

Aviso de Advertencia de 90 días

Se le puede requerir a un consumidor que envíe documentos que confirmen o añadan a la información que ingresaron en la solicitud del Mercado. Su Aviso de Advertencia incluirá una lista de documentos aceptables e instrucciones para enviarlos.

Enviamos un Aviso de Advertencia como este inmediatamente después de que un consumidor envía su solicitud del Mercado y la documentación adicional. El aviso le recuerda al consumidor sobre toda la documentación que necesita presentar dentro de los próximos 90 días para verificar la elegibilidad de cada miembro del hogar para la cobertura del Mercado. Cada Aviso de Advertencia explica los próximos pasos del consumidor:

- Si la información de su solicitud ha cambiado desde la primera solicitud, necesita actualizar su solicitud del Mercado con la información actual.
- Si no ha enviado toda la documentación requerida, necesita enviar los documentos adicionales en línea o enviarlos por correo antes de la fecha límite especificada.
- Si ya envió toda la documentación requerida, no es necesario tomar acción adicional.

El aviso le advierte al consumidor que, si no envía toda la documentación requerida, puede perder su cobertura del Mercado y cualquier ayuda que pueda recibir para pagarla.

En este ejemplo, la elegibilidad del consumidor para recibir ayuda financiera puede cambiar o terminar si no presenta documentos que confirmen el ingreso anual del hogar. También se les puede solicitar a los consumidores que presenten documentos que confirmen su ciudadanía estadounidense, estatus migratorio, acceso a otra cobertura médica y otra información. Para más información sobre cómo enviar documentos solicitados por el Mercado y ver listas de documentos aceptables, visite CuidadoDeSalud.gov/es/verify-information/documents-and-deadlines.

Karl Njfeaz
15158 Abcde Way
Harrisburg, CT 16385

10/9/2021

Fecha de solicitud: 9/9/2021

Identificación de la solicitud: DUMMY-APP-ID-9212

ATENCIÓN: Revise la siguiente tabla para asegurarse que ha enviado todos los documentos solicitados. Si no presenta los documentos en su fecha límite, se arriesga a perder su cobertura médica del Mercado y cualquier ayuda que está recibiendo para pagar por ésta.

Le estamos dando seguimiento a nuestro pedido de documentos para verificar la elegibilidad para usted o los miembros de su hogar para la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos.

La tabla a continuación muestra la información que necesitamos verificar y que pasará con su cobertura del Mercado si no podemos verificar la información. Las listas de los documentos aceptables para verificar la información están incluidas con esta carta.

Nombre del solicitante	Qué necesitamos verificar*	Documentos necesitados para el	Resultado si no podemos verificar la información
Arthur Pokjfeazvrq	Ciudadanía o estatus migratorio	11/9/2021	La cobertura del Mercado terminará
Harriet Cyxtpokjfea	Ciudadanía o estatus migratorio	11/9/2021	La cobertura del Mercado terminará
Tracy Mihdcyxtso	Su elegibilidad y estatus de inscripción en Medicaid	11/9/2021	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará

Dina ledzyutpokj	Su elegibilidad y estatus de inscripción en Medicare	11/9/2021	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Harriet Awvrqmlhgcb	Su elegibilidad y estatus de inscripción en la cobertura a través de Cuerpo de Paz	11/9/2021	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Mary Srnmihdzyu	Su elegibilidad y estatus de inscripción en TRICARE	11/9/2021	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Zach Okjfeazvuqp	Su elegibilidad y estatus de inscripción de la cobertura a través de Asuntos de Veteranos	11/9/2021	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Earl Hgcbxwsrnmi	No es elegible para una cobertura calificada basada en el empleo	11/9/2021	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado terminará
Mary Uqplkgfbawv	Estatus de indio americano o nativo de Alaska	11/9/2021	La ayuda que está recibiendo para pagar su cobertura del Mercado puede cambiar o terminar

* Estamos pidiendo que verifique la información que se proporcionó en su solicitud sobre usted o miembros de su hogar. Si la información que proporcionó en su solicitud no es correcta, por favor corregir la información en su solicitud, ingrese a su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov o comuníquese al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

¿Qué debo hacer después?

1. Si nos **envió** las copias de documentos aceptables para cada solicitante en la lista anterior, no tiene que hacer nada más. Le notificaremos si necesitamos más información una vez hayamos revisado los documentos que nos envió. Si **aún no ha** enviado los documentos aceptables para cada solicitante en la lista anterior, siga los siguientes pasos:
2. Vea las listas de documentos que se puede utilizar para verificar su información. **Ya sea que cargue o envíe las copias (no originales)** de los documentos que tenga, para que podamos completar la verificación. Es posible que tenga que enviar más de un documento para resolver cualquier problema, lea cuidadosamente las listas.
3. Presente copias de los documentos. Puede enviar copias en línea **o** por correo, sin embargo, **cargarlas es la manera más rápida para obtener que los documentos sean procesados.**
 - Cargar una copia de los documentos a su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov.
 - Iniciar sesión en su cuenta del Mercado y seleccionar "Iniciar 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" de la lista desplegable.
 - o Luego, bajo "Sus solicitudes existentes", seleccione su solicitud actual y haga clic en "Detalles de la solicitud."

- o Verá un botón verde que aparece junto a cada información que hay que verificar. Haga clic en el botón, Seleccione un documento para cargar". Busque el documento en su computadora, seleccione el documento y haga clic en "Cargar". Cuando cargue el documento, aparecerá una marca al lado del nombre del archivo.
- Envíe por correo una **copia** de los documentos -- con la primera página de esta carta -- a la siguiente dirección. Conserve los documentos originales para sus archivos.

Mercado de Seguros Médicos
Attn: Documentación
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750

Recuerde: Si ya envió o cargo los documentos aceptables, no los envíe nuevamente. Una vez revisemos sus documentos, le notificaremos si necesitamos más información.

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. 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.

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://visiteCuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y 45 CFR parte 155, subparte D. El PII utilizado para crear este aviso se recolectó de la información que ya ha proporcionado al 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/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR LA CIUDADANÍA O ESTATUS MIGRATORIO ELEGIBLE

Si quiere mantener su cobertura del Mercado, necesita enviar documentos adicionales. Es necesario que nos envíe la prueba de que usted es un ciudadano o que tiene un estatus de migratorio elegible. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia.

Documentos que demuestran su estatus de ciudadano estadounidense o nacional de EE.UU.

Si usted es un ciudadano, sólo necesita un documento de la primera lista a continuación para probar la ciudadanía estadounidense o la nacionalidad:

- Pasaporte de los EE.UU.
- Certificado de Naturalización (N-550/N-570)
- Certificado de Ciudadanía (N-560/N-561)
- Licencia de manejar emitida por el estado (disponible en Michigan, Nueva York, Vermont, y Washington)
- Documento de tribu india reconocida federalmente que incluya su nombre y el nombre de la tribu india federalmente reconocida que ha emitido el documento y que indica su membresía, inscripción o afiliación con la tribu. Los documentos que puede proporcionar incluyen:
 - Una tarjeta de inscripción tribal
 - Un Certificado de Grado de Sangre India
 - Un documento de censo Tribal
 - Documentos con membrete Tribal firmados por un funcionario Tribal

Si usted es un ciudadano o nacional estadounidense pero no tiene ninguno de los documentos indicados anteriormente, puede enviar dos documentos: uno de la Lista A y uno de la Lista B o uno de la Lista A y dos de la Lista C que aparecen a continuación:

Lista A. Seleccione un (1) documento:

- Certificado de nacimiento público de los EE.UU.
- Informe Consular de Nacimiento en el Extranjero (FS-240, CRBA)
- Certificación de Informe de Nacimiento (DS-1350)
- Certificación de Nacimiento en el Extranjero (FS-545)
- Tarjeta de Identificación de Ciudadano de los EE.UU. (I-197 o la versión anterior I-179)
- Tarjeta de las Marianas del Norte (I-873)
- Decreto de adopción definitivo indicando el nombre de la persona y el lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro de Empleo del Servicio Civil de los EE.UU. indicando empleo antes del 1 de junio de 1976
- Registro militar indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro médico de los EE.UU. de una clínica, hospital, médico, comadrona o institución indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro de seguro de vida, médico o de algún otro tipo de los EE.UU. indicando un lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro religioso indicando el nombre del individuo y el lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Registro escolar indicando el nombre del niño y el lugar de nacimiento en los EE.UU. Registro de censo Federal o Estatal indicando ciudadanía americana o lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Documentación de un niño adoptado nacido en el extranjero que recibió ciudadanía americana automática (IR3 o IH3)

Lista B. 1 documento de la Lista B (más 1 de la Lista A):

- Licencia de manejar emitida por un Estado o Territorio o tarjeta de identificación emitida por un gobierno Federal, estatal o local
- Tarjeta de identificación escolar
- Tarjeta de las fuerzas armadas de los EE.UU. o registro de inducción en las fuerzas armadas o tarjeta de identificación de dependiente Militar
- Tarjeta de Marino Mercante Guardacostas de los EE.UU.
- Tarjeta de Registro de Votante

Estos documentos deben tener una fotografía u otra información, como su nombre, edad, raza, altura, peso, color de ojos, o dirección

- Un registro de clínica, médico, hospital o escuela, incluyendo registros preescolares o de guardería infantil (para los menores de 19 años)

Lista C. O 2 documentos de la Lista C (más 1 de la Lista A):

- 2 documentos que contengan información consistente y prueben su identidad, como identificaciones de empleador, diplomas de escuela secundaria y universidad, certificados de matrimonio, decretos de divorcio, títulos de propiedad, o títulos

--	--

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR SU ESTATUS DE MIGRATORIO

Documentos para comprobar su estatus de migratorio

Envíenos su documento de inmigración más reciente que muestre su estatus actual de inmigración. Solo es necesario presentar uno de los siguientes documentos. Por favor, mantenga su documento original y envíenos una copia.

- Tarjeta de Residente Permanente, "Tarjeta Verde" (I-551)
- Permiso de Readmisión (I-327)
- Documento de Viaje de Refugiado (I-571)
- Tarjeta de Autorización de Empleo (I-766)
- Visa de Inmigrante Legible por Máquina (con lenguaje de I-551 temporal)
- Sello de I-551 temporal (en Pasaporte o 1-94/I-94A)
- Registro de Llegada/Salida (I-94/I-94A)
- Registro de Llegada/Salida en pasaporte extranjero (I-94)
- Pasaporte extranjero
- Certificado de Elegibilidad de Estado de Estudiante No Inmigrante (I-20)
- Certificado de Elegibilidad de Estado de Visitante de Intercambio (DS-2019)
- Aviso de Acción (I-797)
- Documento indicando membresía de una tribu india reconocida federalmente o un indio americano nacido en Canadá
- Certificación de la Oficina de Reubicación de Refugiados (ORR en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos HHS en inglés) de los EE.UU.
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reubicación de Refugiados (ORR) (si tiene menos de 18 años)
- Documento indicando suspensión de expulsión (o suspensión de deportación)
- Orden administrativa suspendiendo la expulsión emitida por el Departamento de Seguridad Nacional

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR QUE NO ESTÁ INSCRITO O ES ELEGIBLE PARA COBERTURA PATROCINADA CALIFICADA POR UN EMPLEADOR

Si quiere mantener la ayuda que está recibiendo para pagar por la cobertura del Mercado, necesita enviar documentos adicionales (ejemplos a continuación) que prueben que no está inscrito o es elegible para la cobertura médica patrocinada por un empleador que sea razonable y ofrezca el estándar de valor mínimo. Si está inscrito en la cobertura médica de su empleador o es elegible para la cobertura médica del empleador que sea razonable y cumpla con el estándar de valor mínimo, usted debe terminar de inmediato su cobertura del Mercado con créditos fiscales para las primas. Si aún desea un plan del Mercado, tendrá que pagar el precio completo sin el crédito fiscal u otros ahorros. El cuadro siguiente presenta tres tipos de documentos que se pueden presentar, sólo tiene que elegir uno, según corresponda. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia.

Documentos para comprobar su estatus de cobertura patrocinada por un empleador

- Herramienta de cobertura del empleador completada (disponible en <https://www.cuidadodesalud.gov/downloads/es/employer-coverage-tool.pdf>)
- Carta u otra documentación de un empleador con esta información:
 - Certificación de que el empleador no ofrece cobertura para el empleado (o miembro de la familia del empleado), o
 - Certificación de que el empleador no ofrece cobertura que cumple el estándar de valor mínimo, o
 - Si el empleador ofrece un plan para el empleado que cumple con el valor mínimo, certificación que indique el costo de la participación del empleado para la prima del plan individual con el costo más bajo que cumple con el valor mínimo (teniendo en cuenta los incentivos para el bienestar)
- Carta del seguro médico con la confirmación de las fechas de cobertura médica y fechas de vencimiento para la cobertura recibida fuera del Mercado.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR SU ESTATUS DE INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

Si quiere mantener la ayuda que está recibiendo para pagar por la cobertura del Mercado, necesita enviar documentos adicionales que prueben su estatus de indio americano o nativo de Alaska. El cuadro siguiente presenta varios tipos de documentos que puede presentar, sólo tiene que elegir uno, según corresponda. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia.

Documentos para comprobar su estatus de indio americano o nativo de Alaska

- Tarjeta de Inscripción/ Membresía tribal
- Documento original de una tribu en la que se declara al individuo como miembro de la misma
- Documento de inscripción o de accionista tribal
 - Documento emitido por la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA en inglés) o por una tribu reconocida federalmente, reconociendo al individuo como un indio americano o Nativo de Alaska. Tiene que ser en papel con membrete tribal o una tarjeta de inscripción/membresía que contiene el sello tribal y/o una firma oficial
 - Documento expedido por un pueblo nativo/tribu de Alaska o una corporación regional o del pueblo del Acto de Asentamiento de las Corporaciones Nativas de Alaska (ANCSA en inglés) que reconoce la condición de accionista
- Certificado del grado de sangre indígena (CDIB en inglés) emitido por BIA o una tribu, si CDIB incluye la información de membresía
- Carta del Mercado que le concede una exención tribal basada en la pertenencia tribal o condición de accionista nativo de Alaska
- Tarjeta de Indio americano I-872 (miembros americanos y mexicanos de Texas y Oklahoma Kickapoo)

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPROBAR QUE NO ESTÁ INSCRITO EN COBERTURA O BENEFICIOS DE OTRA ENTIDAD PÚBLICA

Si quiere mantener la ayuda que está recibiendo para pagar por la cobertura del Mercado, necesita enviar documentos adicionales (ejemplos a continuación) que prueben que no está inscrito en o recibiendo beneficios de cobertura médica de otra entidad pública, como Medicare o Medicaid, o los servicios de salud a través de la Administración de Veteranos o a través del Cuerpo de Paz. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia. Si usted está inscrito en la cobertura médica de otra entidad pública, debe terminar de inmediato su cobertura del Mercado con créditos fiscales para las primas. Si está inscrito en una cobertura médica de otra entidad pública y aún desea un plan del Mercado, tendrá que pagar el precio completo sin un crédito fiscal u otros ahorros. El cuadro siguiente presenta varios tipos de documentos que se pueden presentar, sólo tiene que elegir uno, según corresponda. Por favor, mantenga el documento original y envíenos una copia.

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de Medicaid o CHIP

- Carta o aviso de una agencia de Medicaid o CHIP que demuestre que usted o los miembros de su familia no están inscritos en Medicaid o CHIP
- Carta o aviso de una agencia de Medicaid o CHIP que demuestre que usted o los miembros de su familia no son elegibles para Medicaid o CHIP
- Carta o aviso de una agencia de Medicaid que demuestre que usted o un miembro de la familia están inscritos en un programa de Medicaid que no se considera cobertura calificada. Puede encontrar información más detallada sobre los programas de Medicaid que no ofrecen cobertura calificada en [CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-limited-benefits/](https://www.cuidadodesalud.gov/es/medicaid-limited-benefits/). Si envía documentos que verifican la inscripción en uno de estos programas, es posible que pueda continuar con su ayuda financiera para su cobertura del Mercado:
 - Cobertura de Medicaid sólo para servicios relacionados con el embarazo
 - Cobertura de Medicaid sólo para servicios de planificación familiar
 - Cobertura de Medicaid sólo para cobertura de tuberculosis
 - Cobertura de Medicaid sólo para tratamiento de emergencia
 - Proyectos de demostración de Medicaid que cubren una cantidad limitada de beneficios
 - Cobertura de Medicaid para individuos "necesitados médicamente" cuyos ingresos son demasiado altos para Medicaid tradicional y cubren una cantidad limitada de beneficios. Estos programas se conocen a veces como programas de "Costos compartidos" o "Gasto reducido".
- Una carta describiendo su cobertura médica reciente incluyendo:
 - el nombre del programa de Medicaid/CHIP en el que estuvo inscrito y cuándo terminó su cobertura, o
 - que nunca estuvo inscrito en la cobertura de Medicaid/CHIP, o
 - el nombre del programa Medicaid/CHIP con beneficios limitados en que está inscrito que le permitiría inscribirse en el Mercado con asistencia financiera

Nota: Algunos programas de Medicaid y CHIP son conocidos por nombres específicos de ese estado. Puede encontrar los nombres de los programas para su estado en <https://www.cuidadodesalud.gov/es/medicaid-chip-program-names/>.

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de Medicare Parte A

- Carta o aviso de Medicare o la Administración del Seguro Social que muestre la fecha de terminación de su cobertura de Medicare Parte A
- Documento que muestra que usted o los miembros de su familia están:
 - inscritos en la Parte B de Medicare solamente sin la Parte A o
 - es elegible para, pero no está inscrito actualmente en, Parte A basada en primas.
- Una carta describiendo su cobertura médica reciente incluyendo:
 - cuando terminó su cobertura de la Parte A de Medicare,
 - la fecha de vigencia de la Parte B de Medicare con la explicación de la inelegibilidad para la Parte A, o
 - cuando su cobertura de incapacidad de Medicare terminó.

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de Cuerpo de Paz

- Carta de Cuerpo de Paz con la fecha de vencimiento de cualquier cobertura médica anterior o una carta que demuestre que nunca tuvo este tipo de cobertura.
- Una carta que describe su cobertura médica reciente, incluyendo:
 - Usted ya no es elegible para cobertura médica a través del Cuerpo de Paz, o
 - Usted ya no está inscrito en la cobertura médica a través del Cuerpo de Paz, o

- Nunca fue elegible o estuvo inscrito para cobertura a través del Cuerpo de Paz

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través de TRICARE

- Carta o aviso de TRICARE que muestre la fecha de vencimiento o de cancelación de la cobertura médica anterior
- Carta o aviso de TRICARE que confirma que no es elegible para cobertura médica
- Carta, aviso u otro documento que indique un evento de cambio de vida (como el divorcio) que haría que usted o un miembro de la familia no fuera elegible para la cobertura de TRICARE
- Carta o declaración de TRICARE u otra agencia gubernamental que demuestre que usted o un miembro de la familia están inscritos en un programa de TRICARE que no se considera cobertura calificada. Si envía documentos que verifican la inscripción en uno de estos programas, es posible que pueda continuar con su ayuda financiera para su cobertura del Mercado:
 - TRICARE Plus
 - Atención directa
 - Cuidado en la línea de servicio
 - Cuidado de transición por condiciones relacionadas con el servicio
 - La cobertura de TRICARE limitada a la disponibilidad de espacio en una instalación de servicios uniformados para individuos excluidos de la cobertura de TRICARE para la atención de proveedores del sector privado
- Una carta describiendo cobertura médica reciente incluyendo:
 - Cuando su inscripción en la cobertura de TRICARE terminó, o
 - Que nunca estuvo inscrito en TRICARE

Puede enviar copias de los siguientes documentos aceptables para verificar que no está cubierto o es elegible para la cobertura a través del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)

- Carta del VA que muestra la fecha de vencimiento de la cobertura médica anterior
- Carta de la VA indicando que usted tiene derecho al tratamiento por incapacidades relacionadas con el servicio sólo en menos del 50 por ciento.
- Una carta describiendo su cobertura médica reciente incluyendo:
 - Su estado de inscripción en la cobertura médica a través de VA,
 - El nombre del programa de VA en el que está inscrito (si corresponde), o
 - Que está inscrito en un servicio de cobertura de incapacidad sólo con menos del 50 por ciento