

Documentación de Confirmación de la Solicitud de Elegibilidad del Mercado (EACD)

Yo, _____, confirmo que he revisado la información de la solicitud de elegibilidad del Mercado y la considero precisa.

Además, reconozco que se me explicaron las declaraciones incluidas al final de la solicitud de elegibilidad. Reconozco que estas declaraciones se mencionan en la página dos de este documento.

Código Postal _____ Número de miembros del hogar fiscal _____

Ingresos Familiares Estimados \$ _____

¿Califica para un plan asequible basado en el empleador? Si No

Califica para Medicare o Medicaid? Si No

La información de la solicitud de elegibilidad del Mercado se completó con la ayuda proporcionada por el agente de redacción identificado a continuación.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nombre del Agente: | |
| National Producer Number de Agente: | |
| Número de teléfono: | |
| Dirección de correo electrónico: | |

| | |
|--|--|
| Nombre del contacto principal del hogar o Representante Autorizado: | |
| Fecha de revisión: | |
| Phone Number: | |
| Email Address: | |
| Firma: | |
| Fecha de firma: | |

Explicación de las Declaraciones

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones de acuerdo con la ley federal si suministro intencionalmente información falsa.
- Sé que debo informar al Mercado de Seguros de Salud en un plazo de 30 días si la información que he proporcionado en esta solicitud cambia. Sé que puedo realizar cambios en mi cuenta del Mercado o llamando al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Comprendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad, así como la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Si alguien en su solicitud está inscrito en la cobertura del Mercado y luego se determina que tiene otra cobertura de salud calificada (como Medicare, Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP)), el Mercado finalizará automáticamente su cobertura del plan del Mercado. Esto ayudará a garantizar que cualquier persona que tenga otra cobertura calificada no permanezca inscrita en la cobertura del Mercado y tenga que pagar el costo total.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [hhs.gov/ocr/office/file](https://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Sé que la información proporcionada en la solicitud se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para la cobertura de salud, para ayudar a pagar dicha cobertura (si se solicita) y con fines legales del Mercado y programas que ayudan a pagar la cobertura.
- Entiendo que no soy elegible para un crédito fiscal de prima si se determina que soy elegible para otra cobertura de salud calificada, como Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), o un plan de salud basado en el trabajo. También entiendo que si llego a ser elegible para otra cobertura de salud calificada, debo comunicarme con el Mercado para finalizar mi cobertura del Mercado y el crédito fiscal de la prima. Si no lo hago, es posible que la persona que declara los impuestos en mi hogar deba devolver mi crédito fiscal para la prima.
- Entiendo que debido a que el crédito fiscal de la prima se pagará en mi nombre para reducir el costo de la cobertura médica para mí y / o mis dependientes:
 - o Debo presentar una declaración federal de impuestos sobre el ingreso para el año fiscal en el que me inscribí en la cobertura.
 - o Si estoy casado al final del año fiscal en el que me inscribí en la cobertura, debo presentar una declaración conjunta de impuestos sobre el ingreso con mi cónyuge
- También espero que:
 - o Nadie más pueda reclamarme como dependiente en su declaración de impuestos federales sobre el ingreso para el año fiscal en el que me inscribí en la cobertura.
 - o Yo reclamaré una deducción de exención personal en mi declaración de impuestos federales sobre el ingreso para el año fiscal en el que me inscribí en la cobertura, por cualquier individuo mencionado en esta solicitud como mi dependiente que esté inscrito en la cobertura a través de este Mercado y cuya prima de cobertura sea pagada total o parcialmente mediante pagos anticipados del crédito fiscal de prima.
- Si hay algún cambio en la información de mi solicitud:
 - o Entiendo que esto puede afectar mi capacidad para obtener el crédito fiscal de prima.
 - o También entiendo que cuando presente mi declaración de impuestos federales sobre el ingreso para el año fiscal en el que me inscribí en la cobertura, el Servicio de Impuestos Internos (IRS) comparará los ingresos en mi declaración de impuestos con los ingresos en mi solicitud. Comprendo que si los ingresos en mi declaración de impuestos son inferiores a la cantidad de ingresos en mi solicitud, es posible que sea elegible para recibir un monto adicional del crédito fiscal de prima. Por otro lado, si los ingresos en mi declaración de impuestos son superiores a la cantidad de ingresos en mi solicitud, es posible que deba pagar impuestos federales adicionales.