

Formulario de solicitud de apelación

Derechos de apelación e instrucciones para presentar una solicitud de apelación ante Pennie[®]

¿Cuáles son sus derechos?

Tiene derecho de apelar cualquier determinación **final** de **elegibilidad** para la cobertura del seguro de salud de Pennie. Puede apelar la decisión de Pennie de denegar, rescindir o cambiar lo siguiente:

- Su elegibilidad para comprar una cobertura del seguro de salud a través de Pennie.
 - Los Créditos Fiscales Anticipados para las Primas (APTC) que tiene derecho a recibir, incluido el importe en dólares de sus APTC.
 - Las Reducciones de Costos Compartidos (CSR) que tiene derecho recibir, incluido el nivel de sus CSR.
 - Su capacidad para inscribirse o cambiar de plan a través de Pennie fuera del período de inscripción abierta.
 - La cobertura que puede comprar porque Pennie determinó que no presentó documentos para verificar la información en su solicitud.
 - Una determinación puntual de elegibilidad después de su solicitud de cobertura.
-

¿Cuándo necesita presentar su solicitud de apelación?

Tiene noventa (90) días desde la fecha de su determinación final de elegibilidad para presentar una solicitud de apelación.

Nota: Si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud y un retraso podría suponer un peligro grave para su salud, puede solicitar una revisión expeditiva (más rápida) de su apelación. (Consulte el Paso 8)

¿Cómo presenta su solicitud de apelación?

Su solicitud de apelación debe incluir su nombre, dirección y el motivo detallado por el que piensa que la determinación de elegibilidad de Pennie es incorrecta. Si solicita una apelación en representación de otra persona (como su hijo), también incluya su nombre. Asimismo, cualquier decisión sobre su elegibilidad puede cambiar la elegibilidad de otras personas en su hogar.

Todas las apelaciones de las acciones de Pennie se rigen por el Título 45 del C.F.R. §§ 155.500-155.555 y las Reglas Generales de Práctica y Procedimiento Administrativo, Título 1 del Código de Pensilvania, Parte II, Capítulos 31-35.

¿Dónde debe presentar su formulario de solicitud de apelación?

Puede presentar su solicitud de apelación por correo electrónico, correo postal de los EE. UU. o por fax.

| Envíe por correo electrónico el formulario de solicitud de apelación y los documentos de respaldo a:
Appeals@pennie.com

| Envíe por correo postal el formulario de solicitud de apelación y los documentos de respaldo a:
Pennie Appeals
PO Box 2008
Birmingham, AL 35203

| Envíe por fax el formulario de solicitud de apelación y los documentos de respaldo a una línea segura de fax:
717-232-2226

¿Cuáles son los pasos siguientes después de presentar su solicitud de apelación?

1. Revisión de validez

- Pennie decidirá si su solicitud de apelación es válida. Solo puede apelar ciertas cuestiones conforme a las reglamentaciones federales. Su solicitud de apelación será presuntamente desestimada (que también se conoce como "cierre de la apelación") si Pennie determina que es inválida. Recibirá una carta con esta información. Tendrá la oportunidad de actualizar su solicitud de apelación por un motivo válido y dejar sin efecto la desestimación (que también se conoce como "reapertura de la apelación"). Si es posible, Pennie compartirá información sobre otras formas para abordar su problema.

2. Una revisión informal

- Para solicitudes válidas de apelación, un representante de Pennie se comunicará con usted para analizar el asunto de su apelación. Esta acción se conoce como resolución informal. Una gran cantidad de apelaciones se pueden cerrar mediante una resolución informal. Por lo general, es la forma más rápida de abordar su asunto. Esté atento a su número de teléfono, buzón de voz y correo electrónico. El representante de Pennie le explicará sus opciones. Puede elegir no realizar el procedimiento de resolución informal. No tiene la obligación de aceptar el resultado de la resolución informal. Su apelación se desestimará si acepta que se ha abordado su asunto.

3. Una audiencia formal

- Algunos asuntos no se abordan mediante la resolución informal. En este caso, su apelación se enviará a un examinador imparcial de audiencias en el Departamento de Estado de Pensilvania, Oficina de Examinadores de Audiencias. Recibirá cartas sobre su caso del Departamento de Estado, Oficina de Examinadores de Audiencias. Pennie estará presente con representación legal. El representante legal de Pennie puede formularle preguntas (o a las personas que testifiquen en su representación) y también puede presentar documentos y testimonios. Usted también puede interrogar a los testigos de Pennie. Un examinador de audiencias decidirá su caso conforme a la evidencia. Preste atención a su correo, ya que recibirá cartas del examinador de audiencias. Todas las cartas se enviarán por correo a la dirección que figura en su documento de apelación.
- [El examinador de audiencias luego revisará la evidencia y el testimonio y emitirá una decisión escrita en una fecha posterior.](#) Recibirá un aviso que explique la decisión. También le indicará qué hacer si no está de acuerdo con la decisión del examinador de audiencias.

¿Cómo finaliza/retira una apelación con anticipación?

Puede retirar (cancelar) su apelación en cualquier momento antes de que el examinador de audiencias tome una decisión final por escrito. Esto se conoce como retiro. Puede retirar su apelación por correo electrónico, fax o correo postal de los EE. UU. con la información de contacto anterior (en la sección "¿Dónde debe presentar su formulario de apelación?") para indicar que desea retirar su apelación. También puede retirar su apelación si llama al Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040 (TTY: 711) o se comunica con el examinador de audiencias asignado a su apelación.

¿Necesita ayuda con su solicitud de apelación? Puede designar a un representante autorizado.

Tiene derecho a elegir a un representante autorizado, incluido un abogado, para que lo ayude con su apelación. Se trata de una persona de confianza que cuenta con su permiso para analizar su apelación con nosotros, ver su información y actuar en su representación en cuestiones relacionadas con su apelación, entre las que se incluye recibir información sobre usted y firmar la solicitud de apelación en su representación.

Si desea que un representante autorizado lo ayude con su solicitud, complete y envíe el **"Formulario de designación de un representante autorizado"** que se adjunta a este formulario de apelación.

¿Necesita asistencia/servicios lingüísticos?

Si necesita ayuda con una apelación en un idioma que no sea inglés, tiene derecho a recibir información en su idioma sin costo alguno. **Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040 (TTY: 711) y complete el Paso 7 a continuación.**

¿Aún tiene preguntas?

Si tiene dificultades para presentar una solicitud de apelación mediante uno de los métodos anteriores, o necesita ayuda adicional con este formulario, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040 (TTY: 711). Si bien Pennie no puede brindar asesoría legal, un representante de atención al cliente puede responder preguntas sobre cómo presentar una solicitud de apelación, y puede ayudarlo en la presentación de una apelación.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 844-844-8040 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-844-8040 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-844-8040 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-844-8040 (TTY: 711),

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 844-844-8040 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-515-274-9136.

ملحوظة: 8040-844-844-1 برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن ، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا : ملحوظة

1-515-274-9136.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-515-274-9136 번으로 전화해 주십시오.

1-515-274-9136

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-515-274-9136.

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helfft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-515-274-9136.

เรียน: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-515-274-9136.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-515-274-9136.

ymol.ymo;= erh>uwdRAunDAusdmtCd<AerRM>Ausdmtw>rRpXRvXAwwXmbl.vXmphRAeDwrHRb.ohM.vDRIAud;1-515-274-9136.

В Н И М А Н И Е: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-515-274-9136

Instrucciones sobre cómo completar este formulario: **(Lea antes de continuar)**

- | **Este es un formulario que se puede completar:** puede ingresar la información directamente en los campos a continuación si lo desea. Una vez completado, puede imprimir y firmar el formulario antes de enviarlo mediante uno de los métodos que figura en la página 2 de este documento.
- | Todos los campos marcados con un * son obligatorios y deben completarse.
- | Puede imprimir un formulario en blanco y completarlo con tinta negra o azul oscura. Escriba en MAYÚSCULAS al completar este formulario con tinta y complete los círculos (O) como este (●).

PASO 1: Indique quién es la persona que solicita esta apelación (también denominada "apelante") *

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento (MM.DD.AAAA)	Número de teléfono durante el día	Dirección de correo electrónico	
/ /	() -		
Dirección, línea 1	Dirección, línea 2		
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Si otros integrantes del grupo familiar presentan la apelación, escriba sus nombres y fechas de nacimiento a continuación. Use hojas adicionales si es necesario. Nota: El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros integrantes de su grupo familiar, incluso si no apelan sus propias determinaciones de elegibilidad.

Integrante del grupo familiar 1

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco

Integrante del grupo familiar 2

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco

Integrante del grupo familiar 3

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco

Integrante del grupo familiar 4

Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco

PASO 2: Indique el motivo de su apelación. *

Fecha del aviso que apela (MM.DD.AAAA)	N.º de ID de la solicitud (impreso en la primera página del aviso)	Fecha de la solicitud que se apela, si está disponible (MM.DD.AAAA)
/ /		/ /

Seleccione cada motivo de apelación que se aplique a usted o algún integrante de su grupo familiar.

Apelaciones de elegibilidad

Pennie determinó que no era elegible para la cobertura.

El importe de la asistencia para la prima (créditos fiscales que ayudan a pagar mi prima mensual) no es correcto o no soy elegible a fin de obtener la asistencia para la prima.

El nivel de las reducciones de costos compartidos (ayudar a pagar mis gastos de bolsillo) no es correcto o no soy elegible para la reducción de costos compartidos.

Pennie determinó que mis ingresos eran demasiado bajos para recibir asistencia financiera.

Pennie denegó mi solicitud de un período de inscripción especial o determinó que no demostré la elegibilidad para un evento de vida calificado.

Apelaciones debido a un error administrativo

Pennie no procesó mi solicitud/información a tiempo.

Pennie no me envió un aviso de la determinación de elegibilidad de manera oportuna.

Pennie indicó que no completé mi solicitud a tiempo y que no puedo solicitar la cobertura fuera del período de inscripción abierta.

Pennie eliminó mis APTC o CSR debido a que no presenté de forma oportuna la documentación de verificación.

Apelaciones para la readmisión.

Mi cobertura se rescindió debido a un error de Pennie, un agente o un asistente de inscripción (no incluye la readmisión debido a rescisión por parte de la aseguradora por falta de pago)

Cuestiones varias/que no se pueden apelar

Si solicita la apelación por los siguientes motivos:

- | Readmisión porque su aseguradora rescindió su cobertura por falta de pago.
- | Errores de facturación.
- | Reclamos no procesados o denegados.
- | Rescisión retroactiva de la cobertura.

Pennie no puede procesar su solicitud de apelación y deberá comunicarse con su aseguradora para obtener asistencia. Es probable que tales solicitudes de apelación se desestimen como inválidas. Si bien Pennie aún puede resolver su problema, estas cuestiones no pueden solucionarse mediante una solicitud de apelación. También puede consultar la sección de Preguntas frecuentes de Pennie para conocer cómo apelar una decisión de su aseguradora.

PASO 3: Cuéntenos más acerca de por qué solicita esta apelación.

Use hojas adicionales si es necesario. Si incluye documentos de respaldo para su solicitud, envíe una copia de cada uno de ellos. Conserve todos los documentos originales.

PASO 4: Cuéntenos qué busca obtener con esta solicitud de apelación (es decir, ¿cuál es su resultado deseado?) *

Use hojas adicionales si es necesario. Si incluye documentos de respaldo para su solicitud, envíe una copia de cada uno de ellos. Conserve todos los documentos originales.

PASO 5: Documentación de respaldo

Para ayudar a Pennie a procesar su solicitud de apelación, consulte la tabla a continuación que contiene ejemplos de tipos de documentos que puede presentar con su solicitud de apelación. Presente copias y no documentos originales, ya que Pennie no devolverá los documentos presentados. Escriba su nombre y apellido en los documentos que envíe con su solicitud de apelación.

Ejemplo del motivo de su apelación.	Ejemplos de documentos de respaldo que debe incluir con su solicitud de apelación
<p>Perdió sus APTC o CSR para su cobertura de Pennie porque Pennie le informó que no presentó los documentos que comprueben los ingresos de los integrantes de su grupo familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Declaraciones de impuestos (<i>por ej.</i>, 1040; 1040A; 1040EZ) • Recibos de sueldo; formularios W-2 o 1099 • Registros de trabajo autónomo (que incluyan el nombre de la persona que obtiene los ingresos, el nombre de la empresa, las fechas en que se recibió el ingreso y el importe neto de ganancia o pérdida) • Declaraciones de beneficios del Seguro Social
<p>Perdió sus APTC o CSR para su cobertura de Pennie porque Pennie le informó que no presentó los documentos que comprueben que no era elegible para otros tipos de cobertura de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid: carta de la agencia de Asistencia Médica (Medicaid) o Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) de su estado que indique que no es elegible para Medicaid o CHIP • Departamento de Asuntos de Veteranos (VA): carta de VA que indique que no está inscrito en la cobertura de salud • Cobertura del empleador (incluye COBRA) - carta de la empresa de seguro de salud o del empleador que indique que no era elegible o que contenga información de rescisión • TRICARE: carta de la Agencia de Salud del Departamento de Defensa que indique que no es elegible para la cobertura de salud • Cuerpos de Paz: carta de los Cuerpos de Paz que indique que no es elegible para la cobertura de salud • Medicare: carta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o la Administración del Seguro Social (SSA) que indique que no es elegible para Medicare
<p>Perdió su cobertura porque Pennie le informó que no presentó los documentos que prueben su ciudadanía o estado de inmigración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de residente permanente (I-551) • Tarjeta de autorización de empleo (I-766) • Pasaporte de los Estados Unidos o extranjero no vencido • Licencia de conducir o identificación estatal junto con un certificado de nacimiento de los EE. UU. • Aviso de acción (I-797) • Registro de partida (I-94) • Certificado de ciudadanía (N-560/N-561) • Tarjeta de indígena americano (I-872) • Registros escolares que demuestren el nombre y lugar de nacimiento en EE. UU. del niño, junto con una identificación con fotografía de la escuela
<p>Pennie le informó que no era elegible para inscribirse o cambiar de plan a través de Pennie fuera del período de inscripción abierta.</p>	<p>El motivo por el que cree que debe poder inscribirse es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdió o está perdiendo la cobertura: carta de la empresa de seguro; o la agencia que administraba el seguro; que indique el último día de cobertura • Se le denegó la Asistencia Médica (Medicaid) o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP): carta de denegación o rescisión de la agencia de Medicaid de su estado • Contrajo matrimonio: certificado de matrimonio; licencia de matrimonio o declaración jurada firmada • Tuvo un bebé; adoptó un niño o recibió un niño en cuidado de custodia: certificado de nacimiento; registros del hospital; certificado de adopción; una orden de manutención infantil o una orden del tribunal • Se mudó de forma permanente: licencia de conducir; ID estatal, contrato de arrendamiento; recibo de pago de hipoteca o factura de servicios públicos

PASO 6: ¿Cómo desea que se realice su audiencia? *

Como se señaló antes, si presenta una solicitud de apelación válida y Pennie no puede resolverla mediante un proceso de revisión informal, se le otorgará una audiencia formal. Pennie usará la información que proporcione a continuación (Paso 9) para programar su audiencia formal. Luego recibirá información sobre su apelación de un examinador independiente de audiencias. En definitiva, un examinador independiente de audiencias decidirá su caso. El examinador independiente de audiencias programará una audiencia a la que usted debe asistir. Si no asiste, el examinador independiente de audiencias puede desestimar su caso.

Recibirá un aviso que le indicará la fecha y hora de su audiencia. Esta audiencia será telefónica, a menos que se necesite un intérprete, en cuyo caso puede ser en persona. **NOTA:** Todas las audiencias presenciales se realizan en Harrisburg, Pensilvania.

PASO 7: ¿Necesita un intérprete si se realiza una audiencia por este tema? *

Si necesita un intérprete, indique aquí su idioma preferido:

¿Qué idioma prefiere?

PASO 8: ¿Necesita una apelación expeditiva (más rápida)? *

Si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud y un retraso podría suponer un peligro para su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar una revisión expeditiva (más rápida) de su apelación.

Sí, necesito una apelación expeditiva.

Explique el motivo por el que necesita una apelación expeditiva. Escriba el motivo de esta solicitud en el espacio a continuación. Use hojas adicionales si es necesario. Si tiene documentos en respaldo de su solicitud, envíe una copia de cada uno de ellos. Conserve todos los documentos originales.

PASO 9: Firmas*: Esta información se aplica a todos los abajo firmantes que sean mayores de 18 años. Use más hojas de ser necesario para las firmas adicionales de los integrantes del grupo familiar.

Proporcione a Pennie la aprobación para compartir información de los impuestos federales y la Administración del Seguro Social para usar durante una apelación

Durante su apelación, es posible que necesitemos compartir con usted o su representante autorizado la información que Pennie utilizó para determinar su elegibilidad. Esta información podría incluir información sobre ingresos laborales de una agencia de informes del consumidor, información sobre los ingresos que recibe de la Administración del Seguro Social e información de los impuestos federales del Servicio de Impuestos Internos sobre los integrantes de su grupo familiar, que incluya información de su declaración de impuestos federales sobre la renta. Pennie no puede compartir información del impuesto federal sobre la renta ni de los beneficios mensuales y anuales del Seguro Social conforme al Título II de la Ley del Seguro Social de la Administración del Seguro Social a un representante autorizado u otras personas sin su consentimiento. Para otorgarle el permiso a Pennie, firme a continuación.

Comprendo que al completar, firmar y colocar la fecha a continuación, autorizo a Pennie a divulgar a las personas que incluyen su firma, y a todo representante autorizado, la información sobre los impuestos federales en mi registro de elegibilidad que ha proporcionado el Servicio de Impuestos Internos. También otorgo mi consentimiento para que Pennie divulgue la información de mis beneficios mensuales y anuales del Seguro Social conforme al Título II de la Ley del Seguro Social a estas mismas personas junto con otra información en mi registro de elegibilidad de Pennie, recopilada en la solicitud que completé (o que se completó por mí) o que me incluye como integrante de un grupo familiar, y de otras fuentes de datos como la verificación de ingresos y empleo de una agencia de informes del consumidor que se hayan utilizado para tomar la determinación de elegibilidad de Pennie.

Comprendo que puedo solicitar una copia de mi registro de la apelación de elegibilidad de Pennie durante el proceso de apelación.

Cada adulto integrante del grupo familiar debe otorgar su consentimiento para la divulgación de su propia información de los impuestos federales y su consentimiento para la divulgación de la información de los beneficios mensuales y anuales del Seguro Social conforme al Título II de la Ley del Seguro Social al firmar a continuación.

La autorización es válida hasta una de las fechas siguientes, la que ocurra primero:

- | la resolución de la apelación; o
- | mi notificación escrita sobre mi deseo de remoción de alguno o todos mis representantes autorizados de esta apelación.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas, y he respondido según mi leal saber y entender. Sé que puedo ser objeto de sanciones civiles y penales según la ley estatal y federal si proporciono información falsa de manera intencional.

Nombre en letra de imprenta	Inicial del segundo nombre	Apellido en letra de imprenta
Firma	Fecha (MM.DD.AAAA)	
	/ /	

Integrante del grupo familiar 2

Nombre en letra de imprenta	Inicial del segundo nombre	Apellido en letra de imprenta
Firma	Fecha (MM.DD.AAAA)	
	/ /	

Formularios opcionales

Formulario de apelaciones

Formulario de designación de un representante autorizado (Formulario opcional)

Tiene derecho a elegir un representante autorizado para que lo ayude. Se trata de una persona de confianza que cuenta con su permiso para hablar sobre su solicitud con Pennie, ver su información y actuar en su representación en cuestiones relacionadas con su solicitud, entre las que se incluye recibir información sobre usted y firmar documentos en su representación. Si desea designar a un representante autorizado debe completar y enviar este formulario. Su representante autorizado puede ser un abogado, pero no es necesario que lo sea.

Nota: Su representante autorizado podrá firmar su solicitud como si fuera usted, presentar actualizaciones y responder a redeterminaciones de elegibilidad en su nombre, así como recibir copias de sus avisos y otras comunicaciones de Pennie. Además, su representante autorizado puede actuar en su nombre en todos los demás asuntos ante Pennie hasta que rescinda esta designación (o hasta que caduque). Si alguna vez tiene que cambiar a su representante autorizado, incluso removerlo, contáctese con el Centro del Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040.

Si es un representante autorizado designado legalmente por una persona, presente la constancia con esta solicitud.

Haga una copia para sus registros y envíe el formulario completo por correo postal a: Pennie, PO Box 2008, Birmingham, AL 35203

También puede enviar el formulario por fax a una línea segura: (866) 350-8233 o puede enviar el formulario por correo electrónico a appeals@pennie.com

PASO 1: Ingrese la información del cliente que designa a un representante.

Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido	
/ /		() -		
Fecha de nacimiento (MM.DD.AAAA)	Número de teléfono durante el día		Dirección de correo electrónico	
/ /	() -			
Dirección, línea 1		Dirección, línea 2		
Ciudad	Estado	Código postal	Número de cuenta de Pennie (si lo tiene)	

PASO 2: Ingrese la información de su representante autorizado.

Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido	
/ /		() -		
Fecha de nacimiento (MM.DD.AAAA)	Número de teléfono durante el día		Dirección de correo electrónico	
/ /	() -			
Dirección, línea 1		Dirección, línea 2		
Ciudad	Estado	Código postal		

PASO 2: Continuación

Nombre de la organización (si corresponde)

_____Cargo (si corresponde)

PASO 3: Firma del cliente

Al firmar a continuación, quien suscribe declara por la presente y bajo pena de perjurio, que la información que figura en este formulario es verdadera y correcta según su conocimiento personal y autoriza a la persona mencionada en el paso 2 a actuar como su representante autorizado. Al firmar este formulario, quien suscribe faculta a su representante autorizado para actuar en su nombre con respecto a cualquier parte de su solicitud hasta la rescisión o caducidad de la autorización.

Al firmar este formulario, quien suscribe faculta a su representante autorizado para que actúe en su nombre, tal como se especifica más arriba, para lo siguiente:

Fecha (MM.DD.AAAA)

Hasta la fecha que se indica aquí

/ /

Hasta que yo, el solicitante, indique que el representante ya no está autorizado en mi nombre.

Al firmar a continuación, quien suscribe acepta actuar como representante autorizado de la persona nombrada en el paso 1. Quien suscribe acepta la responsabilidad de cumplir con todas las obligaciones de un representante autorizado. Además, quien suscribe se compromete a mantener y estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relativa al solicitante o inscrito proporcionada por el intercambio de conformidad con la ley estatal y federal. Al firmar a continuación, quien suscribe declara por la presente y bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera y correcta según su conocimiento personal y acepta los términos incluidos en este documento.

Nombre en letra de imprenta

_____Inicial del segundo
nombreApellido en letra de imprenta

_____Firma

_____Fecha (MM.DD.AAAA)

NOTA: Los agentes, navegadores y asesores certificados de solicitudes ya han celebrado un acuerdo de entidad de no intercambio que incluye estos términos y condiciones. Como resultado, no se requiere su firma. Los agentes, navegadores y asesores certificados de solicitudes pueden firmar este formulario si eligen hacerlo.

Formulario de apelaciones

Continuación de la asistencia financiera durante la apelación (Formulario opcional)

Instrucciones sobre cómo completar este formulario: (Lea antes de continuar)

Si presentó una solicitud de apelación de una redeterminación de elegibilidad que cambia o elimina la elegibilidad para su asistencia financiera, puede solicitar conservar su asistencia financiera mientras se revisa su apelación. Si elige hacerlo y ha presentado una solicitud válida de apelación, Pennie volverá a aplicar su asistencia financiera al primer día del mes en que se eliminó o cambió su asistencia financiera. Si elige conservar su asistencia financiera, debe continuar con el pago de sus primas.

PASO 1: Ingrese la información del cliente que solicita la continuación de la cobertura:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
<hr/>		
Fecha de nacimiento (MM.DD.AAAA)	Número de teléfono durante el día	Dirección de correo electrónico
/ /	() -	

PASO 2: Marque una opción:

He perdido mi Pago Anticipado del Crédito Fiscal para la Prima (APTC) o lo perderé pronto.

No pierdo mi APTC, pero apelo el importe del APTC o el nivel de Reducciones de Costos Compartidos (CSR). Deseo que mi ayuda financiera se mantenga igual mientras se revisa mi apelación.

Perdí mi APTC ya que mi aseguradora ha rescindido o rescindiré mi cobertura por falta de pago.

PASO 3: Firme el formulario

Solicito conservar la cobertura mientras se revisa mi apelación.

- Comprendo que debo realizar los pagos mensuales de mi prima durante el proceso de revisión.
- Comprendo que si no realizo los pagos, perderé la cobertura o los integrantes de mi grupo familiar perderán la cobertura.
- Comprendo que si recibo demasiada asistencia para la prima durante el año de beneficios, incluido durante el período de inscripción continua, deberé devolver la asistencia adicional para la prima al Servicio de Impuestos Internos (IRS) cuando presente mi declaración de impuestos federales sobre la renta para el año de beneficios.

Nombre en letra de imprenta	Inicial del segundo nombre	Apellido en letra de imprenta
<hr/>		
Firma	Fecha (MM.DD.AAAA)	
	/ /	