique los nombres a continuación:

Nombre(s)

3. ¿Ha sido algún miembro de la familia encarcelado, detenido o puesto en prisión en los últimos 60 días?

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. ¿Ha obtenido algún miembro un estatus migratorio legal en los últimos 60 días?

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. ¿Alguien nació, fue adoptado, dado en adopción o puesto en cuidado temporal en los últimos 60 días?

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. ¿Alguien se convirtió en dependiente debido a una orden de manutención u otra orden judicial en los últimos 60 días?

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. ¿Se ha mudado algún miembro en los últimos 60 días?

Nombre(s)	Fecha de mudanza (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

a. ¿Cuál es el código postal de su dirección anterior? Marque aquí si se mudó de un país extranjero o territorio de EE.UU.

b. ¿Alguna de estas personas calificó para cobertura médica en algún momento durante los últimos 60 días? Sí No

Si contestó si, indique los nombres a continuación:

Nombre(s)