

Solicitud de exención de pago de responsabilidad compartida para particulares que no puedan pagar cobertura de seguro médico y vivan en uno de los Estados que gestionan su propio mercado de seguros

LO QUE NECESITAS SABER



Presente esta solicitud para pedir una exención de pago de responsabilidad compartida

- Desde 2014, todo ciudadano debe tener un seguro médico o realizar un "pago de responsabilidad compartida" en su declaración federal de impuestos.
- Algunas personas están exentas de realizar este pago. Esta solicitud corresponde a una categoría de exención, y usted verá otras categorías cuando presente su declaración federal de impuestos.
- Si no va a realizar una declaración federal de impuestos porque sus ingresos se encuentran por debajo del límite declarable, no tiene que solicitar la exención. Si no está seguro, es preferible que presente una solicitud de exención.



¿Quién puede presentar esta solicitud?

- **Presente esta solicitud si el estado donde vive gestiona su propio mercado de seguros. Visite HealthCare.gov, o llame al 1-800-318-2596 para saber si su estado gestiona su propio mercado de seguros. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325.**
- **Presente esta solicitud si no puede pagar un seguro médico. Si usted obtiene la exención, podría adquirir la cobertura catastrófica.**
- Presente esta solicitud para pedir una exención para meses futuros. Si quiere una exención para todo el año calendario, tendrá que solicitarla antes del inicio de año. Si no puede pagar un seguro médico, también puede pedir una exención en su declaración federal de impuestos.
- Puede presentar una solicitud para pedir esta exención para más de un miembro de su familia a efectos fiscales.



¿Qué necesita para solicitarla?

- Números de seguro social (SSNs, por sus siglas en inglés), si los tiene.
- Información relativa a empleadores e ingresos de cada uno de los miembros de su familia (por ejemplo, comprobantes de pago, formularios W-2 o declaraciones salariales y tributarias).
- Información relativa a cualquier tipo de seguro médico laboral con el que cuente su familia.
- Verificación de sus ingresos anuales de 2014 Vaya a la página 6 para ver más ejemplos de documentación que usted puede enviar.



¿Por qué solicitamos esta información?

Pedimos los Números de seguro social y otro tipo de información para asegurarnos de que su exención será tenida en cuenta cuando presente la declaración federal de impuestos. **Toda la información que usted nos proporcione es confidencial y será mantenida en privado, tal y como lo dicta la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite HealthCare.gov o lea las instrucciones.



¿Qué sucede a continuación?

Envíe el formulario completado y firmado a la dirección que se encuentra en la página 5. Le informaremos en un plazo de una o dos semanas y le haremos saber si necesitamos información adicional. Si se aprueba la exención, le daremos un Número de certificado de exención que tendrá que presentar en su declaración federal de impuestos. Si no tiene noticias nuestras, visite HealthCare.gov, o llame al Centro de asistencia del mercado de seguros médicos al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.



Obtenga ayuda para llenar el formulario

- **En internet:** HealthCare.gov.
- **Por teléfono:** Llame al Centro de asistencia del mercado de seguros médicos al **1-800-318-2596**.
- **En persona:** En la zona donde vive debe haber asesores que le ayudarán. Visite HealthCare.gov o llame al **1-800-318-2596** para solicitar más información.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596** y dígame al representante de atención al cliente en qué idioma necesita el formulario. Le ayudaremos sin ningún costo. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. ACCESIBILIDAD.SBM

PASO 1 Cuéntenos de usted.

(Necesitamos que la persona de contacto de su solicitud sea un miembro mayor de edad de su familia a efectos fiscales).

¿Vive usted en California, Colorado, el Distrito de Columbia, Hawái, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nevada, Nueva York, Oregon, Rhode Island, Vermont o Washington?

Sí. Llene esta solicitud.

¿Vive usted en Connecticut?

Sí. Visite AccessHealthCT.com, o llame al 1-855-805-HEALTH (1-888-805-4325) para informarse sobre cómo solicitar esta exención.

¿Vive usted en otro estado?

Sí. Presente la "Solicitud de exención de pago de responsabilidad compartida para particulares que no pueden pagar cobertura de seguro médico y que vivan en uno de los Estados con mercado de seguros favorecido federalmente."

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de domicilio (deje el espacio en blanco si no tiene uno.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado [][]	6. Código postal [][][][][][]	7. Condado
8. Dirección de correo postal (si es diferente que la del domicilio)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado [][]	12. Código postal [][][][][][]	13. Condado
14. Número de teléfono ([][][]) - [][][] - [][][]		15. Otros números de contacto ([][][]) - [][][] - [][][]	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. ¿En que idioma prefiere hablar o escribir (en caso de que no sea inglés)?			

PASO 2 Cuéntenos de su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Cuéntenos de todos los miembros que figuren en su declaración federal de impuestos, incluso si no requieren de esta exención. (Si se autoriza esta exención, tendrá que declarar impuestos para poder beneficiarse de ella). Si se autoriza esta exención, le enviaremos un Número de certificado de exención con la carta de autorización. Guárdela en sus archivos. Tendrá que introducir dicho número en su declaración federal de impuestos cuando la presente.

Repita el Paso 2 por cada uno de los miembros de su familia.

Empiece por usted, luego añada a los otros adultos y a los menores (incluso si no entran en la solicitud de exención). Si hay más de dos miembros en su familia, tendrá que fotocopiar la página 3 y adjuntar las copias. No necesita presentar documentos de estatus de inmigración ni Número de seguro social (SSN) para los miembros de su familia que no necesitan la exención. Mantendremos segura y en privado toda la información que nos dé, tal y como lo dicta la ley. Sólo nos serviremos de ella para constatar que usted es elegible para una exención.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-800-318-2596 y dígame al representante de atención al cliente en qué idioma necesita el formulario. Le ayudaremos sin ningún costo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325.

ACCESIBILIDAD.SBM

PASO 2: PERSONA 1

Complete el Paso 2 para usted y para cualquiera que figure en su declaración federal de impuestos, si suele presentarla. Vaya a la página 1 para más información sobre a quién debe incluir. Si usted no tiene previsto presentar una declaración de impuestos porque sus ingresos se encuentran por debajo del límite declarable, no tiene que solicitar esta exención.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Relación con usted		3. Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5. Número de seguro social (SSN) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			

Si está solicitando una exención para usted y tiene un Número de seguro social, es necesario que nos lo proporcione. Para solicitar esta exención, no es necesario que tenga uno. Si no está solicitando una exención para usted mismo, puede ser útil que nos proporcione su SSN, ya que puede agilizar el trámite de solicitud. Utilizamos los SSN para revisar los ingresos y otros datos relevantes, para saber quién es elegible para una exención, y para asegurarnos de que si a usted le otorgan una, ésta se vea reflejada correctamente en sus impuestos. Si necesita ayuda para obtener un SSN, visite socialsecurity.gov, o llame al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

6. Cuéntenos sobre la declaración federal de impuestos que tiene previsto presentar.

- a. ¿La presentará junto con su cónyuge? Sí No
Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____
- b. ¿Figurará alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es sí, escriba su(s) nombre(s): _____
- c. ¿Figurará usted como dependiente en alguna declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor, escriba el nombre del declarante: _____
 ¿Qué relación tiene con el declarante? _____

7. ¿Necesita usted esta exención? **SÍ**. **NO**. **Si la respuesta es no**, deje en blanco el resto de la página.

8. Si usted es hispano/latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todas las que correspondan.)

mexicano mexicano-americano chicano puertorriqueño cubano otro _____

9. Raza (OPCIONAL—marque todas las que correspondan.)

- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> blanco | <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> filipino | <input type="checkbox"/> vietnamita | <input type="checkbox"/> guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> negro o africano norteamericano | <input type="checkbox"/> indioasiático | <input type="checkbox"/> japonés | <input type="checkbox"/> otro asiático | <input type="checkbox"/> samoano |
| <input type="checkbox"/> chino | | <input type="checkbox"/> coreano | <input type="checkbox"/> nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> otro isleño del Pacífico |
| | | | | <input type="checkbox"/> otro _____ |

10. INGRESOS ANUALES: Incluya salarios y propinas (antes de impuestos), ingresos netos de trabajador autónomo, prestaciones de desempleo, pensiones, Seguro Social (excepto Ingreso Complementario de Seguridad y pensión de jubilación, beneficios de sobreviviente o de incapacidad que no son tributables), cuentas de pensiones, pensión alimenticia, ingresos netos de agricultura y pesca, ingresos por alquileres o regalías y cualquier otro ingreso que incluiría en su declaración. No tiene que mencionar manutención de menores ni pago de veteranos.

Sus ingresos totales de este año \$ <input type="text"/>	Ingresos totales del próximo año (si usted considera que habrá cambios) \$ <input type="text"/>
---	--

11. Si su empleador retiene una parte de sus ingresos para pagar un seguro médico, mencione cuál es el monto retenido cada año.

\$

12. ¿Le están ofreciendo cobertura de seguro médico a través del empleo? Marque "sí" incluso si el seguro ofrecido proviene del empleo de otra persona, como de uno de los padres o del cónyuge.

- SÍ**. Si la respuesta es sí, tendrá que llenar e incluir el Apéndice A.
- NO**.

¡GRACIAS! Eso es todo lo que necesitamos saber.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596** y dígame al representante de atención al cliente en qué idioma necesita el formulario. Le ayudaremos sin ningún costo. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. **ACCESIBILIDAD.SBM**

PASO 2: PERSONA 2

Si va a incluir a más de dos personas, fotocopie el Paso 2: Persona 2 y llene.

Complete el Paso 2 para usted y para cualquiera que figure en su declaración federal de impuestos, si suele presentarla. Vaya a la página 1 para más información sobre a quién debe incluir. Si usted no tiene previsto presentar una declaración de impuestos porque sus ingresos se encuentran por debajo del límite declarable, no tiene que solicitar esta exención.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Relación con usted		3. Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> / / </div>	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5. Número de seguro social (SSN) - 			

Si está solicitando una exención para la PERSONA 2 y ésta tiene un SSN, es necesario que nos lo proporcione. Para solicitar esta exención, no es necesario que la PERSONA 2 tenga un SSN. Si no está solicitando una exención para la PERSONA 2, puede ser de utilidad que nos proporcione su Número de seguro social (SSN), ya que puede agilizar el trámite de solicitud. Utilizamos los SSN para revisar los ingresos y otros datos relevantes, para saber quién es elegible para una exención, y para asegurarnos de que si a usted le otorgan una, ésta se vea reflejada correctamente en sus impuestos. Si la PERSONA 2 necesita ayuda para obtener un SSN, visite socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. Háblenos sobre la declaración federal de impuestos que la PERSONA 2 tiene previsto presentar el PRÓXIMO AÑO.

- a. ¿La presentará junto con su cónyuge? Sí No
Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____
- b. ¿Figurarán dependientes de la PERSONA 2 en la declaración de impuestos de ésta? Sí No
Si la respuesta es sí, escriba su(s) nombre(s): _____
- c. ¿Figurará la PERSONA 2 como dependiente en alguna declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor, escriba el nombre del declarante: _____
 ¿Qué relación tiene con el declarante? _____

7. ¿Necesita la PERSONA 2 esta exención? SÍ. NO. Si la respuesta es no, deje en blanco el resto de la página.

8. Si usted es hispano/latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todas las que correspondan.)

mexicano mexicano-americano chicano puertorriqueño cubano otro _____

9. Raza (OPCIONAL—marque todas las que correspondan.)

<input type="checkbox"/> blanco	<input type="checkbox"/> indígena estadounidense o	<input type="checkbox"/> filipino	<input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> guameño o chamorro
<input type="checkbox"/> negro o africano	nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> japonés	<input type="checkbox"/> otro asiático	<input type="checkbox"/> samoano
norteamericano	<input type="checkbox"/> indoasiático	<input type="checkbox"/> coreano	<input type="checkbox"/> nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> otro isleño del Pacífico
	<input type="checkbox"/> chino			<input type="checkbox"/> otro _____

10. INGRESOS ANUALES: Incluya salarios y propinas (antes de impuestos), ingresos netos de trabajador autónomo, prestaciones de desempleo, pensiones, Seguro Social (excepto Ingreso Complementario de Seguridad y pensión de jubilación, beneficios de sobreviviente o de incapacidad que no son tributables), cuentas de pensiones, pensión alimenticia, ingresos netos de agricultura y pesca, ingresos por alquileres o regalías y cualquier otro ingreso que incluiría la PERSONA 2 en su declaración. No tiene que mencionar manutención de menores ni pago de veteranos.

Ingresos totales de la PERSONA 2 este año \$ 	Ingresos totales de la PERSONA 2 del próximo año (si considera que habrá cambios) \$
--	--

11. Si el empleador de la PERSONA 2 retiene una parte de sus ingresos para pagar un seguro médico, escriba cuál es el monto retenido cada año.

\$

12. ¿Le están ofreciendo cobertura de seguro médico a través del empleo a la PERSONA 2? Marque "sí" incluso si el seguro ofrecido proviene del empleo de otra persona, como de uno de los padres o del cónyuge.

- sí.** Si la respuesta es sí, tendrá que llenar e incluir el Apéndice A.
- NO.**

¡GRACIAS! Eso es todo lo que necesitamos saber de la PERSONA 2.



PASO 3 Plan del mercado con el costo más bajo

Para cualquier persona que solicite esta exención y que no tenga cobertura de seguro médico a través del empleo, incluyendo el cónyuge o uno de los padres, la posibilidad de obtener la exención depende del plan médico de categoría bronce de costo más bajo disponible en el mercado de seguros de su estado, tras solicitar tantos créditos fiscales como sea posible.

Dicha información únicamente se halla disponible en el mercado de seguros médicos de su estado.

Así, si alguien respondió "No" a la pregunta 12—es decir, que no le están ofreciendo cobertura de seguro médico a través del empleo— necesitamos que envíe una solicitud de seguro médico al mercado de seguros de su estado, realice el trámite, y nos envíe dos documentos:

1. Una copia de la notificación de elegibilidad del mercado de seguros de su estado, donde figure el máximo de créditos fiscales para el pago de primas de que dispone.
2. Una copia de pantalla de la herramienta de comparación de planes de su mercado, donde figure la prima del plan bronce con el costo más bajo, disponible para todo aquel que solicite esta exención. Si no hay un plan de categoría bronce que dé cobertura a todos los miembros de su familia que hayan solicitado una exención, envíenos las copias de pantalla donde figuren los planes bronce de menor costo combinados para obtener el menor costo para todos.

Si necesita ayuda para encontrar esta información, puede llamar al mercado de seguros de su estado. Encontrará abajo los números de teléfono:

Estado	Número de teléfono
California	1-800-300-1506
Colorado	1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)
District of Columbia	1-855-532-5465
Hawái	1-877-628-5076
Kentucky	1-855-4kynect (1-855-459-6238)
Maryland	1-855-642-8572
Massachusetts	1-877-623-6765
Minnesota	1-855-366-7873
Nevada	1-855-768-5465
Nueva York	1-855-355-5777
Oregon	1-855-268-3767
Rhode Island	1-855-840-HSRI (1-855-840-4774)
Vermont	1-855-899-9600
Washington	1-855-WAFINDFR (1-855-923-4633)



PASO 4 **Lea y firme esta solicitud.**

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual significa que he brindado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario, según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo ser sancionado de acuerdo con la ley federal si brindo información falsa o incorrecta.
- Entiendo que, de acuerdo con la ley federal y del distrito, no se permite discriminación alguna por motivos de raza, color, nacionalidad, género, edad, orientación sexual, identidad de género ni discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.

Necesitamos esta información para verificar si usted es elegible para una exención, si decide presentar la solicitud. Verificaremos sus respuestas con la información de nuestras bases electrónicas de datos y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), y/o una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, podríamos solicitar que presente pruebas.

¿Qué puedo hacer si considero que los resultados de mi solicitud son incorrectos?

Si no está de acuerdo con los resultados de su solicitud de exención, puede solicitar una apelación. A continuación, encontrará información importante que deberá tener en cuenta cuando solicite una apelación:

- El mercado de seguros médicos deberá recibir su solicitud de apelación en un plazo de 90 días desde la fecha en que se notifiquen los resultados de la solicitud.
- Si así lo desea, un tercero puede solicitar o participar en su apelación. Esa persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otra persona. O puede solicitar y participar en la apelación por su propia cuenta.
- El resultado de su apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar.

Para apelar los resultados de su solicitud de exención, llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. También puede enviar una solicitud de apelación por correo, o una carta en la que solicite una apelación a **Health Insurance Marketplace - Exemption Processing**, 465 Industrial Blvd., London, KY 40741

Firme la solicitud. La persona que completó el Paso 1 es quien deberá firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice B.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--

PASO 5 **Envíe el formulario completado y los documentos.**

Envíe su solicitud firmada y los documentos donde figuren sus ingresos anuales (vea los ejemplos en la página 6) a:

Health Insurance Marketplace - Exemption Processing
465 Industrial Blvd.
London, KY 40741

Cláusula de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés)

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie estará obligado a responder a una recopilación de datos, a menos que ésta disponga de un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número válido de control de la OMB para esta recopilación de datos es 0938-1190. Se considera que el tiempo requerido para completar esta recopilación de datos supone unos 16 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, para buscar fuentes de información existentes, para reunir información necesaria, y para completar y revisar la recopilación de datos. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud de la estimación del tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor diríjase a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596** y dígame al representante de atención al cliente en qué idioma necesita el formulario. Le ayudaremos sin ningún costo. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. ACCESIBILIDAD.SBM

PASO 6 **Constata sus ingresos anuales.**

Para aprobar su exención, es preciso que verifiquemos sus ingresos anuales de 2014. Estos son algunos de los documentos que usted puede proporcionarnos:

- Declaraciones tributarias y salariales (W-2)
- Comprobante de pago
- Carta del empleador
- Libro de contabilidad del empleado autónomo
- Carta de ajuste de costo de vida y otras notificaciones de verificación
- Contrato de arrendamiento
- Copia de cheque pagado a un miembro del hogar
- Extracto bancario o de fondo de inversión
- Documento o carta de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés)
- Formulario SSA 1099 de Declaración de beneficios del Seguro Social
- Carta sobre beneficios por desempleo de algún organismo gubernamental

Estos documentos no tienen que estar fechados en 2014. Por ejemplo, puede presentar comprobantes de pago si cree que sus ingresos no cambiarán en 2014. Si cree que sus ingresos aumentarán o disminuirán en 2014, puede presentar otros documentos, como un documento donde se constata que su contrato laboral finalizará. Si una parte de sus ingresos proviene de trabajo free lance, puede llenar un libro de contabilidad de empleo por cuenta propia e incluir su expectativa de ingresos.



APÉNDICE A: EXENCIONES

Formulario aprobado
OMB No. 0938-1190

Cobertura de seguro médico a través del empleo

Usted **NO** tiene que responder a estas preguntas, a no ser que algún miembro de su familia sea elegible para cobertura de seguro médico a través del trabajo. Incluya una copia de esta página por cada uno de los empleos donde se ofrece cobertura de seguro médico.

Cuéntenos sobre el empleo que ofrece cobertura de seguro médico.

Lleve al empleador que le ofrece dicha cobertura la Herramienta de cobertura a través del empleo que se encuentra en la página siguiente para ayudarle a responder estas preguntas. Sólo tiene que incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de cobertura a través del empleo.

Información del empleado

1. Nombre del empleado (primer y segundo nombre, apellido)	2. Número de seguro social del empleado □□□□ - □□□ - □□□□□□
--	--

Información del empleador:

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) □□ - □□□□□□□□	
5. Dirección del empleador	6. Teléfono del empleador (□□□□) □□□□ - □□□□□□	
7. Ciudad	8. Estado □□	9. Código postal □□□□□□

10. ¿Con quién podemos contactar para obtener más información sobre la cobertura de seguro médico de este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (□□□□) □□□□ - □□□□□□	12. Dirección de correo electrónico
--	-------------------------------------

13. ¿Es usted elegible a la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si se encuentra en período de prueba o espera, ¿cuándo podrá beneficiarse de la cobertura? (mm/dd/aaaa)

□□ / □□ / □□□□□□

Escriba los nombres de las otras personas que pueden ser elegibles a la cobertura en este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Deténgase aquí y vaya al Paso 5 del formulario)

Cuéntenos sobre el plan de seguro médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de seguro médico que cumpla con el valor mínimo estándar*? Sí No

15a. Para el plan de costo más bajo que cumple con el valor mínimo estándar* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluye planes familiares):

Si el empleador tiene un programa de bienestar, informe sobre la prima que debería pagar el empleado si no obtiene un descuento para este tipo de programas, incluido el programa para dejar de fumar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ □□□□□□□□

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

15b. Para el plan de costo más bajo que cumple con el valor mínimo estándar* ofrecido **al empleado y a los miembros de su familia que han solicitado una exención** (incluye únicamente los planes familiares para miembros de la familia que no cuentan ya con una exención): Si el empleador tiene un programa de bienestar, informe sobre la prima que debería pagar el empleado si no obtiene un descuento para este tipo de programas, incluido el programa para dejar de fumar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ □□□□□□□□

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el empleador en el plan del nuevo año? (si lo sabe?)

El empleador no ofrecerá cobertura de seguro médico

El empleador empezará a ofrecer cobertura de seguro médico a los empleados o cambiará la prima al plan de costo más bajo únicamente al empleado que cumple con el valor mínimo estándar.* (La prima no debería reflejar ningún descuento por planes de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ □□□□□□□□

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

c. Fecha de modificación (mm/dd/aaaa): □□ / □□ / □□□□□□

*Un plan de seguro médico financiado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si la parte del beneficio total permitido que cubre el plan no es inferior al 60 por ciento de dicho costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596** y dígame al representante de atención al cliente en qué idioma necesita el formulario. Le ayudaremos sin ningún costo. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. ACCESIBILIDAD.SBM

HERRAMIENTA DE COBERTURA DE EMPLEADORES: EXENCIONES

Utilice esta herramienta que le ayudará a responder el formulario de mercado de seguros, Apéndice A. En ese apartado de la solicitud, se le pide que mencione alguna cobertura de seguro médico a través del empleo a la que podría acogerse (incluso si se trata del seguro a través del empleo de otra persona, como uno de los padres o el cónyuge). La información de las casillas numeradas que encontrará a continuación coinciden con los que se encuentran en el Apéndice A. Por ejemplo, puede utilizar la información proporcionada en la pregunta 14 para responder a la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y su número de seguro social en los apartados 1 y 2 y pídale a su empleador que rellene el resto del formulario. Llene una herramienta por cada uno de los empleadores que ofrezca cobertura de seguro médico al que usted pueda acogerse.



Información del empleado

El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (primer y segundo nombre, apellido)	2. Número de seguro social del empleado □□□□ - □□ - □□□□□□
--	---



Información del EMPLEADOR:

Pídale al empleador la siguiente información.

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) □□ - □□□□□□□□	
5. Dirección del empleador (el mercado de seguros le enviará avisos a esta dirección)	6. Teléfono del empleador (□□□□) □□□□ - □□□□□□	
7. Ciudad	8. Estado □□	9. Código postal □□□□□□
10. ¿Con quién podemos contactar para obtener más información sobre la cobertura de seguro médico de este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (□□□□) □□□□ - □□□□□□	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Es el empleado elegible a la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 13a) 13a. Si el empleado no es elegible actualmente para el seguro, debido a período de prueba, de espera u otros, ¿cuándo podría ser elegible para al seguro? _____ (mm/dd/aaaa) (Pase al a siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> No (Deténgase aquí y vaya al Paso 5 del formulario)

Cuéntenos sobre el plan de seguro médico que ofrece este empleador.

El plan de seguro médico ofrecido por el empleador, ¿cubre también al cónyuge o persona dependiente?

- Sí. ¿A quiénes? Cónyuge persona(s) dependiente(s)
 No

(Pase a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de seguro médico que cumpla con el valor mínimo estándar*? <input type="checkbox"/> Sí (Pase a la pregunta 15) <input type="checkbox"/> No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15a. Para el plan de costo más bajo que cumple con el valor mínimo estándar* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene un programa de bienestar, informe sobre la prima que debería pagar el empleado si no obtiene un descuento para este tipo de programas, incluido el programa para dejar de fumar.

- a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ □□□□□□
b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

15b. Para el plan de costo más bajo que cumple con el valor mínimo estándar* ofrecido **al empleado y a los miembros de su familia que han solicitado una exención** (incluye únicamente los planes familiares para miembros de la familia que no cuentan ya con una exención): Si el empleador tiene un programa de bienestar, informe sobre la prima que debería pagar el empleado si no obtiene un descuento para este tipo de programas, incluido el programa para dejar de fumar.

- a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ □□□□□□
b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Si el año del plan finaliza pronto y sabe que los planes de seguro médico disponibles cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador en el plan del nuevo año? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de seguro médico <input type="checkbox"/> El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima al plan de costo más bajo que cumple con el valor mínimo estándar* y que cubre únicamente al empleado. (La prima no debería reflejar ningún descuento para programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.) a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ □□□□□□ b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente c. Fecha de modificación (mm/dd/aaaa): □□ / □□ / □□□□□□

*Un plan de seguro médico financiado por el empleador cumple con el "valor mínimo estándar" si la parte del beneficio total permitido que cubre el plan no es inferior al 60 por ciento de dicho costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).



APÉNDICE B:

Formulario aprobado
OMB No. 0938-1190

Ayuda para llenar este formulario

Puede elegir a un representante autorizado.

Puede permitir que una persona de confianza se comunique con nosotros sobre esta solicitud, disponga de su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con este trámite, como en la obtención de información sobre su solicitud y firmar en su nombre. A esta persona se le denomina "representante autorizado". Si en algún momento tiene que cambiar de representante autorizado, póngase en contacto con el mercado de seguros. Si es usted un representante legalmente designado por alguien para este trámite, deberá probarlo al presentar la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)

2. Dirección

3. Número de apartamento o suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Número de teléfono

() -

8. Nombre de la organización

9. Número de ID (si corresponde)

Con su firma, usted está autorizando a esta persona a firmar su solicitud, a acceder a información oficial sobre la misma y a actuar en su nombre en asuntos relacionados con este trámite en el futuro.

10. Su firma

11. Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Solo para asesores certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores de seguros.

Llene esta sección si es usted un asesor de solicitud certificado, navegador, agente o corredor de seguros que está realizando esta solicitud en nombre de alguien.

1. Fecha de inicio de solicitud (mm/dd/aaaa)

/ /

2. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

3. Nombre de la organización

4. Número de ID (si corresponde)

5. Solo agentes/corredores: Número de NPN

