



Solicitud para la Cobertura Médica

➔ Solicite más rápidamente en línea en CuidadoDeSalud.gov.



¿Quién puede usar esta solicitud?

Cualquier persona que necesite cobertura médica y no necesita ayuda con los costos puede utilizar esta solicitud.

Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, es posible que necesite completar el Apéndice C.



¿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 tal vez reciba una llamada del Mercado de Seguros Médicos si se necesita más información. Recibirá un Aviso de Elegibilidad por correo una vez que procesemos su solicitud.

Enviar la solicitud no significa que ha comprado un seguro médico.



Obtenga ayuda con los costos

Usted debe usar una solicitud diferente para obtener ayuda con los costos. Pudiera calificar para:

- Un crédito tributario que puede ayudarlo a disminuir los costos de la prima mensual de la cobertura médica.
- Cobertura gratis o a un bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). **Ciertos niveles de ingresos pueden calificar para programas gratuitos o de bajo costo.**

Visite CuidadoDeSalud.gov o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado para conocer más.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** CuidadoDeSalud.gov
- **Por teléfono:** Llame a a nuestro Centro de Llamadas al **1-800-318-2596**. TTY **1-855-889-4325**.
- **En persona:** Pueden haber asistentes en su zona para ayudarlo. Visite nuestra página web 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.





Escriba en letras mayúsculas usando tinta azul o negra.

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

Paso 1: Díganos sobre usted. (PERSONA 1)

(Necesitamos un adulto del hogar que será la persona a contactar para su solicitud).

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo	
<input type="text"/>							
2. Dirección residencial (deje el espacio en blanco si no tiene una)						3. Dirección residencial 2	
<input type="text"/>						<input type="text"/>	
4. Ciudad			5. Estado	6. Código Postal		7. Condado	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)						9. Dirección postal 2	
<input type="text"/>						<input type="text"/>	
10. Ciudad			11. Estado	12. Código Postal		13. Condado	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
14. Número de teléfono				15. Otro número de teléfono			
(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico?..... ○ Sí ○ No							
Dirección de correo electrónico: <input type="text"/>							
17. Idioma preferido: Escrito				Hablado			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
18. ¿Necesita cobertura médica?							
○ SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo. ○ NO. Si no, vaya al Paso 2 en la página 2. (Deje el resto de esta página en blanco).							
19. Número de Seguro Social (SSN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
★ Necesitamos el número de Seguro Social si quiere una cobertura médica y tiene un SSN o puede obtener uno. 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. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite SSA.gov . Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.							
20. Sexo				21. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
○ Mujer ○ Hombre				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
22. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU. ? ○ Sí ○ No							
23. ¿Está naturalizado o es un ciudadano derivado ? (Generalmente significa que ha nacido en el extranjero).							
○ SÍ. Llene a y b. ○ NO. Siga a la pregunta 24.							
a. Número de extranjero:				b. Número de ID del documento:			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Después de responder a y b, vaya a la pregunta 25.							
24. 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.			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
# de extranjero o I-94				Número de tarjeta o de pasaporte			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
ID SEVIS o fecha de expiración (opcional)				Otro (código de categoría o país de emisión)			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

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.

25. Si es Hispano/Latino:
 Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

26. 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: Díganos sobre quién más necesita cobertura médica.

(Si necesita incluir más personas, haga una copia de las páginas 2-3 y adjúntelas)

PERSONA 2

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Cuál es la relación con la Persona 1?			
3. Número de Seguro Social (SSN)		4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
_ _ - _ - _ _ _ _		_ / _ / _ _ _ _	
5. Sexo			
<input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre			
6. ¿Vive esta persona en la misma dirección que usted?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
No, escriba la dirección: _____			
7. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana de los EE.UU. o nacional de lo EE.UU. ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
8. ¿Está naturalizado o es un ciudadano derivado ? (Generalmente significa que ha nacido en el extranjero). <input type="radio"/> SÍ. Llene a y b. <input type="radio"/> NO. Siga a la pregunta 9.			
a. Número de extranjero:		b. Número de ID del documento:	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Después de responder a y b, pase a la pregunta 10.			
9. Si esta persona no es ciudadano o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="radio"/> Sí. Escriba el # de documento y tipo. Vea las instrucciones.			
Tipo de documento de Inmigración	Tipo de estatus (opcional)	Escriba el nombre de la PERSONA 2 como aparece en el 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)	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
¿Es la PERSONA 2 o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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.

10. Si es Hispano/Latino:
 Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

11. 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 3: Miembro(s) de hogar Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden obtener servicios del Servicio de Salud para Indígenas, programas de salud tribales, o programas urbanos de salud para indígenas. También pueden no tener que pagar el costo compartido y pueden tener Periodos Especiales de Inscripción mensuales. Conteste estas preguntas para que su hogar reciba la mayor ayuda posible.

1. ¿Es usted o algún miembro de su hogar Indio Americano o Nativo de Alaska?
 NO. No conteste las preguntas 2 y 3. **SÍ.** Continúe. Si tiene más personas que incluir haga una copia a esta página y adjúntela.

2. Nombre (Primer nombre, Segundo Nombre, Apellido)

3. ¿Es miembro de una tribu federalmente reconocida?..... Sí No

Nombre de la tribu: _____	Estado donde está localizada la tribu <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		



Paso 4: Lea y forme esta solicitud

¿Está en prisión (detenido/encarcelado) alguna de las personas incluidas en la solicitud? Sí No

Sí. Díganos el nombre:

Llene el círculo si se ha emitido una sentencia.

- 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 elije 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 evidencia.

¿Qué puedo hacer si pienso que mi aviso de elegibilidad está equivocado?

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 a través del Mercado de seguros. 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)