



Formulario de solicitud de apelación del Mercado de Seguros de Virginia

Complete este formulario y envíelo al Mercado de Seguros de Virginia. Tu aviso contiene instrucciones sobre "**Cómo presentar una apelación**".

Nota: Las apelaciones de elegibilidad para Medicaid y FAMIS deben presentarse al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS). Consulta tu Aviso de Derechos de Apelación para más información. También puede contactar con DMAS por correo electrónico: appeals@dmass.virginia.gov o por teléfono: (804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120).

Obtén ayuda: Si necesitas ayuda para presentar una apelación o tienes preguntas adicionales sobre el proceso de apelación, contacta con el **Servicio de Atención al Cliente del Marketplace en el (888) 687-1501** o visita marketplace.virginia.gov/marketplace-help-center. Los representantes de Atención al Cliente del Marketplace no pueden ofrecer asesoramiento legal, pero sí pueden responder preguntas sobre cómo presentar apelaciones e incluso ayudar a completar un formulario de solicitud de apelación. Si necesita ayuda con su apelación en un idioma distinto al inglés, por favor contacte con el (888) 687-1501 y seleccione 5 para español u 8 para otros idiomas.

PASO 1: IDENTIFICAR QUIÉN ESTÁ APELANDO

Incluye SOLO a las personas en tu solicitud del Mercado de Seguros de Virginia cuyos resultados de elegibilidad estén siendo apelados.

Nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico (opcional)	
Número de teléfono diurno		
Dirección de la calle	Número de apartamento o suite	
Ciudad	Estado	Código postal

Si otras personas en tu solicitud están apelando sus resultados de elegibilidad, rellena sus nombres y fechas de nacimiento a continuación. Incluye SOLO a las personas en tu solicitud del Mercado de Seguros de Virginia cuyos resultados de elegibilidad estén siendo apelados. **Usa páginas extra si es necesario.** Deja esta sección en blanco si nadie más apela.

Persona adicional apelando

Nombre		Apellido
Relación con el Jefe de Familia	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico (opcional)

Persona adicional apelando

Nombre		Apellido
Relación con el Jefe de Familia	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico (opcional)

Persona adicional apelando

Nombre		Apellido
---------------	--	-----------------



Relación con el Jefe de Familia	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico (opcional)
--	---	--------------------------------------

Persona adicional apelando

Nombre	Apellido
Relación con el Jefe de Familia	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Correo electrónico (opcional)	

Persona adicional apelando

Nombre	Apellido
Relación con el Jefe de Familia	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Correo electrónico (opcional)	

Persona adicional apelando

Nombre	Apellido
Relación con el Jefe de Familia	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Correo electrónico (opcional)	

PASO 2: IDENTIFICAR EL MOTIVO DE LA APELACIÓN

Revisa tu aviso de determinación de elegibilidad y proporciona la siguiente información.

ID de la aplicación # (impreso en el primero página de aviso)	Fecha del aviso que estás apelando (mm/dd/yyyy)
--	--

Selecciona la(s) razón(s) por la que apelas tu resultado de elegibilidad.

- ☐ El Mercado de Seguros de Virginia determinó que yo, u otra persona en mi solicitud, no éramos elegibles para la cobertura.
- ☐ El Mercado de Seguros de Virginia determinó que yo, u otra persona de mi solicitud, no éramos elegibles para asistencia financiera (créditos fiscales por primas anticipadas o reducciones por costes compartidos).
- ☐ No estoy de acuerdo con la cantidad de ayuda financiera (créditos fiscales anticipados por primas o reducciones de costes compartidos) para la que yo, u otra persona en mi solicitud, fuimos elegibles.
- ☐ El Mercado de Seguros de Virginia determinó que yo, u otra persona de mi solicitud, no éramos elegibles para un Periodo Especial de Inscripción.
- ☐ El Mercado de Seguros de Virginia no proporcionó una determinación oportuna de elegibilidad después de que yo, u otra persona en mi solicitud, solicitáramos la cobertura.
- ☐ Otros (proporciona detalles a continuación. Utiliza páginas adicionales si es necesario).



PASO 3: CUÉNTANOS MÁS SOBRE TU SOLICITUD DE APELACIÓN. Si quieres incluir documentos que respalden tu apelación, adjunta o envía una copia de cada documento junto con tu formulario de Solicitud de Apelación. Conserva todos los documentos originales. Usa páginas extra si es necesario.

PASO 4: SOLICITA UNA APELACIÓN ACELERADA (DE VÍA RÁPIDA) SI LA NECESITAS POR MOTIVOS DE SALUD (OPCIONAL)

Si tienes una necesidad inmediata de servicios de salud y un retraso podría poner seriamente en peligro tu vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad, puedes solicitar una apelación acelerada (de vía rápida). (Por ejemplo, si estás en el hospital o necesitas medicación con urgencia).

☐ No, no estoy solicitando acelerar mi apelación.

☐ Sí, necesito una apelación acelerada (de vía rápida).

Si seleccionaste "Sí" arriba, explica el motivo por el que solicitas una apelación acelerada. Utiliza páginas adicionales si es necesario. Si incluye documentos que respaldan su solicitud, envíennos una copia de cada uno de sus documentos. Conserva todos los documentos originales. El Mercado de Seguros de Virginia se pondrá en contacto contigo para notificarte si tu apelación ha sido aprobada para el proceso acelerado (vía rápida).

**PASO 5: NOMBRAR A UN REPRESENTANTE (OPCIONAL)**

Puedes elegir un representante autorizado que te ayude con tu apelación. El Marketplace no te proporcionará un abogado. Tu representante es una persona de confianza que eliges y que tiene permiso para discutir tu apelación con el Marketplace, ver tu información y actuar en tu nombre en asuntos relacionados con tu apelación, como firmar tu solicitud de apelación o presentar argumentos en tu nombre en la audiencia.

Su representante autorizado actuará en su nombre en todos los asuntos relacionados con su apelación. Su firma en esta Solicitud de Apelación autoriza al Mercado de Virginia a comunicarse con su Representante Autorizado sobre su apelación. Todas las comunicaciones sobre tu apelación irán a tu representante autorizado, no a ti. Si cambias de opinión tras nombrar a un representante y no quieres que esa persona actúe en tu nombre, debes llamar o escribir al Mercado de Virginia para que la elimines como tu representante.

No, no voy a nombrar a un representante autorizado.

☐

Sí, voy a nombrar a un representante autorizado para ayudarme con la apelación.

Si seleccionaste "Sí" arriba, proporciona la siguiente información.

Nombre de pila del representante autorizado	Apellido del representante autorizado	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico	
Número de teléfono diurno		
Dirección de la calle	Número de apartamento o suite	
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la organización	Número de identificación (si procede):	

PASO 6: FIRMA EL FORMULARIO

Esta sección indica tu aprobación para permitir que el Mercado de Seguros de Virginia comparta información fiscal federal e información de la Administración de la Seguridad Social para su uso durante una apelación. Esta sección se aplica a todas las personas que firmen a continuación y que tengan 18 años o más. Todos los declarantes de la declaración de la imposición en tu solicitud deben firmar este formulario.

Durante el proceso de apelación, puede que necesitemos compartir contigo o con tu representante autorizado la información que el Mercado de Seguros de Virginia utilizó para determinar tu elegibilidad. Esta información puede incluir información sobre ingresos laborales de una agencia de



Formulario de Solicitud de Apelación del Consumidor del Mercado de Seguros de Virginia

informes de consumidores, información sobre ingresos que recibas de la Administración de la Seguridad Social y/o información fiscal federal del Servicio de Impuestos Internos sobre miembros de tu hogar, incluyendo información de tu última declaración federal de la renta sobre la renta. El Mercado de Seguros de Virginia no puede compartir información fiscal federal sobre la renta ni información mensual y anual de las prestaciones de la Seguridad Social bajo el Título II de la Ley de la Seguridad Social de la Administración de la Seguridad Social a un representante autorizado u otras personas sin tu consentimiento. Para conceder permiso al Mercado de Seguros de Virginia, por favor firme a continuación.

Declaración de Reconocimiento

Entiendo que, al completar, firmar y fechar a continuación, autorizo al Mercado de Seguros de Virginia a divulgar a las personas cuyas firmas se proporcionan a continuación, así como a cualquier representante autorizado, cualquier información fiscal federal en mi registro de elegibilidad proporcionada por el Servicio de Impuestos Internos (IRS). También consiento la liberación por parte del Mercado de Seguros de Virginia de mi información mensual y anual de Prestaciones de la Seguridad Social bajo el Título II de la Ley de Seguridad Social a estas mismas personas, junto con otra información en mi registro de elegibilidad del Mercado de Seguros de Virginia, recopilada en base a la solicitud que rellené (o que se completó para mí) o que me incluyera como miembro del hogar, y de otras fuentes de datos como la verificación de ingresos y empleo de una agencia de informes de consumidores que se utilizaron para determinar la elegibilidad del Mercado de Seguros de Virginia.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente de apelación de elegibilidad ante el Mercado de Seguros de Virginia durante el proceso de apelación.

Todos los contribuyentes del hogar deben consentir la divulgación de su propia información fiscal federal y dar su consentimiento para la divulgación de información mensual y anual de la Prestación de la Seguridad Social conforme al Título II de la Ley de Seguridad Social firmando a continuación.

Esta autorización es válida hasta la fecha más temprana:

- la resolución del recurso; o
- cualquier notificación por escrito que indique que quiero que se retire a cualquiera o a todos mis representantes autorizados de esta apelación.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas sinceras a todas las preguntas, y lo he hecho según mi conocimiento. Sé que podría estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono información falsa. **Cabeza de familia en la solicitud / Declarante de impuestos 1**

Nombre (Nombre, Apellido)	
Firma (también es aceptable una firma electrónica)	Fecha (mm/dd/aaaaaaa)



Declarante adicional de impuestos en la solicitud / Declarante 2

Nombre (Nombre, Apellido)	
Firma (también es aceptable una firma electrónica)	Fecha (mm/dd/aaaaaaa)

Declarante adicional en la solicitud / Declarante 3

Nombre (Nombre, Apellido)	
Firma (también es aceptable una firma electrónica)	Fecha (mm/dd/aaaaaaa)