

## Solicitud de apelación de elegibilidad del empleador

Complete este formulario dentro de **los 90 días** a partir del aviso del Mercado que le informa que un empleado está inscrito en un plan de salud calificado con pagos de crédito fiscal anticipados de la prima y reducciones de costos compartidos (si aplica) en parte porque su empresa no le ofreció al empleado una cobertura de salud asequible que cumplía con las normas de valor mínimo. **Por favor complete y envíe un formulario por separado para cada empleado nombrado en el aviso que está apelando.**

**Importante:** La apelación solo puede determinar si su empleado era elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura a través del Mercado. **La apelación NO determinará si su organización debe pagar el pago de responsabilidad compartida del empleador.** Solo el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por su sigla en inglés), no el Mercado de Seguros Médicos® o el Centro de Apelaciones del Mercado, puede determinar qué empleadores están sujetos al pago de responsabilidad compartida del empleador según lo establecido en la sección 4980H del código de impuestos internos.

### PASO 1 Información de contacto

#### Contacto principal

La persona identificada en esta sección actuará como el contacto principal durante su apelación.

Primer nombre:

Apellido:

Título:

Organización (si aplica):

Número de teléfono durante el día:

Correo electrónico:

Dirección postal:

Número de apartamento o suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

#### Contacto secundario (Opcional)

Esta es una persona adicional que puede actuar en su nombre durante la apelación.

Primer nombre:

Apellido:

Título:

Organización (si aplica):

Número de teléfono durante el día:

Correo electrónico:

Dirección postal:

Número de apartamento o suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

## PASO 2 Información sobre el empleador que está apelando

Nombre de la empresa:

Número de identificación (EIN) del empleador:

Número de teléfono durante el día:

Correo electrónico:

Dirección postal:

Número de apartamento o suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

## PASO 3 Información sobre el aviso que está apelando

Por favor, envíe una copia del aviso del Mercado que identifica al empleado cuando presente su apelación.

Fecha del aviso (dd/mm/aaaa):

Número de Identificación de la solicitud del empleado # (si está disponible):

Primer Nombre del empleado:

Apellido del empleado:

Dirección postal del empleado:

Número de apartamento o suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

### ¿Qué Mercado emitió el aviso?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Access Health CT            | <input type="checkbox"/> Health Source Rhode Island     | <input type="checkbox"/> Pennie  |
| <input type="checkbox"/> BeWellNM                    | <input type="checkbox"/> Kynect                         | <input type="checkbox"/> Vermont Health Connect  |
| <input type="checkbox"/> Connect for Health Colorado | <input type="checkbox"/> MNSure                         | <input type="checkbox"/> Virginia's Insurance Marketplace                                    |
| <input type="checkbox"/> CoverME                     | <input type="checkbox"/> Maryland Health Connection     | <input type="checkbox"/> Your Health Idaho   |
| <input type="checkbox"/> Covered California          | <input type="checkbox"/> Massachusetts Health Connector | <input type="checkbox"/> El Mercado de Seguros Médicos<br>facilitado por el gobierno federal |
| <input type="checkbox"/> DC Health Link              | <input type="checkbox"/> New York State of Health       |  |
| <input type="checkbox"/> Get Covered NJ              |   |  |

## PASO 4 Razón de la apelación

### ¿Por qué está apelando la determinación del Mercado?

- Este empleado estaba inscrito en cobertura patrocinada por el empleador.
- Este empleado estaba inscrito en un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (HRA, por su sigla en inglés).
- A este empleado se le ofreció cobertura asequible patrocinada por el empleador que cumplía con las normas de valor mínimo.
- A este empleado se le ofreció un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual asequible (HRA, por su sigla en inglés).
- Este empleado era elegible para cobertura asequible patrocinada por el empleador que cumplía con las normas de valor mínimo después de un período de espera.
- Este empleado era elegible para un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (HRA, por su sigla en inglés) después de un período de espera.

**Notificación:** El Centro de Apelaciones del Mercado no tiene la autoridad para revisar los siguientes asuntos:

- El empleado mencionado en el aviso del Mercado no ha trabajado para su compañía este año.
- El empleado mencionado en el aviso no es un empleado de tiempo completo.
- El empleado mencionado en el aviso no es empleado de su compañía.
- Su compañía no tiene al menos 50 empleados.

---

### Explique por qué cree que la determinación del Mercado es incorrecta.

Su explicación debe incluir la razón por la que cree que este empleado no debería ser elegible para pagos de crédito fiscal anticipados de la prima y reducciones de costos compartidos (si aplica).

## PASO 5 Envíe documentos para ayudar a su apelación (Opcional)

Es posible que desee enviar documentos con su solicitud para ayudar a comprobar por qué cree que la decisión del Mercado de conceder pagos de crédito fiscal anticipados de la prima y reducciones de costos compartidos (si aplica) era incorrecta. Envíe copias, no originales, ya que sus documentos no serán devueltos.

Además de enviar una copia del aviso que recibió del Mercado, incluya documentos que comprueban lo siguiente:

- Al empleado se le ofreció cobertura o un HRA de cobertura individual (por ejemplo, un formulario o carta que confirma la elección de beneficios del empleado, un formulario o aviso de declaración de cobertura patrocinada por el empleador, página de resumen de beneficios del empleado o una carta de la compañía de seguros de salud indicando que el empleado está inscrito en cobertura patrocinada por el empleador)
- La cobertura era asequible (por ejemplo, una hoja de tarifas de la cobertura ofrecida al empleado o un resumen de beneficios con las fechas de vigencia de la cobertura)
- El plan individual de menor costo cumple con las normas de valor mínimo (por ejemplo, página de resumen de beneficios y cobertura (SBC, por su sigla en inglés) con las fechas de inicio y finalización de la cobertura o un informe de certificación de valor mínimo de un actuario acreditado por la Academia Estadounidense de Actuarios)

Para obtener más información sobre el tipo de documentos que puede enviar, consulte la guía de verificación de documentos de apelación del empleador en [cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Employer-Initiatives/Employer-Initiatives](https://cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Employer-Initiatives/Employer-Initiatives). (en inglés).

---

## PASO 6 Firma

Al completar, firmar y fechar a continuación, autorizo al Centro de Apelaciones del Mercado a realizar una revisión para determinar si el empleador mencionado en este formulario ofreció cobertura esencial mínima a través de un plan patrocinado por el empleador que se considere asequible para el empleado en cuestión y cumple con las normas de valor mínimo.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente de apelación del Mercado y que cierta información sobre la determinación de elegibilidad del empleado en cuestión puede o no estar a mi disposición como se describe en los reglamentos en el Código del Reglamento Federal (CFR, por su sigla en inglés) 45 §155.555 (g)(2) y CFR 45 §155.555 (h).

Al firmar este formulario bajo pena de perjurio, declaro que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas que he respondido a mi leal saber. Se que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proveo información falsa.

**Nombre impreso (Primer nombre, Apellido)**

**Firma**

**Fecha (dd/mm/aaaa)**

## PASO 7 Cómo enviar su apelación

Firme el formulario completado y envíe sus documentos ya sea:

- **Por correo:** Mercado de Seguros Médicos  
Attn: Apelaciones  
465 Industrial Blvd.  
London, KY 40750-0061
- **Por fax seguro:** 1-877-369-0131

---

### Para más ayuda

Si tiene preguntas, comuníquese con el Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de operaciones es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:30 p.m., hora del este (ET, por su sigla en inglés).

### Asistencia lingüística

Si necesita ayuda con su apelación en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-231-1751 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### Accesibilidad

Usted tiene derecho a recibir información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille, o audio. Llame al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### La privacidad y el uso de su información

El Mercado de Seguros Médico protege la privacidad y seguridad de la información que usted ha proporcionado. Para ver la Declaración de la ley de privacidad, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/individual-privacy-act-statement](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/individual-privacy-act-statement). Estamos autorizados a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación de respaldo, incluyendo números de Seguro Social, bajo la Ley de protección al paciente y cuidado de salud a bajo precio (ley pública no. 111-148), enmendada por la Ley de reconciliación de cuidado de salud y educación del 2010 (ley pública no. 111-152), implementando los reglamentos en el Código del Reglamento Federal (CFR, por su sigla en inglés) 45 parte 155, sub-parte F, y la Ley del Seguro Social. Para obtener más información sobre la privacidad y seguridad de su información, visite [CuidadoDeSalud.gov/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/privacy).

### Nondiscrimination

El Mercado de Seguros Médico no excluye, niega beneficios, o discrimina en contra de personas debido a su raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo (incluyendo orientación sexual o identidad de género), o edad. Si usted cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando el sitio web en [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/spanish/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/spanish/index.html), o por correo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU./200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

Este producto fue producido a costo de los contribuyentes de impuestos fiscales de los EE. UU.

El Mercado de Seguros Médico® es el nombre registrado con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

**This Notice has Important Information.** This notice has important information about your Marketplace eligibility appeal. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1-855-231-1751 and tell the agent the language you need and you'll be connected with an interpreter.

**العربية (Arabic) هذا الإشعار به معلومات هامة.** هذا المعلومات به معلومات هامة عن جاذبيتك للأهلية في السوق. ابحث عن التواريخ الأساسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى اتخاذ إجراء بحلول مواعيد نهائية معينة. لديك الحق في الحصول على هذا المعلومات والمساعدة بلغتك دون تكلفة. اتصل برقم 1-855-231-1751 وأخبر المندوب باللغة التي تحتاجها وسيتم الاتصال بك بحضور مترجم.

**中文 (Chinese) 本通知包含重要資訊。** 本通知包含與您的 Marketplace 資格申訴相關的重要信息。請在此通知中查找關鍵日期。您可能需要在一定的截止日期前採取行動。您有權免費獲取此資訊以及以您的語言提供的幫助。請致電 1-855-231-1751 並將您所需要的語言告訴代理，會有譯員與您聯絡。

**Français (French) Cet avis contient des informations importantes.** Cet avis contient des informations importantes sur l'appel que vous avez fait au sujet de votre admissibilité au Marché de l'assurance santé. Vérifiez les dates clés dans cet avis. Il se peut que vous ayez des démarches à entreprendre avant certaines dates. Vous pouvez obtenir ces informations ainsi que de l'aide dans votre langue gratuitement. Appelez le 1-855-231-1751 et dites à l'agent la langue souhaitée, on vous mettra alors en contact avec un(e) interprète.

**Kreyòl (French Creole) Avi sa a gen Enfòmasyon Enpòtan ladan.** Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan ladan konsènan kontestasyon kalifikasyon pou Mache ou a. Chèche dat kle yo ki nan avi sa a. Ou ka bezwen aji avan sèten dat limit. Ou gen dwa pou jwenn enfòmasyon sa a ak èd nan lang ou gratis. Rele 1-855-231-1751 epi di ajan an ki lang ou bezwen epi y ap mete ou an kontak ak yon entèprèt.

**Deutsch (German) Dieser Hinweis enthält wichtige Information.** Dieser Hinweis enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Berufung von Anspruchsberechtigung bei Marketplace. Suchen Sie in diesem Hinweis nach den relevanten Daten. Behalten Sie Fristen im Auge. Ein kostenloser Service bei dem Sie Informationen und Hilfe in Ihrer Muttersprache erhalten steht Ihnen unter der Nummer 1-855-231-1751 zur Verfügung. Rufen Sie an und geben Sie Ihre Muttersprache an. Sie werden daraufhin mit einem Dolmetscher verbunden.

**ગુજરાતી (Gujarati) આ નોટિસ માં અગત્યની માહિતી છે.** આ નોટિસમાં તમારી માર્કેટપ્લેસ અપીલ વિશે અગત્યની માહિતી છે. આ નોટિસમાં રહેલી મહત્વની તારીખો જુઓ. તમારે અમુક ડેડલાઇન્સ સુધીમાં ચોક્કસ પગલાં લેવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ પ્રકારના ખર્ચા વિના આ માહિતી મેળવવાનો અને તમારી ભાષામાં મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-855-231-1751 પર કોલ કરો અને એજન્ટને તમને જોઈતી ભાષા વિશે કહો. તમારો સંપર્ક તરત જ એક દુભાષિયા સાથે કરાવવામાં આવશે.

**Italiano (Italian) Questo avviso contiene informazioni importanti.** Questo avviso contiene informazioni importanti relative all'appello da lei presentato a Marketplace circa la sua idoneità. Cerchi nell'avviso le date chiave: potrebbe esserle richiesto di agire entro certe scadenze. Lei ha diritto a ricevere gratuitamente aiuto e spiegazioni nella sua lingua. Chiami il numero 1-855-231-1751 e dica all'operatore la lingua di cui ha bisogno; l'operatore la metterà in contatto con un interprete.

**日本語 (Japanese) 本通知には重要な情報が含まれています。** 本通知には、Marketplace 資格申立に関する重要な情報が含まれています。本通知内の主な日付を確認してください。指定された日付に申立を行う必要があります。あなたは、本情報を取得する権利があり、無料の言語翻訳サービスを受けることができます。1-855-231-1751 にお電話いただければ、あなたの国の言語で話すことができる通訳者につながります。

**한국어 (Korean) 이 통지에는 중요한 정보가 있습니다.** 이 통지에는 마켓플레이스 적격성 항소에 대한 중요한 정보가 있습니다. 이 통지서에서 중요한 날짜를 찾으십시오. 일정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하는 이 정보를 얻고 무료로 언어 도움을 받을 수 있는 권리가 있습니다. 1-855-231-1751 로 전화하여 상담원에게 필요한 언어를 알려 주시면 통역사와 연결됩니다.



**Polski (Polish) To zawiadomienie zawiera ważne informacje.** To zawiadomienie zawiera ważne informacje na temat Państwa odwołania w kwestii kwalifikowalności na Marketplace. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty w tym zawiadomieniu. Być może będą Państwo musieli podjąć jakieś działania w określonych terminach. Mają Państwo prawo do uzyskania tej informacji w swoim języku bez ponoszenia dodatkowych kosztów. Prosimy o telefon pod numer 1-855-231-1751, aby porozmawiać z naszym przedstawicielem i powiedzieć, o jaki język chodzi, a zostaniecie Państwo połączeni z tłumaczem.

**Português (Portuguese) Este comunicado contém informações importantes.** Este comunicado contém informações importantes sobre o seu pedido de notificação de elegibilidade do Marketplace. Procure datas importantes neste aviso. Talvez você precise tomar medidas de acordo com determinados prazos. Você tem o direito de obter essas informações e conseguir ajuda, sem custo algum, no seu próprio idioma. Ligue para 1-855-231-1751 e informe o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita para que você seja conectado com um intérprete.

**Русский (Russian) В этом уведомлении содержится важная информация.** В этом уведомлении содержится важная информация о Вашей апелляции относительно соответствия требованиям системы Marketplace. Найдите важные даты в этом уведомлении. Возможно, Вам нужно предпринять действия к определенному сроку. У Вас есть право получить эту информацию и помощь на Вашем родном языке бесплатно. Позвоните по номеру 1-855-231-1751 и сообщите агенту, какой язык Вам нужен, и Вас соединят с переводчиком.

**Español (Spanish) Este Aviso contiene Información Importante.** Este aviso tiene información importante acerca de su apelación de elegibilidad del Mercado. Preste atención a las fechas importantes que aparecen en este aviso. Es posible que deba tomar acción dentro de ciertos plazos. Usted tiene derecho a recibir esta información y asistencia en su idioma sin costo alguno. Llame al 1-855-231-1751 e indique al agente el idioma que necesita y lo pondrán en comunicación con un intérprete.

**Tagalog (Tagalog) Ang Abisong Ito ay May Mahalagang Impormasyon.** Ang abisong ito ay may mahalagang impormasyon tungkol sa apela mo sa pagiging narapat sa Marketplace. Maghanap ng mga pangunahing petsa sa abisong ito. Maaaring kailanganin mong kumilos bago sumapit ang mga partikular na deadline. May karapatan kang makuha ang impormasyong ito sa wika mo ng wala kang gagastusin. Tumawag sa 1-855-231-1751 at sabihin sa agent ang kailangan mong wika at ikokonekta ka sa tagapagsalin ng wika.

**Tiếng Việt (Vietnamese) Thông Báo Này có chứa Thông Tin Quan Trọng.** Thông báo này có thông tin quan trọng về kháng cáo tính đủ điều kiện của Thị Trường. Tìm những ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể cần phải thực hiện theo thời hạn nhất định. Quý vị có quyền nhận thông tin này và nhận được trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị. Vui lòng gọi số 1-855-231-1751 và báo cho đại lý biết ngôn ngữ quý vị cần và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

