
[hh_contact_first_name] [hh_contact_last_name] [todays_date]
[hh_contact_street_name_1]
[special_address_2_line]
[hh_contact_city_name], [hh_contact_state_code] [hh_contact_zip_plus_4_code]

IMPORTANTE: Miembros en su hogar todavía están inscritas en un plan del Mercado, pero ya no recibirán ayuda financiera.

Fecha de solicitud: [application_submission_date]
Identificación de la solicitud (ID): [application_identifier]

Estimado(a) [hh_contact_first_name]:

Usted está recibiendo este aviso porque las personas que figuran a continuación ya no recibirán ayuda financiera para ayudar a pagar por su cobertura a través de un plan de salud del Mercado. Todavía tendrán un plan del Mercado, pero no recibirán los pagos adelantados (anticipos) del crédito fiscal (APTC) y reducciones de costos compartidos (CSR), si aplican, por su parte de la prima del plan y servicios cubiertos del Mercado. **Este cambio comenzará el [effective date].**

- [application_member_names]
- [application_member_names]
- [application_member_names]
- [application_member_names]

Si estas personas no quieren pagar el costo total por su parte de la prima y servicios cubiertos, tendrán que cancelar su cobertura del Mercado inmediatamente. Nota: Es posible que los consumidores inscritos en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) que eligen permanecer en la cobertura del Mercado pagando el costo total no serán elegibles para CHIP. Para más información sobre cómo cancelar la cobertura del Mercado, consulte la sección "¿Qué debo hacer ahora?" a continuación.

Para cualquier persona en el plan del Mercado que no está en la lista, su cobertura del Mercado continuará y el Mercado se volverá a determinar su elegibilidad para el APTC y CSR. Según la información que indicó en la solicitud, su unidad familiar es ahora elegible para un crédito fiscal mensual de \$[maxAPTC], que es de \$[maxAPTC x 12] para el año. Recibirá un aviso actualizado sobre la determinación de elegibilidad para el hogar informándole la cantidad de APTC/CSR que su hogar puede usar para ayudar a pagar por la cobertura del Mercado, si le aplica.

Comuníquese con su plan para averiguar su parte de la cantidad total de la prima, después de este cambio.

El por qué finaliza la ayuda financiera para pagar la cobertura del Mercado

Las personas inscritas en Medicaid o el Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP) no son elegibles para los APTC y CSR. El Mercado recibió información del programa de Medicaid o CHIP de su estado indicando que las personas mencionadas anteriormente están inscritas en uno de esos programas, al mismo tiempo que están inscritos en la cobertura del Mercado con la ayuda financiera.

El Mercado le envió un aviso pidiéndole que cancele la cobertura del Mercado con APTC/CSR para las personas mencionadas anteriormente o que actualice su solicitud antes del [PDM timer end date] para mostrarle al Mercado que no estaban inscritos en Medicaid o CHIP. Como no tomó medidas antes de la fecha límite, cambios fueron hechos en la elegibilidad de su hogar para recibir ayuda financiera.

Las personas mencionadas anteriormente pueden optar por continuar la cobertura del Mercado sin la ayuda financiera. **Si optan por permanecer en la cobertura del Mercado, pagando el costo total, deben notificar a su agencia estatal de Medicaid o CHIP de su inscripción en el Mercado; ya que podrían no ser elegibles para CHIP.**

¿Qué debo hacer ahora?

Para cada persona que aparece en este aviso, si está inscrita en [State Medicaid Program Name] (Medicaid) o [State CHIP Program Name] (CHIP) y quiere cancelar la cobertura del Mercado, hay dos maneras de hacer esto:

- Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/cancelling-marketplace-plan](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/cancelling-marketplace-plan) para obtener instrucciones sobre cómo cancelar la cobertura del Mercado en línea, O
- Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Si cree que alguien enumerado anteriormente no está inscrito en Medicaid o CHIP, si no está seguro si alguien enumerado anteriormente está inscrito en o ha sido determinado elegible para estos programas, puede confirmar la información llamando a su oficina estatal de Medicaid o CHIP. También puede hacer referencia a las instrucciones a continuación en "¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión del Mercado?"

- **Para encontrar su agencia estatal de Medicaid:** Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip), vaya a "Solicitar Medicaid y CHIP de 2 Maneras" y seleccione su estado en el menú desplegable.

- **Para encontrar su agencia estatal CHIP:** Visite espanol.insurekidsnow.gov o llame al 1- 877-543-7669.

Nota: La mayoría de Medicaid cuenta como cobertura médica calificada (también llamada “cobertura esencial mínima”), pero algunas formas de Medicaid sólo cubren beneficios limitados (como Medicaid que sólo cubre el cuidado de emergencia, planificación familiar o servicios relacionados con el embarazo) y no son consideradas cobertura calificada. (Para más información sobre cuales programas de Medicaid son considerados como cobertura esencial mínima, visite: CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-limited-benefits). La mayoría de la cobertura CHIP se considera cobertura calificada.

Si usted o alguien en su solicitud está inscrito en un programa de Medicaid que ofrece beneficios limitados (no se considera cobertura calificada), todavía puede ser elegible para APTC/CSR que ayuda con las primas de su plan del Mercado y servicios cubiertos.

¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión del Mercado?

En muchos casos, puede apelar la decisión del Mercado sobre su elegibilidad para cobertura, incluyendo la elegibilidad para los APTC y CSR. Se le envió un aviso final de determinación de elegibilidad con información sobre cómo puede apelar si cree que esta decisión es incorrecta.

Para obtener más ayuda

- Visite 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 un asistente para recibir ayuda. La información está disponible en 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 disponible a través del Centro de Llamadas del Mercado.
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado para obtener esta información en un formato alterno 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://visiteCuidadoDeSalud.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. El PII utilizado para crear este aviso se recolectó de la información que le 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 del 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.