



Designación de un representante autorizado para mi apelación

11/2018
 Formulario Aprobado
 NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE
 AUTORIZADO PARA MI APELACIÓN

Usted tiene el derecho de elegir a un representante autorizado para ayudarle con su apelación de elegibilidad. Ésta es una persona de confianza que tiene su permiso para hablar sobre su apelación con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con su apelación, incluyendo obtener información sobre usted y firmar su solicitud de apelación en su nombre. Si desea tener un representante autorizado, complete y envíe este formulario.

Mantenga una copia para sus registros y envíe por correo el formulario completado a:

Centro de Apelaciones del Mercado
 P.O. Box 311
 Pittston, PA 18640

También puede enviar el formulario por fax a nuestra línea de fax segura: 1-877-369-0129.

PASO 1: Ingrese la información para la persona que está solicitando una apelación (también llamado apelante).

Primer nombre	Segundo nombre
Apellido	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /
Número de identificación del caso en la apelación (si tiene uno)	
APL - <input type="text"/>	

PASO 2: Ingrese la información para el representante autorizado.

Al nombrar a un representante autorizado, usted solicita que el Centro de Apelaciones del Mercado envíe todas las comunicaciones (incluyendo mensajes de correo electrónico o recordatorios de mensajes de texto) a su representante en lugar de usted.

Primer nombre del representante autorizado	Segundo nombre	
Apellido		
Dirección postal	Número de apartamento o suite	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono con código del área () -		
Nombre de la organización (si aplica)		
<input type="text"/>		



PASO 3: Recordatorios Electrónicos.

Si su representante autorizado desea recibir recordatorios electrónicos sobre su apelación, pídale que le proporcione su firma a continuación, así como el método de correspondencia preferido (las notificaciones no incluirán información de salud personal).

Obtenga recordatorios de su apelación con:

Texto al número de teléfono móvil

Número de teléfono móvil

() -

Para obtener información acerca de la privacidad de los recordatorios electrónicos, visite: cuidadodesalud.gov/es/privacy

Correo electrónico (Recuerde revisar su carpeta de correo no deseado (spam))

Dirección de correo electrónico

No quiero recordatorios

Nombre impreso del representante autorizado (si elige recibir recordatorios electrónicos) (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha de la firma (dd/mm/aaaa)

/ /

PASO 4: Firma.

Al firmar a continuación, usted permite que la persona nombrada en el paso 2 firme su solicitud de apelación, obtenga información oficial sobre su apelación y/o actúe por usted en todos los asuntos futuros relacionados con esta apelación.

Nombre del apelante impreso (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha de la firma (dd/mm/aaaa)

/ /

Para cambiar o remover su representante autorizado, o para más información, comuníquese con el Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-739-2231. El horario de operaciones es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:30 p.m., hora del este (ET, por su sigla en inglés).

Usted tiene el derecho a obtener la información en este producto en un formato alternativo. Usted también tiene el derecho a presentar una queja si usted cree que ha sido discriminado(a). Visite 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 deben llamar al 1-855-889-4325. Si necesita ayuda con su apelación en un idioma que no sea inglés, usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Llame al Centro de Llamadas de Mercado para obtener información sobre estos servicios.

Servicios de asistencia lingüística

Si necesita ayuda con su apelación en un idioma que no sea inglés, usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-855-231-1751. El horario de operaciones es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:30 p.m., hora del este (ET, por su sigla en inglés).

Accesibilidad

Para solicitar formularios y avisos en un formato alternativo como braille, letra grande, disco compacto de datos, disco compacto de audio, o para solicitar un lector calificado, puede llamar al Centro de Apelaciones al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-231-1751. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-739-2231. El horario de operaciones es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:30 p.m., hora del este (ET, por su sigla en inglés). También puede hacer una solicitud por escrito por fax (1-877-360-0130) o por correo (Centro de Apelaciones del Mercado, P.O. Box 311, Pittston, PA 18640). Las acomodaciones están disponibles y proporcionadas sin costo alguno para usted.

Declaración de la ley de privacidad

El Mercado de Seguros de Salud protege la privacidad y seguridad de la información que usted ha proporcionado. Para ver la Declaración de la ley de privacidad, visite cuidadodesalud.gov/individual-privacy-act-statement. Estamos autorizados a recopilar la información en este formulario y cualquier documentación de respaldo, incluyendo números de Seguro Social, bajo la Ley de protección al paciente y cuidado de salud a bajo precio (ley pública no. 111-148), enmendada por la Ley de reconciliación de cuidado de salud y educación del 2010 (ley pública no. 111-152), implementando reglamentos en 45 CFR parte 155, sub parte F, y la Ley del Seguro Social. Para más información acerca de la privacidad y seguridad de su información, visite cuidadodesalud.gov/privacy.



Prohibición contra la discriminación

El Mercado de Seguros de Salud no excluye, niega beneficios, o discrimina en contra de personas debido a su raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo, o edad. Si usted cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando el sitio web en [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/spanish/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/spanish/index.html), o por correo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU./200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.