



Formulario de solicitud de apelación del Mercado de Seguros de Virginia

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

Nota: Las apelaciones de elegibilidad de Medicaid y FAMIS deben enviarse al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (Department of Medical Assistance Services, DMAS). Consulte el aviso de derechos de apelación para obtener más información. También puede comunicarse con DMAS por correo electrónico appeals@dmas.virginia.gov o por teléfono: (804) 371-8488 (TTY: 1-800-828-1120).

Obtenga ayuda: si necesita ayuda para presentar una apelación o tiene más preguntas sobre el proceso de apelación, comuníquese con el **Servicio de Atención al Cliente del Mercado al (888) 687-1501** o visite la página marketplace.virginia.gov/marketplace-help-center. Los representantes del Servicio de Atención al Cliente del Mercado no pueden proporcionar asesoramiento legal, pero pueden responder preguntas sobre cómo presentar apelaciones e incluso ayudarlo a completar un formulario de Solicitud de apelación. Si necesita ayuda con su apelación en un idioma distinto al inglés, llame al (888) 687-1501 y marque 5 para español u 8 para otros idiomas.

PASO 1: IDENTIFIQUE A LA PERSONA QUE APELA

Incluya SOLO a las personas de su 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 durante el día		
Dirección postal	Número de apartamento u oficina	
Ciudad	Estado	Código postal

Si otras personas en su solicitud están apelando sus resultados de elegibilidad, escriba sus nombres y fechas de nacimiento a continuación. Incluya SOLO a las personas de su solicitud del Mercado de Seguros de Virginia cuyos resultados de elegibilidad estén siendo apelados. **Utilice páginas adicionales si fuera necesario.** Deje esta sección en blanco si no hay otra persona que apele.

Persona adicional que apele

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

Persona adicional que apele

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

Persona adicional que apele

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



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

Persona adicional que apela

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

Persona adicional que apela

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

Persona adicional que apela

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

PASO 2: IDENTIFIQUE EL MOTIVO DE LA APELACIÓN

Lea su aviso de determinación de elegibilidad y proporcione la siguiente información.

Número de identificación de la solicitud (impreso en la primera página del aviso)	Fecha del aviso al que está apelando (mm/dd/aaaa)
--	--

Seleccione los motivos por los cuales está apelando su resultado de elegibilidad.

- El Mercado de Seguros de Virginia determinó que yo u otra persona en mi solicitud no cumplimos con los requisitos para acceder a la cobertura.
- El Mercado de Seguros de Virginia determinó que yo u otra persona en mi solicitud cumplimos con los requisitos para recibir asistencia financiera (créditos fiscales anticipados para las primas o reducciones de costos compartidos).
- No estoy de acuerdo con el monto de la asistencia financiera (créditos fiscales anticipados para las primas o reducciones de costos compartidos) para el cual yo u otra persona en mi solicitud fuimos considerados aptos para recibir.
- El Mercado de Seguros de Virginia determinó que yo u otra persona en mi solicitud no cumplimos con los requisitos para acceder a un período de inscripción especial.
- El Mercado de Seguros de Virginia no proporcionó una determinación con respecto a la elegibilidad oportuna después de que yo u otra persona en mi solicitud solicitamos cobertura.
- Otro (especifique abajo y, de ser necesario, utilice páginas adicionales).



PASO 3: Cuéntenos MÁS SOBRE SU SOLICITUD DE APELACIÓN. Si desea incluir documentos que respalden su apelación, adjunte o envíe una copia de cada documento con su formulario de Solicitud de apelación. Guarde todos los documentos originales. Utilice páginas adicionales si fuera necesario.

PASO 4: SOLICITE UNA APELACIÓN ACELERADA (RÁPIDA) SI NECESITA HACERLO POR MOTIVOS DE SALUD (OPCIONAL)

Si tiene una necesidad inmediata para acceder a los servicios de salud y una demora podría representar un grave peligro para su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, puede solicitar una apelación acelerada (rápida). (Por ejemplo, si actualmente está hospitalizado o necesita medicamentos con urgencia).

- No, no solicito acelerar mi apelación.
- Sí, necesito una apelación acelerada (rápida).

Si seleccionó "Sí" anteriormente, explique el motivo por el que solicita una apelación acelerada. Utilice páginas adicionales si fuera necesario. Si incluye documentos que respalden su solicitud, envíenos una copia de cada uno de ellos. Guarde todos los documentos originales. El Mercado de Seguros de Virginia se comunicará con usted para notificarle si se aprobó su apelación para el proceso acelerado (rápido).



PASO 5: DESIGNAR A UN REPRESENTANTE (OPCIONAL)

Puede elegir a un representante autorizado para que le ayude con su apelación. El Mercado no le proporcionará un abogado. Su representante es una persona de confianza que usted elige y a la que le otorga permiso para tratar su apelación con el Mercado, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su apelación, como por ejemplo, firmar la Solicitud de apelación o presentar argumentos en su nombre en la audiencia.

El 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 que se comuniquen con su Representante autorizado sobre su apelación. Todas las comunicaciones con respecto a su apelación se enviarán a su representante autorizado, no a usted. Si cambia de opinión después de nombrar a un representante y ya no desea que actúe en su nombre, debe llamar o escribir al Mercado de Virginia para quitar a la persona como su representante.

No, no designo a un representante autorizado.

Sí, designo a un representante autorizado para que me ayude con mi apelación.



Si seleccionó "Sí" anteriormente, proporcione la siguiente información.

Nombre del representante autorizado	Apellido del representante autorizado	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Correo electrónico	
Número de teléfono durante el día		
Dirección postal	Número de apartamento u oficina	
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la organización	Número de identificación (si corresponde):	

PASO 6: FIRMAR LA SOLICITUD

En esta sección se indica que autoriza al Mercado de Seguros de Virginia a compartir información de impuestos federales e información de la Administración del Seguro Social para usarse durante una apelación. Esta sección se aplica a todas las personas que firman a continuación y que tienen más de 18 años. Todos los declarantes de impuestos en su solicitud deben firmar el presente formulario.

Durante el proceso de apelación, es posible que necesitemos compartir con usted o su representante autorizado la información que el Mercado de Seguros de Virginia utilizó para determinar su elegibilidad. Esta información puede ser sobre ingresos de trabajo recibidos de una agencia de informes del consumidor, información sobre ingresos que recibe de la Administración del Seguro Social e información de impuestos federales del Servicio de Impuestos Internos sobre los miembros de su hogar, incluso información sobre su última declaración de impuestos federales sobre la renta que haya presentado. El Mercado de Seguros de Virginia no puede compartir información del impuesto federal sobre la renta o información de beneficios mensuales y anuales del Seguro Social en virtud del Título II de la Ley de Seguro Social de la Administración del Seguro Social a un representante autorizado u otras personas sin su consentimiento. Para otorgar permiso al Mercado de Seguros de Virginia, firme a continuación.

Declaración de reconocimiento

Entiendo que al cumplimentar, firmar y fechar a continuación, autorizo al Mercado de Seguros de Virginia a revelar a las personas cuyas firmas se proporcionan a continuación, así como a cualquier representante autorizado, cualquier información de impuestos federales que figure en mi registro de elegibilidad que haya sido proporcionada por el Servicio de Impuestos Internos. También doy mi consentimiento para que el Mercado de Seguros de Virginia revele la información sobre mis beneficios mensuales y anuales del Seguro Social en virtud del Título II de la Ley del Seguro Social a estas mismas personas, junto con otra información que figura en mi registro de elegibilidad del Mercado de Seguros de Virginia, que está recopilada sobre la base de la solicitud que completé (o que se completó en mi nombre) o que me incluyó como miembro del hogar, y de otras fuentes de datos como verificación de ingresos y empleo de una agencia de informes del consumidor que se utilizaron para tomar la determinación de elegibilidad del Mercado de Seguros de Virginia.

Comprendo que puedo solicitar una copia de mi registro de apelación de elegibilidad del Mercado de Seguros de Virginia durante el proceso de apelación.

Todos los declarantes de impuestos en el hogar deben autorizar la divulgación de su propia información de impuestos federales y permitir la divulgación de información mensual y anual de Beneficios del Seguro Social en virtud del Título II de la Ley del Seguro Social mediante una firma a continuación.



Esta autorización es válida hasta la fecha que ocurra primero:

- resolución del recurso; o
- cualquier notificación por escrito de que deseo quitar a alguno o todos mis representantes autorizados de la presente apelación.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he respondido con veracidad a todas las preguntas y que lo he hecho según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono información falsa.

Jefe de familia en la solicitud/declarante de impuestos 1

Nombre y apellido	
Firma (también se acepta la firma electrónica)	Fecha (mm/dd/aaaa)

Declarante de impuestos adicional en la solicitud/declarante de impuestos 2

Nombre y apellido	
Firma (también se acepta la firma electrónica)	Fecha (mm/dd/aaaa)

Declarante de impuestos adicional en la solicitud/declarante de impuestos 3

Nombre y apellido	
Firma (también se acepta la firma electrónica)	Fecha (mm/dd/aaaa)