



# Instrucciones para Ayudarlo a Completar la Solicitud de Exención en el Mercado de Seguros Médicos

Todas las personas deberán tener una cobertura médica o hacer un pago cuando presenten su declaración federal de impuestos llamado “pago por responsabilidad compartida”. Algunas personas están exentas de hacer este pago. Puede aplicar a otras categorías de exención al presentar su declaración federal de impuestos en lugar de completar una solicitud de exención.

No es necesario que solicite una exención si no presentará una declaración federal de impuestos. Si no está seguro si presentará una declaración de impuestos, quizás desee solicitar una exención de todas formas. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions](http://CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions) para obtener más información sobre las solicitudes de exención.

**CÓMO UTILIZAR ESTE MANUAL DE INSTRUCCIONES:** En el Mercado de Seguros Médicos, usted puede solicitar distintos tipos de exenciones. En las páginas 2 y 3, encontrará instrucciones sobre las preguntas generales y la información encontrada en la mayoría de las solicitudes.

De las páginas 4 a la 15, encontrará instrucciones que lo ayudarán con las preguntas encontradas solo en esas solicitudes.

De las páginas 16 a la 20, encontrará material mencionado anteriormente en las instrucciones.

A continuación, presentamos un cuadro que detalla los diferentes tipos de solicitudes de exención y los números de página en donde encontrará instrucciones específicas sobre cada solicitud. Qué solicitud utilizar dependerá de su situación. Estas instrucciones incluyen ayuda adicional sobre algunos de los puntos de las solicitudes.

Exención	Ver estas páginas para las instrucciones
No puede pagar una cobertura (si vive en un estado que está usando <a href="http://CuidadoDeSalud.gov">CuidadoDeSalud.gov</a> )	4-6
No puede pagar una cobertura (si vive en determinados estados que tengan un mercado facilitado por el gobierno federal)	7-8
Dificultad	9-10
Indígenas estadounidenses y nativos de Alaska y otras personas elegibles para recibir servicios de un proveedor de atención médica indígena	11-12
Miembros de sectas o divisiones religiosas reconocidas	13
Miembro de un ministerio de cuidado de salud compartido	14
Está encarcelado	15

Para más detalles sobre el pago de responsabilidad individual compartida, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions](http://CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions).

**AVISO:** Para la mayoría de las exenciones, el plazo de solicitud es unas semanas antes de que presente la declaración federal de impuestos, generalmente antes del 15 de abril de cada año.

**RECUERDE:** Si recibe una exención del mercado, debe guardar la carta que le envíe el mercado con su número de certificado de exención (ECN). Deberá escribir el ECN en su declaración de impuestos.

# Instrucciones para las Preguntas Generales y la Información que se Encuentra en la Mayoría de las Solicitudes

Escriba en mayúsculas solo con tinta azul o negra. Complete los círculos (○) de esta forma →●.

## **PASO 1: Infórmenos sobre usted si es la persona que está llenando el formulario.**

Un adulto (18 años o más) deberá completar la información de contacto del Paso 1. Necesitamos esta información para que podamos comunicarnos con usted si tuviéramos alguna pregunta.

La persona que presenta una declaración federal de impuestos de su hogar debe ser la persona de contacto para esta solicitud. Si solicita una exención para un niño, el adulto que declare al niño en su declaración federal de impuestos deberá completar esta información incluso si el adulto no es quien necesita la exención.

## **PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.**

Empiece por usted en cada solicitud. El tipo de solicitud de exención determinará qué personas debe incluir en su solicitud. Vea las instrucciones específicas para su solicitud si necesita más detalles.

### **PERSONA 1**

**(La persona que presenta la declaración federal de impuestos, incluso si no es quien necesita la exención.)**

#### **Puntos 1-5**

Complete la información de contacto al principio de la página con sus datos.

#### **Punto 6**

Infórmenos sobre la declaración federal de impuestos que piensa presentar el próximo año. Si recibe una exención, deberá presentar su declaración de impuestos para poder usarla.

- Si piensa presentar su declaración federal de impuestos junto con su cónyuge, marque "sí" y escriba su nombre en la línea correspondiente. Si no es así, marque "no."
- Si usted va a incluir a algún dependiente en su declaración de impuestos, marque "sí" y escriba los nombres de los dependientes. Si está presentando su declaración federal de impuestos junto con su cónyuge, escriba los dependientes en el Paso 2 por cada contribuyente. Si no va a incluir a ningún dependiente en su declaración de impuestos, marque "no."

#### **Punto 7**

Marque "sí" si está solicitando una exención para usted mismo. Algunas personas completarán las solicitudes para solicitar una exención solo para otra persona. Si este es su caso, no marque esta casilla.

**Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales.** Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés) a comprender mejor y a mejorar la salud y la atención médica de todos los estadounidenses. Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

### **PERSONA 2**

**(Completa esta página para un cónyuge que presenta su declaración de impuestos con usted y cualquier persona que usted declare como dependiente en su declaración federal de impuestos. Haga una copia de esta página si en su hogar viven más de 2 personas.)**

## Punto 2

Si va a incluir a otra persona en su solicitud, use los siguientes parentescos para describir qué relación tiene la PERSONA 2 con usted:

- Esposo/Esposa
- Pareja
- Padre
- Padrasto
- Pareja de uno de los padres
- Hijo/Hija
- Hijastro/Hijastra
- Hijo/Hija de pareja
- Hermano/Hermana
- Tío/Tía
- Sobrino/Sobrino
- Primo hermano
- Abuelo/Abuela
- Nieto/Nieta
- Otro familiar
- Otro sin parentesco

## Punto 7

Si se declara a la PERSONA 2 como dependiente en la declaración de impuestos de la PERSONA 1, describa cuál es el parentesco con la PERSONA 1. Si la PERSONA 2 no está incluida en la declaración de impuestos de la PERSONA 1 como cónyuge o dependiente, la PERSONA 2 deberá presentar una solicitud por separado.

**Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales.** Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés) a comprender mejor y a mejorar la salud y la atención médica de todos los estadounidenses. Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

## Lea y firme esta solicitud.

Lea las declaraciones en esta sección de la solicitud, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta.

Si un representante autorizado lo ayudó a completar esta solicitud, puede firmar su solicitud por usted, pero usted deberá completar el Apéndice C, "Asistencia para completar esta solicitud", y presentarlo con su solicitud.

## Envíe su solicitud por correo postal.

Cuando complete la solicitud, envíe la solicitud original firmada (y los apéndices o documentos que la solicitud deba incluir) a la siguiente dirección:

**Mercado de Seguros Médicos — Procesamiento de Exenciones**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40741**

Cuando envíe su solicitud por correo, asegúrese de usar la cantidad correcta de franqueo. La cantidad del franqueo dependerá del peso de la solicitud, el cual estará basado en el número de páginas que haya incluido.

## APÉNDICE C: Asistencia para llenar esta solicitud

**Consejeros certificados, navegadores, asistencia en persona, y otros ayudantes:**

Estos son individuos u organizaciones profesionales entrenados para ayudar a los consumidores, incluyendo con esta solicitud. Los servicios son gratis para los consumidores. Usted puede pedirles ver la certificación indicando que están autorizados a realizar este trabajo. Ellos pueden ayudarle a completar esta sección. El ID es el número de identificación del navegador. Este es un alfanumérico de identificación (13 letras y números) dado a cada navegador.

**Las siguientes instrucciones son para las preguntas e información específicas que se encuentran en cada una de las solicitudes por separado.**

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de pago por Responsabilidad Compartida para las Personas que no Pueden Pagar una Cobertura de Salud y Viven en un Estado con un Mercado Facilitado por el Gobierno Federal

Use esta solicitud para pedir una exención si:

- No puede pagar una cobertura.
- Vive en Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Delaware, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Maine, Michigan, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Virginia, West Virginia, Wisconsin, o Wyoming.

Para pedir esta exención, podría necesitar:

- Los números de seguro social (SSN) si los tiene
- Información sobre el empleador y los ingresos de cada miembro de su familia (por ejemplo, de talones de pago, formularios W-2 o declaración de salario o de impuestos)
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el empleo que tenga su familia
- Prueba de su ingreso anual, como por ejemplo:
  - Declaración de salario o de impuestos (W-2)
  - Talones de pago
  - Carta del empleador
  - Libro del trabajador por cuenta propia
  - Carta de ajuste del costo de la vida y otros avisos de verificación de beneficios
  - Contrato de arrendamiento
  - Copia de un cheque pagado a un miembro del hogar
  - Estado de cuentas de un banco o fondo de inversión
  - Documento o carta de la Administración del Seguro Social (SSA)
  - Formulario SSA 1099 declaración de beneficios del Seguro Social
  - Carta de una agencia del gobierno para beneficios por desempleo

Si espera que sus ingresos aumenten o disminuyan durante el año en el cual solicita la exención, puede presentar otros documentos, como uno que detalle cuándo terminará el trabajo por contrato. Si una parte de sus ingresos proviene de trabajo independiente, puede llenar un libro de trabajador por cuenta propia que incluya los ingresos que espera ganar.

## PASO 1: Infórmenos sobre usted.

(Página 1)

### PERSONA 1

La persona que presenta una declaración federal de impuestos de su hogar debe ser la persona de contacto para esta solicitud. Si solicita una exención para un niño, el adulto que declare al niño en su declaración federal de impuestos deberá completar esta información incluso si el adulto no es quien necesita la exención.

## PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.

---

(Página 1)

Debe completar el Paso 2 para cada persona en su hogar que usted haya incluido en su declaración de impuestos. Lea con detenimiento la información de la sección “A quién debo incluir en esta solicitud” para comprender a quién debe agregar en el Paso 2.

(Página 2)

### PERSONA 1

La persona 1 debe ser la persona que presenta la declaración federal de impuestos de su hogar, incluso si no es quien necesita la exención.

#### Punto 15

**Si no es un ciudadano estadounidense pero tiene un estado migratorio elegible**, marque “sí” y escriba su tipo de documento y número(s) ID (consulte las páginas 17–18 con estas instrucciones). Si tiene más de uno de estos documentos, detállelos.

(Página 3)

#### Punto 18

Si cualquiera de las personas que solicita una exención actualmente tiene un tipo de cobertura de salud detallada en el punto 18 de la solicitud, complete el círculo para el tipo de cobertura e incluya información adicional de ser necesario.

#### Punto 19

Si alguna persona de su familia puede acceder a una cobertura de salud por un empleo (ya sea de su propio empleo o del empleo de otra persona), marque “sí”, incluso si se le ha ofrecido la cobertura pero actualmente no está inscripto. Si alguna persona de su familia puede acceder a una cobertura de salud, **usted debe completar** Apéndice A: Cobertura de Salud de su Empleo, y presentarlo junto con su solicitud.

### Información sobre ingresos y trabajo actual

#### Puntos 21–25

Solicitamos información sobre sus ingresos actuales para verificar si usted califica para una exención por el hecho de que no pueda costearla. Incluya información sobre cualquier ingreso que haya tenido o que espera tener por un empleo, por ser un trabajador independiente, desempleo, jubilación, pensiones, arrendamiento de propiedades, ingreso de la pesca/agricultura, pensión alimenticia y seguridad social (de ser imponible). No debe incluir montos que su empleador haya descontado de su salario para servicios de cuidado infantil, seguro médico o planes jubilatorios que “no sean imponibles” (en ocasiones denominados “deducciones antes de impuestos”).

#### Punto 26

Si no espera recibir estos ingresos de su trabajo actual mensualmente, escriba el monto anual y complete los meses en los que cree que obtendrá los ingresos de ese trabajo.

(Página 4)

#### Puntos 33–36

**Si es un trabajador independiente:** Complete el tipo de trabajo que hace, el ingreso neto que genera y cuán a menudo cobra este ingreso neto. El ingreso neto significa el monto que le queda luego de descontar los costos comerciales. El monto puede ser positivo o negativo. Consulte la lista de deducciones de ingresos de trabajadores independientes en la página 18 con estas instrucciones para saber qué debe descontar de su ingreso bruto. Si no espera recibir estos ingresos de su trabajo independiente mensualmente, escriba el monto anual y complete los meses en los que cree que obtendrá los ingresos de ese trabajo.

(Página 5)

**Punto 37**

**Otros ingresos:** Infórmenos sobre otros ingresos que incluya en una declaración federal de impuestos. No debe informarnos sobre los ingresos que no se incluyan en una declaración de impuestos, como apoyo infantil, pagos para veteranos o cupones para alimentos. Si recibe beneficios de seguridad social imponibles, incluya el monto imponible detallado en su declaración de impuestos más reciente. No incluya montos de beneficios por incapacidad, beneficios para sobrevivientes, beneficios para personas de la tercera edad que no sean imponibles o cualquier beneficio de seguridad de ingreso suplementario (SSI).

**Punto 38**

**Deducciones:** Si compra algunas cosas que puedan deducirse en una declaración federal de impuestos (consulte las líneas 23–35 del formulario 1040 del IRS), complete la información sobre aquellas deducciones que piensa descontar. Detallamos algunos tipos comunes de deducciones. Si tiene deducciones adicionales que no estén detalladas en las líneas 23-35 del formulario 1040 del IRS, complételas en "Otros". Si no piensa descontar ninguna deducción, complete el círculo de arriba de la tabla.

**PERSONA 2**

(Páginas 6–9)

La PERSONA 2 puede ser el cónyuge que declara sus impuestos junto con la PERSONA 1 o cualquier persona que la PERSONA 1 declare como dependiente en la misma declaración de impuestos.

Complete el Paso 2: PERSONA 2 (páginas 6, 7, 8 y 9) para un cónyuge que presenta su declaración de impuestos con usted o cualquier persona que usted declare como independiente en su declaración federal de impuestos. Haga una copia de estas páginas si en su hogar viven más de 2 personas.

Utilice las mismas instrucciones otorgadas para la PERSONA 1 para completar el Paso 2: PERSONA 2. Para encontrar el número de pregunta correcto para la PERSONA 2, simplemente agregue "+1" a los puntos anteriores. Por ejemplo, el punto 19 para la PERSONA 1 es el punto 20 (19+1) para la PERSONA 2.

**PASO 3: Constancia de ingresos anuales.**

(Página 10)

DEBE presentar una constancia de cada tipo de ingreso que detalle para cada persona en esta solicitud. No podemos aprobar su exención sin una constancia de ingresos. La tabla en la página 10 detalla posibles documentos para cada tipo de ingreso; puede presentar otros documentos que no se incluyan en la lista si muestran montos de ingresos que usted incluyó en su solicitud.

Si espera que sus ingresos aumenten o disminuyan durante el año en el cual solicita la exención, puede presentar otros documentos, como uno que detalle cuándo terminará el trabajo por contrato. Si una parte de sus ingresos proviene de trabajo independiente, puede llenar un libro de trabajador independiente que incluya los ingresos que espera ganar.

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

(Página 11)

Lea las declaraciones en esta página, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta. Si usted o alguna otra persona que está solicitando la exención en esta solicitud se encuentra preso (detenido o en la cárcel), escriba su nombre en el renglón correspondiente. Si la persona está pendiente de disposición, marque el casillero bajo su nombre.

Si un representante autorizado lo ayudó a completar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice C: Asistencia para Completar esta Solicitud y presentarla junto con su solicitud.

**APÉNDICE A: Cobertura de Salud de su Empleo**

Si alguien de su familia puede conseguir cobertura de salud por su empleo, incluidos su padre/madre o cónyuge, ofrezca información sobre esa oferta de cobertura independientemente de que esa persona se encuentra actualmente inscrita en la cobertura. Complete una página por cada empleador que ofrece cobertura de salud.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para Personas que No Pueden Pagar una Cobertura de Salud y Viven en Ciertos Estados con Mercado de Seguro Basado en el Estado

Use esta solicitud para pedir una exención si:

- No puede pagar una cobertura.
- Vive en California, Colorado, the Distrito de Columbia, Hawái, Idaho, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nueva York, Rhode Island, Vermont, o Washington.

## PASO 1: Infórmenos sobre usted.

(Página 1)

### PERSONA 1

La persona que presenta una declaración federal de impuestos de su hogar debe ser la persona de contacto para esta solicitud. Si solicita una exención para un niño, el adulto que declare al niño en su declaración federal de impuestos deberá completar esta información incluso si el adulto no es quien necesita la exención.

## PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.

(Página 2)

Debe completar el Paso 2 para cada persona en su hogar que usted haya incluido en su declaración de impuestos.

### PERSONA 1

La PERSONA 1 debe ser un adulto que presente la declaración federal de impuestos de su hogar, incluso si no es quien necesita la exención.

#### Punto 8

Debemos conocer cualquier ingreso que haya generado o que espere generar de un empleo, trabajo independiente, desempleo, jubilación, pensiones, arrendamiento de propiedades, ingreso de la pesca/agricultura, pensión alimenticia y montos imposables de beneficios de seguridad social (consulte la línea 20b del formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) o la publicación 915 del IRS). El ingreso que detalle debe ser el mismo monto de ingreso que incluyó en su solicitud de cobertura de salud para el mercado de su estado, SALVO que deba restar algún monto de beneficios de seguridad social que no sean imposables. También debe presentar al menos un documento de respaldo para cada tipo de ingreso que incluya en su estimación.

#### Punto 10

Si usted puede acceder a una cobertura de salud por un empleo (ya sea de su propio empleo o del empleo de otra persona), marque "sí", incluso si se le ha ofrecido la cobertura pero actualmente no está inscripto. Si usted puede acceder a una cobertura de salud, **debe** completar el Apéndice A: Cobertura de Salud de su Empleo, y presentarlo junto con su solicitud.

#### Puntos 11-12

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

(Página 3)

### PERSONA 2

La PERSONA 2 puede ser el cónyuge que declara sus impuestos junto con la PERSONA 1 o cualquier persona que la PERSONA 1 declare como dependiente en la misma declaración de impuestos.

Utilice las mismas instrucciones otorgadas para la PERSONA 1 para completar el Paso 2: PERSONA 2. Para encontrar el número de pregunta correcto para la PERSONA 2, simplemente agregue "+1" a los puntos anteriores. Por ejemplo, el punto 8 para la PERSONA 1 es el punto 9 (8+1) para la PERSONA 2.



## PASO 3: Plan del Mercado de costos más bajos.

(Página 4)

Cualquier persona que esté solicitando esta exención y a la que no le ofrezcan cobertura de salud por empleo, incluso por el empleo de un cónyuge o madre/padre, podrá recibir esta exención en función del costo del plan bronce de menor costo que esté disponible a través del mercado de su estado, después de aplicar los créditos fiscales que usted reciba.

Esta información solo está disponible a través del mercado de su estado.

Por lo tanto, si alguien contestó “no” a la pregunta 10 de más arriba (lo que quiere decir que no pueden obtener cobertura a través de su empleo), deberá presentar una solicitud de seguro médico al mercado de su estado, completar el proceso y enviarnos **2 cosas** con esta solicitud:

- Una copia del aviso de elegibilidad del mercado de su estado. El aviso debe mostrar el crédito fiscal máximo de la prima por el cual califica (si califica para alguno).
- Información de la página web del mercado de su estado que detalle los planes de cobertura de salud disponibles para usted. Imprima y envíenos por correo una captura de pantalla que muestre el monto de la prima mensual del plan bronce de menor costo al que pueda acceder. Incluya el plan disponible para todas las personas que deseen esa exención.

**Nota:** Si no hay un plan bronce único que cubra a todos los miembros del hogar de la persona que está solicitando una exención, entonces mande una copia de las pantallas que muestren los planes bronce de menor costo que al sumarlos tengan el precio más bajo para todos.

**Importante:** No podremos procesar su solicitud sin esta información. Visite el sitio web del mercado de su estado o llame al número de teléfono detallado en la solicitud si necesita ayuda para obtener esta información.

## PASO 4: Constancia de ingresos anuales.

(Página 5)

DEBE presentar una constancia de cada tipo de ingreso que detalle para cada persona en esta solicitud. No podemos aprobar su exención sin una constancia de ingresos. La tabla en la página 5 detalla posibles documentos para cada tipo de ingreso; puede presentar otros documentos que no se incluyan en la lista si muestran montos de ingresos que usted incluyó en su solicitud.

Si espera que sus ingresos aumenten o disminuyan durante el año en el cual solicita la exención, puede presentar otros documentos, como uno que detalle cuándo terminará el trabajo por contrato. Si una parte de sus ingresos proviene de trabajo independiente, puede llenar un libro de trabajador independiente que incluya los ingresos que espera ganar.

## PASO 5: Lea y firme esta solicitud.

(Página 6)

Lea las declaraciones en esta página, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta. Si usted o alguna otra persona que está solicitando la exención en esta solicitud se encuentra preso (detenido o en la cárcel), escriba su nombre en el renglón correspondiente. Si la persona está pendiente de disposición, marque el casillero bajo su nombre.

Si un representante autorizado lo ayudó a completar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice C: Asistencia para Completar esta Solicitud y presentarla junto con su solicitud.

## APÉNDICE A: Cobertura de Salud de su Empleo

Si alguien de su familia puede conseguir cobertura de salud por su empleo, incluidos su padre/madre o cónyuge, ofrezca información sobre esa oferta de cobertura independientemente de que esa persona se encuentra actualmente inscrita en la cobertura. Complete una página por cada empleador que ofrece cobertura de salud.



# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para las Personas que han Experimentado Dificultades

Use esta solicitud para pedir una exención si ha experimentado dificultades. Usted podría calificar para una exención por “dificultad” si:

- No tiene casa.
- Lo desahuciaron en los últimos 6 meses o estaba enfrentando desalojo o ejecución hipotecaria.
- Recibió una factura final o de cierre de una empresa de servicios públicos.
- Ha sido víctima de violencia doméstica recientemente.
- Acaba de sufrir recientemente la muerte de un familiar cercano.
- Ha sido víctima de un incendio, inundación u otro desastre natural o provocado por el hombre que causó daños considerables a su propiedad.
- Se declaró en bancarrota en los últimos 6 meses.
- Tiene gastos médicos que no ha podido pagar en los últimos 24 meses.
- Ha experimentado aumentos inesperados en gastos necesarios debido al cuidado de un familiar enfermo, discapacitado o anciano.
- Espera declarar a un hijo como dependiente para los impuestos a quien le han denegado la cobertura en Medicaid y CHIP, y una orden de los tribunales le exige a otra persona que le dé apoyo médico al menor.
- Como resultado de una decisión de apelación de elegibilidad, usted es elegible para inscribirse en: 1) un plan de salud autorizado (QHP) a través del mercado de seguros, 2) menores costos en sus primas mensuales o 3) reducciones de los costos compartidos por el período en que no estuvo inscrito en un QHP a través del mercado de seguros.
- Se determinó no elegible para Medicaid porque su estado no extendió la elegibilidad para Medicaid bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- Recibió un aviso informándole que su plan de seguro médico actual comprado en el mercado individual (no una cobertura grupal) ha sido cancelado y que considera que no puede costear los demás planes disponibles.
- Tuvo dificultades que lo obligaron a acceder a un seguro médico que NO se detalló anteriormente.

## PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.

(Página 2)

Debe completar el Paso 2 para cada persona en su hogar que usted haya incluido en su declaración de impuestos.

(Página 3)

### PERSONA 1

La PERSONA 1 debe ser la persona que presenta la declaración federal de impuestos de su hogar, incluso si no es quien necesita la exención.

### Punto 8

Suministre la información solicitada para explicar su dificultad. Anote la fecha cuándo comenzó su dificultad, cuándo finalizó y si sigue en proceso. Solo necesita una exención para cualquier período del año. O puede aplicar a más de un tipo de dificultad si los eventos ocurrieron en distintos momentos del año.

Si tiene más de una dificultad, deberá repetir el Paso 2 (página 3) y completar el punto 8 para cada dificultad a la cual aplique. **Si aplica a más de una categoría de dificultad, deberá presentar documentación para CADA categoría a la cual aplique.**

**Puntos 9–10**

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

(Página 4)

**PERSONA 2**

La PERSONA 2 puede ser el cónyuge que declara sus impuestos junto con la PERSONA 1 o cualquier persona que la PERSONA 1 declare como dependiente en la misma declaración de impuestos.

**Punto 9**

Suministre la información solicitada para explicar su dificultad. Anote la fecha cuándo comenzó su dificultad, cuándo finalizó y si sigue en proceso. Solo necesita una exención para cualquier período del año. O puede aplicar a más de un tipo de dificultad si los eventos ocurrieron en distintos momentos del año.

Si tiene más de una dificultad, deberá repetir el Paso 2 (página 4) y completar el punto 9 para cada dificultad a la cual aplique. **Si aplica a más de una categoría de dificultad, deberá presentar documentación para CADA categoría a la cual aplique.**

**Puntos 10–11**

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención para Indios Americanos y Nativos de Alaska y Otras Personas Elegibles para Recibir Servicios de un Proveedor de Salud para Indígenas

Use esta solicitud para pedir una exención si usted o alguien de su hogar es:

- Miembro de una tribu reconocida federalmente o un nativo de Alaska miembro de una corporación regional o de aldea de nativos de Alaska, según se define en la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (ANCSA).
- Una persona elegible para recibir servicios de salud a través del servicio de salud para indígenas, tribus y organizaciones tribales u organizaciones urbanas indígenas.

Cada persona que solicite una exención en esta solicitud debe presentar copias de documentación que demuestren que son miembros de una tribu indígena, de una corporación de nativos de Alaska o elegibles para recibir servicios de un proveedor de atención médica a indígenas.

## PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.

Debe completar el Paso 2 para cada persona en su hogar que usted haya incluido en su declaración de impuestos. Lea con detenimiento la información de la sección "A quién debo incluir en esta solicitud" para comprender a quién debe agregar en el Paso 2.

(Página 2)

### PERSONA 1

La PERSONA 1 debe ser la persona que presenta la declaración federal de impuestos de su hogar, incluso si no es quien necesita la exención.

#### Punto 8

Marque "sí" si es miembro de una tribu indígena. Esto significa que es miembro de una tribu reconocida federalmente o un nativo de Alaska miembro de una corporación regional o de aldea de nativos de Alaska, según se define en o se establece de conformidad con la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (ANCSA). Si contestó que "sí," puede dejar el resto de esta página en blanco. Si no es miembro de una tribu indígena, marque "no" y pase al punto 9.

#### Punto 9

Si es elegible para recibir servicios de un proveedor de atención médica a indígenas, marque "sí" y responda los puntos 10-12.

#### Punto 10

Si no ha sido elegible siempre para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas, escriba la fecha en que fue elegible para estos servicios (esto podría aplicar a usted si adquirió la elegibilidad a través de un matrimonio). Si no es el caso, deje este punto en blanco.

#### Punto 11

Si SOLO es elegible para recibir servicios de un proveedor de atención médica a indígenas debido a que está embarazada de una persona elegible para recibir servicios de un proveedor de atención médica a indígenas, suministre la fecha de parto y deje el resto de la página en blanco.

#### Punto 12

Si sabe que su elegibilidad para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas ha terminado o terminará, escriba la fecha en que terminó o terminará su elegibilidad para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas. Por ejemplo, si es elegible porque usted es cónyuge de un indígena americano o nativo de Alaska, y está en el proceso de terminar su matrimonio, esta fecha será la fecha en la que reciba una orden del tribunal que diga que su matrimonio se ha anulado. Si usted no es un niño nativo de Alaska o indígena, la fecha puede ser en la que cumplirá 19 años.

(Página 3)

## PERSONA 2

La PERSONA 2 puede ser el cónyuge que declara sus impuestos junto con la PERSONA 1 o cualquier persona que la PERSONA 1 declare como dependiente en la misma declaración de impuestos.

Utilice las mismas instrucciones otorgadas para la PERSONA 1 para completar el Paso 2: PERSONA 2. Para encontrar el número de pregunta correcto para la PERSONA 2, simplemente agregue "+1" a los puntos anteriores. Por ejemplo, el punto 8 para la PERSONA 1 es el punto 9 (8+1) para la PERSONA 2.

## PASO 5: Documentos para respaldar su solicitud.

---

(Página 5)

Para cada persona que solicite una exención en esta solicitud debe presentar copias (no originales) de documentos que demuestren que son miembros de una tribu indígena, de una corporación de nativos de Alaska o elegibles para recibir servicios de un proveedor de atención médica a indígenas. **Asegúrese de hacer copias de ambos lados y de todas las páginas de los documentos que presente.**

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para Miembros de Sectas o Divisiones Religiosas Reconocidas

Use esta solicitud si usted y/o alguna otra persona de su familia es miembro de una secta o división religiosa aprobada, las cuales se describen en la sección 1402(g)(1) del Código de Rentas Internas, y un defensor de los principios o enseñanzas de dicha secta o división, incluida la oposición a aceptar los beneficios de cualquier seguro privado o público que haga pagos en caso de muerte, incapacidad, edad avanzada o jubilación o que haga pagos que cubran el costo de, o brinde servicios de, atención médica (incluyendo Medicare y el Seguro Social).

## PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.

### (Página 1)

Debe completar el Paso 2 para cada persona en su hogar que usted haya incluido en su declaración de impuestos. Lea con detenimiento la información de la sección "A quién debo incluir en esta solicitud" para comprender a quién debe agregar en el Paso 2.

### (Página 2)

#### PERSONA 1

La PERSONA 1 debe ser la persona que presenta la declaración federal de impuestos de su hogar, incluso si no es quien necesita la exención.

#### Punto 8

Marque "sí" si tiene un formulario 4029 del IRS aprobado ("Solicitud de Exención de Impuestos de Seguro Social y Medicare y Dispensa de Beneficios") y adjunte una copia a su solicitud. No tiene que tener un formulario 4029 del IRS aprobado para recibir esta exención.

#### Punto 9

Díganos el nombre de su secta o división religiosa, el nombre del distrito o congregación y la dirección.

#### Punto 10

Escriba la fecha en que se convirtió en miembro de esta secta o división religiosa. Si su secta o división religiosa no permite que los niños sean miembros hasta cierta fecha, escriba su fecha de nacimiento.

#### Punto 11

Escriba la fecha en que terminó su membresía si actualmente ya no es miembro de esta secta o división religiosa.

#### Puntos 12-13

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

### (Página 3)

#### PERSONA 2

La PERSONA 2 puede ser el cónyuge que declara sus impuestos junto con la PERSONA 1 o cualquier persona que la PERSONA 1 declare como dependiente en la misma declaración de impuestos.

Utilice las mismas instrucciones otorgadas para la PERSONA 1 para completar el Paso 2: PERSONA 2. Para encontrar el número de pregunta correcto para la PERSONA 2, simplemente agregue "+1" a los puntos anteriores. Por ejemplo, el punto 9 para la PERSONA 1 es el punto 10 (9+1) para la PERSONA 2.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para Miembros de un Ministerio de Cuidados de Salud Compartidos

Use esta solicitud si usted y/o alguna otra persona de su familia es/fue miembro de un ministerio de cuidados de salud compartidos que esté reconocido por el Mercado de Seguros Médicos.

Un ministerio de cuidados de salud compartidos es una organización cuyos miembros comparten un grupo común de principios éticos y religiosos, y comparten gastos médicos entre ellos de conformidad con estas creencias.

Utilice esta solicitud solo si está solicitando una exención por los meses de membresía en un ministerio de cuidados de salud compartidos para el año actual. Si desea solicitar esta exención para un año calendario luego de que finalice el año, deberá solicitarla en su declaración federal de ingresos.

## PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.

### (Página 1)

Debe completar el Paso 2 para cada persona en su hogar que usted haya incluido en su declaración de impuestos. Lea con detenimiento la información de la sección "A quién debo incluir en esta solicitud" para comprender a quién debe agregar en el Paso 2.

### (Página 2)

#### PERSONA 1

La PERSONA 1 debe ser la persona que presenta la declaración federal de impuestos de su hogar, incluso si no es quien necesita la exención.

#### Punto 8

Díganos el nombre y la dirección del ministerio de cuidados de salud compartidos a la que pertenece.

#### Punto 9

Infórmenos sobre los períodos en los que fue miembro y tuvo la cuota al día. Solo podrá recibir esta exención para meses que ya pasaron.

#### Puntos 10-11

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

### (Página 3)

#### PERSONA 2

La PERSONA 2 puede ser el cónyuge que declara sus impuestos junto con la PERSONA 1 o cualquier persona que la PERSONA 1 declare como dependiente en la misma declaración de impuestos.

Utilice las mismas instrucciones otorgadas para la PERSONA 1 para completar el Paso 2: PERSONA 2. Para encontrar el número de pregunta correcto para la PERSONA 2, simplemente agregue "+1" a los puntos anteriores. Por ejemplo, el punto 8 para la PERSONA 1 es el punto 9 (8+1) para la PERSONA 2.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para Personas que están Encarceladas (Detenidas o Presas)

Use esta solicitud para pedir una exención si usted o alguien de su hogar estuvo o está encarcelado (detenido o preso) por motivos diferentes a estar pendiente de disposición por los cargos.

## PASO 2: Infórmenos sobre su hogar fiscal.

(Página 1)

Debe completar el Paso 2 para cada persona en su hogar que usted haya incluido en su declaración de impuestos. Lea con detenimiento la información de la sección "A quién debo incluir en esta solicitud" para comprender a quién debe agregar en el Paso 2.

(Página 2)

### PERSONA 1

La PERSONA 1 debe ser la persona que presenta la declaración federal de impuestos de su hogar, incluso si no es quien necesita la exención.

#### Punto 8

Díganos las fechas de entrada y salida por cada período que estuvo encarcelado (detenido o encarcelado) y el nombre de la instalación donde estuvo encarcelado. No incluya períodos en los que estuvo pendiente de disposición por los cargos. Si tiene más de tres períodos de encarcelación para los cuales desearía una exención, haga una copia de la página 2 y complétela.

#### Puntos 9-10

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

(Página 3)

### PERSONA 2

La PERSONA 2 puede ser el cónyuge que declara sus impuestos junto con la PERSONA 1 o cualquier persona que la PERSONA 1 declare como dependiente en la misma declaración de impuestos.

#### Punto 9

Si la PERSONA 2 estuvo encarcelada, y la PERSONA 2 desea una exención para cualquiera de los períodos en los que estuvo encarcelada, la PERSONA 2 debe responder el punto 10.

#### Punto 10

Díganos las fechas de entrada y salida por cada período que estuvo encarcelado (detenido o encarcelado) y el nombre de la instalación donde estuvo encarcelado. No incluya períodos en los que estuvo pendiente de disposición por los cargos. Si tiene más de tres períodos de encarcelación para los cuales desearía una exención, haga una copia de la página 3 y complétela.

#### Puntos 11-12

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.



# Materiales de Referencia

## Lista de estados migratorios elegibles:

Si es una persona elegible que no es ciudadana, pero aplica a la exención de pago de responsabilidad compartida para personas que no pueden pagar una cobertura de salud y viven en un estado con un mercado facilitado por el gobierno federal, utilice la lista para responder las preguntas sobre su estado migratorio elegible. **No** recopilamos esta información para ninguna otra solicitud de exención.

Si encuentra su estado migratorio a continuación, complete el círculo que dice “sí”.

- Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta verde)
  - Asilado
  - Refugiado
  - Cubano/Haitiano admitido
  - Entró a los EE.UU. bajo palabra
  - Entrada condicional concedida antes de 1980
  - Cónyuge, niño o padre/madre maltratado
  - Víctima de tráfico de personas y su cónyuge, hijo, hermano(a) o padre/madre
  - Concedida la Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes migratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT)
  - Persona con un estado de no inmigrante (incluidos visas de trabajo, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
  - Estado de Protección Temporal (TPS)
  - Diferimiento de Partida Forzada (DED)
  - El Estado de Acción Diferida (Acción Diferida para los Llegados durante la Infancia (DACA) no es un estado migratorio elegible en este caso.)
- **Solicitante de:**
    - Estado Especial de Inmigrante Juvenil
    - Ajuste a estado de LPR con una petición de visa aprobada
    - Visa de víctima de tráfico de personas
    - Asilo al que se le ha concedido ya sea permiso de trabajo O que es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de asilo pendiente por al menos 180 días.
    - Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes migratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT) que o bien se le ha concedido permiso de trabajo O es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de suspensión de deportación o suspensión de expulsión, de conformidad con las leyes migratorias o de conformidad con CAT por al menos 180 días.
- **Determinadas personas con permiso de trabajo:**
    - Solicitantes de registro
    - Orden de supervisión
    - Solicitante de Cancelación de Expulsión o Suspensión de Deportación
    - Solicitante de Legalización de conformidad con IRCA
    - Solicitante de Estado de Protección Temporal (TPS)
    - Legalización de conformidad con la Ley LIFE
- Residente legal temporal
  - El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión
  - Miembro de una tribu indígena reconocida federalmente o indígena americano nacido en Canadá
  - Residente de Samoa Americana

## Estado migratorio y tipos de documentos:

Si es una persona elegible que no es ciudadana, pero aplica a la exención de pago de responsabilidad compartida para personas que no pueden pagar una cobertura de salud y viven en un estado con un mercado facilitado por el gobierno federal, detalle su documento migratorio. **No** recopilamos esta información para ninguna otra solicitud de exención.

Consulte la siguiente lista con algunos de los tipos de documentos comunes. Si el documento que usted tiene no está en la lista, puede escribir el nombre del documento. Si no está seguro o tiene un estado elegible, pero no tiene ningún documento, llame al Centro de llamadas del mercado al **1-800-318-2596** para obtener ayuda.

Si Usted Tiene:	Escriba lo Siguiente para el Documento de Identidad:
Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> <li>Número de tarjeta</li> </ul>
Permiso de Reingreso (I-327)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> </ul>
Documento de Viaje para Refugiado (I-571)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> </ul>
Tarjeta de Permiso de Trabajo (I-766)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> <li>Número de tarjeta</li> <li>Fecha de vencimiento</li> <li>Código de la categoría</li> </ul>
Visa de Inmigrante con Lectura Electrónica de Datos (con nota temporal I-551)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> <li>Número de pasaporte</li> </ul>
Sello Temporal I-551 (en el pasaporte o 1-94/1-94A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> </ul>
Registro de Entradas/Salidas (I-94/I-94A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de I-94</li> </ul>
Registro de Entradas/Salidas en el Pasaporte Extranjero (I-94)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de I-94</li> <li>Número de pasaporte</li> <li>Fecha de vencimiento</li> <li>País que lo emite</li> </ul>
Pasaporte Extranjero	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de pasaporte</li> <li>Fecha de vencimiento</li> <li>País que lo emite</li> </ul>
Certificado de Elegibilidad para Estado de Estudiante no Inmigrante (I-20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de identificación SEVIS</li> </ul>
Certificado de Elegibilidad para Estado de Visitante de Intercambio (DS2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de identificación SEVIS</li> </ul>
Notificación (I-797)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero o un número de I-94</li> </ul>
Otro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero o un número de I-94</li> <li>Descripción del tipo o nombre del documento</li> </ul>

Para más documentos o estados migratorios elegibles, vaya a la página siguiente.

## Usted también puede detallar estos documentos o estados:

- Un documento que indique que es miembro de una tribu indígena reconocida federalmente o indígena americano nacido en Canadá  
(Nota: A esto se lo considera un estado migratorio elegible para Medicaid, pero no para un plan de salud calificado (QHP).
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Documento que indique suspensión de la expulsión
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE.UU.
- Cubano/Haitiano admitido
- Residente de Samoa Americana

## Para las personas que trabajan de forma independiente:

**Si usted tiene cualquiera de estos gastos, puede descontarlos de su ingreso bruto para obtener la cantidad de sus ingresos netos como trabajador independiente:**

- Gastos de auto y camión (para viajes durante el día de trabajo, no para ir y venir de la casa al trabajo)
- Salario del empleado y beneficios suplementarios
- Intereses (incluya los intereses de la hipoteca de la casa pagados a los bancos, etc.)
- Renta o arrendamiento de propiedad para negocios y servicios públicos
- Publicidad
- Reparaciones y mantenimiento
- Seguro de propiedad, seguridad e interrupción de actividades empresariales
- Depreciación
- Servicios legales y profesionales
- Comisiones, impuestos, licencias y cargos
- Contratos laborales
- Ciertos viajes de negocio y comidas

# NOTAS

# Aviso de Ley de Privacidad

## Autorización sobre la información presentada

Al enviar esta solicitud, usted confirma tener autorización de todas las personas cuya información aparece en la solicitud tanto para enviar su información al mercado como para recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.

## Aviso de Ley de Privacidad efectivo el 01/10/2013

Estamos autorizados a recopilar información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluidos números de seguro social, de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Ley pública No. 111-148), según enmienda por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley pública No. 111-152) y la Ley del Seguro Social.

Necesitamos la información brindada acerca de usted y de las otras personas mencionadas en este formulario para determinar su elegibilidad para: (1) inscribirse en un plan de salud calificado a través del mercado federal de seguros médicos, (2) programas de accesibilidad de seguros (como Medicaid, CHIP, pago por adelantado de los reembolsos de la prima y reducciones por costos compartidos), y (3) certificaciones de exención del requisito de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, verificaremos la información brindada en el formulario, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado y al final le brindaremos su información al plan de salud que usted seleccione para que puedan inscribir en un plan de salud calificado o en un programa de accesibilidad de seguros a las personas que sean elegibles. También usaremos la información ofrecida como parte de la operación del mercado, incluso actividades como verificar la continuación de la elegibilidad de todos los programas, procesamiento de apelaciones, informar y gestionar los programas de accesibilidad de seguros para personas elegibles, llevar a cabo la supervisión y actividades de control de calidad, combatir el fraude y responder a cualquier inquietud sobre la seguridad o confidencialidad de la información.

Aunque proveer la información que se solicita (incluidos los números de seguro social) es voluntario, no proporcionarla podría retrasar o impedir que obtenga una cobertura médica a través del mercado, el pago por adelantado de los reembolsos de la prima, reducciones por costos compartidos, o una exención del requisito de responsabilidad individual. Si usted no tiene una exención del pago de responsabilidad compartida y no tiene una cobertura de salud calificada durante tres meses o más al año, podría estar sujeto a una penalidad. Si usted no provee información correcta en este formulario y a sabiendas e intencionalmente proporciona información falsa o fraudulenta, podría estar sujeto a una penalidad y a que se le apliquen otras leyes.

Para poder verificar y procesar las solicitudes, determinar la elegibilidad y operar en el mercado, necesitaremos compartir determinada información que recibamos fuera de los CMS, por ejemplo:

1. Otras agencias federales, (como el Servicio de Impuestos Internos, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional), agencias del estado (como Medicaid o CHIP) o agencias del gobierno local. Puede ser que utilicemos la información que usted nos proporcione en programas de cotejo electrónico con cualquiera de estos grupos para llegar a determinaciones en cuanto a elegibilidad, para verificar la continuidad de la elegibilidad para inscribirse en un plan de salud calificado o en programas federales de beneficios, o para procesar apelaciones de determinaciones en cuanto a elegibilidad. La información suministrada por los solicitantes no se utilizará con fines migratorios;
2. Otras fuentes de verificación, incluidas agencias de reporte de crédito;
3. Los empleadores identificados en las solicitudes para determinación de elegibilidad;
4. Solicitantes/personas inscritas, y representantes autorizados de solicitantes/ personas inscritas;
5. Agentes, corredores y personas que emiten los planes de salud calificados, según corresponda, que están certificados por los CMS y ayudan a los solicitantes/personas inscritas;
6. Contratistas de los CMS que están realizando alguna función para el mercado; y
7. Cualquier otra persona o entidad según exija la ley o se permita de conformidad con el Aviso del Sistema de Archivos de la Ley de Privacidad relacionada con esta recopilación (Sistema de Intercambio de Seguro de Salud de los CMS (HIX), Sistema de CMS No. 09-70-0560, según enmienda, Registro Federal 78, 8538, 6 de marzo de 2013, y Registro Federal 78, 32256, 29 de mayo de 2013).

## Verificación de identidad

Para proteger su privacidad, deberá completar una verificación de identidad antes de solicitar mayores privilegios de cuenta. Usted le da su consentimiento a Experian, un proveedor de verificación de identidad externo, para acceder a su información personal a fin de realizar la verificación de identidad en nombre de CMS. A continuación, detallamos algunos puntos a considerar.

Asegúrese de haber ingresado su nombre legal, dirección actual, número de teléfono principal, fecha de nacimiento y dirección de correo electrónico correctamente. Recopilaremos información personal solo para verificar su identidad con Experian.

La verificación de identidad implica que Experian utilice información de su perfil de consumidor para ayudar a confirmar su identidad. Como resultado, puede observar una entrada denominada "consulta suave" en su informe de consumidor de Experian. Solo usted visualiza las consultas suaves; nunca se presentarán a terceros y no afectan su calificación de crédito. Las consultas suaves se titularán "Servicios de prueba de CMS" y se eliminarán de su perfil de consumidor de Experian 25 meses después.

Podrá acceder a su información personal y de consumidor, dado que Experian le hará preguntas en función de los datos de sus archivos.

Esta declaración contiene el aviso exigido por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(3)). Puede obtener más información sobre la forma en que manejamos su información visitando: <https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/how-we-use-your-data/>.