

Preguntas del formulario

1. ¿Cuál de las siguientes opciones lo describe mejor?
 - ☐ Un individuo o familia que actualmente NO tiene seguro médico del Mercado, pero que está interesado en obtenerlo
 - ☐ Un individuo o familia que actualmente tiene seguro médico del Mercado
 - ☐ Un amigo o familiar que está ayudando a otra persona interesada en el seguro médico del Mercado
 - ☐ Un asistente o navegador certificado del Mercado
 - ☐ Un corredor o agente certificado del Mercado
 - ☐ Un representante de una compañía de seguros
 - ☐ Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál es la razón principal por la que visitó "Encuentre Ayuda Local" hoy?

ROTAR

- ☐ Obtener información sobre el seguro médico del Mercado (como su funcionamiento, qué cubre o información sobre costos)
- ☐ Buscar información sobre Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- ☐ Recibir ayuda para completar una solicitud
- ☐ Recibir ayuda para buscar y comparar planes
- ☐ Recibir ayuda para inscribirse o reinscribirse en un plan
- ☐ Encontrar a alguien que pueda asistirme en persona
- ☐ Encontrar a alguien que pueda asistirme por teléfono
- ☐ Encontrar a alguien que pueda asistirme de forma virtual o en línea
- ☐ Encontrar a alguien que pueda asistirme en mi propio idioma
- ☐ Ninguna de estas razones

1. ¿Pudo completar con éxito la actividad que se propuso realizar durante su visita de hoy?
 - ☐ Sí
 - ☐ No

- o No lo sé
- o No aplica: no intenté realizar ninguna actividad

4. ¿Cómo podemos mejorar esta página? (respuesta abierta)

Declaración de divulgación de la PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo 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 de la OMB válido para esta solicitud de información es [0938-1382]. Esta recopilación de información es voluntaria y se usará para mejorar el contenido y el diseño de la página de Encuentre Ayuda Local en los sitios web en inglés y español para <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de menos de 2 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios para revisar y completar la recopilación de información. Esta recopilación de información es voluntaria. No nos comprometemos a la confidencialidad, ya que no recopilamos ninguna información privada ni información confidencial ni otra información confidencial. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.