

# Mi Lista de Verificación para la Solicitud del Mercado

Cuando visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) para solicitar o volver a inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros Médicos, tendrá que proveer esta información sobre usted y su familia:

<input type="checkbox"/>	Información sobre el tamaño de su familia. Averigüe quién en su hogar debe incluirse antes de iniciar su solicitud. Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size">CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size</a> para obtener ayuda sobre quién necesita cobertura.
<input type="checkbox"/>	La dirección residencial y/o postal para cada persona solicitando cobertura.
<input type="checkbox"/>	Información sobre todas las personas solicitando cobertura, como los números de Seguro Social y las fechas de nacimiento.
<input type="checkbox"/>	Información sobre el profesional que le ayudó a solicitar, si está recibiendo ayuda para completar su solicitud.
<input type="checkbox"/>	Información sobre cómo presentar su declaración de impuestos para 2022.
<input type="checkbox"/>	Información sobre su empleador y sus ingresos para todos los miembros de su familia (por ejemplo, comprobantes/talones/recibos de pagos/cheques o Formularios W-2). Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size">CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size</a> para obtener información sobre que tipo de ingresos de incluir.
<input type="checkbox"/>	Un estimado de lo que su ingreso familiar será en 2022. Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report">CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/how-to-report</a> para obtener ayuda.
<input type="checkbox"/>	Números de póliza de sus planes de seguro médico actuales.
<input type="checkbox"/>	Herramienta de cobertura a través del empleador completada para cada plan basado y ofrecido por un empleador, para el cual usted o un miembro de su familia sea elegible. Tendrá que llenar este formulario aunque si es elegible para conseguir la cobertura pero no se inscribió. Visite <a href="https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/downloads/employer-coverage-tool.pdf">CuidadoDeSalud.gov/es/downloads/employer-coverage-tool.pdf</a> para ver o imprimir el documento.
<input type="checkbox"/>	Avisos de su plan actual que incluyan el número de identificación del plan, si tiene o tuvo cobertura médica del Mercado en 2021.
<input type="checkbox"/>	Información de los documentos para inmigrantes legales y ciudadanos naturalizados.

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice),

o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para más información.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

## Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 11686-S

Revisado en septiembre 2021

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



[CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov)