

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN

Una vez que usted o su representante autorizado complete este formulario, tiene estas opciones:

- Subirlo a "My Documents" ("Mis documentos") en su cuenta de Connect for Health Colorado en línea. (Asegúrese de etiquetarlo como una solicitud de apelación utilizando la descripción desplegable del documento).
- Enviar por correo a:  
Connect for Health Colorado  
Office of Appeals  
4600 South Ulster Street, Suite 300  
Denver, CO, 80237
- Enviar por fax a: Oficina de apelaciones Connect for Health Colorado al 303-322-4317
- Usted o su representante autorizado también puede presentar la solicitud de apelación por teléfono al 1-855-752-6749. TTY al 1-855-346-3432.

**Descargo de responsabilidad:** Según la decisión de la apelación, es posible que deba pagar parte o toda la ayuda financiera que recibió durante el proceso de apelación. Además, la elegibilidad de otros miembros de su familia puede cambiar. El Mercado le informará acerca de los cambios y determinará su elegibilidad y la de su familia, si corresponde.

### Solo para el personal

Fecha en que el apelante recibió el aviso de elegibilidad:

Fecha en que el Mercado recibió la solicitud de apelación:

**PASO 1****Información del apelante**

|   |            |  |  |  |  |
|---|------------|--|--|--|--|
| 1. Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título                                  |            |  | # de identificación de la cuenta del Mercado (opcional)  |  |  |
| 2. Domicilio (dejar en blanco si no tiene).   |            |  | 3. Departamento o número de suite  |  |  |
| 4. Ciudad   | 5. Estado  | 6. Código postal   | 7. Condado   |  |  |
| 8. Domicilio postal (si es diferente al domicilio)                                      |            |  | 9. Departamento o número de suite  |  |  |
| 10. Ciudad  | 11. Estado | 12. Código postal  | 13. Condado  |  |  |
| 14. Número telefónico diurno<br>( ) - Extensión. __                                     |            |  | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa<br><input type="checkbox"/> Trabajo<br>Número telefónico preferido: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> |  |  |
| 15. Número telefónico nocturno<br>( ) - Extensión. __                                   |            |  | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa<br><input type="checkbox"/> Trabajo<br>Número telefónico preferido: <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> |  |  |
| 16. Dirección de correo electrónico   |            | Horario preferido para comunicarse con usted   |  |  |  |
| 17. Nombre del representante autorizado (si corresponde)                                |            |  |  |  |  |
| 18. Dirección de correo electrónico del representante autorizado (si corresponde)       |            |  |  |  |  |
| 19. Número diurno del representante autorizado<br>( ) - Extensión. __                   |            | Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo<br>Número telefónico preferido: <b>Sí</b> <b>No</b> |  |  |  |
| 20. Número nocturno del representante autorizado<br>( ) - Extensión. __                 |            | Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo<br>Número telefónico preferido: <b>Sí</b> <b>No</b> |  |  |  |
| 21. Horario preferido para comunicarse con el representante autorizado (si corresponde) |            |  |  |  |  |

**Tipo de apelación (seleccionar todas las casillas que correspondan):**

- La elegibilidad para APTC/CSR o la cantidad son incorrectas.<sup>1</sup>
  - El tipo o cantidad de ingreso utilizados para determinar su elegibilidad son incorrectos
  - Las personas incluidas en mi familia no son las correctas
- Negativa de SEP
  - Negativa de la compañía de seguros de salud (generalmente, esto sucede cuando no pueden verificar que califica para SEP)
  - Negativa de Connect for Health Colorado
- La elegibilidad para adquirir un plan de salud calificado (QHP) se determinó incorrectamente
  - Encarcelado
  - Capacidad para adquirir un plan catastrófico frente a otro nivel de metal
  - Ciudadanía
- Falta de aviso
  - No se recibió aviso de determinación de elegibilidad
  - Se recibieron múltiples avisos de elegibilidad

**¿Es una apelación acelerada?**  **Sí**  **No**

Las apelaciones aceleradas deben ser otorgadas cuando hay necesidad inmediata de recibir servicios de salud, ya que el procedimiento estándar de apelaciones podría poner en grave peligro la vida o salud del apelante, o su posibilidad de obtener, mantener o recuperar sus capacidades al máximo. Las apelaciones que no cumplan con estos criterios serán procesadas dentro del plazo estándar.

**Procure incluir cualquier otro detalle que le gustaría compartir con nosotros sobre su apelación. No incluya información sensible en este campo.**

<sup>1</sup> Un crédito fiscal anticipado para la prima (APTC) es un tipo de ayuda financiera que puede utilizar para disminuir su costo mensual de pago de la prima, y las reducciones en los costos compartidos (CSR) son el apoyo para reducir los costos de desembolso, como los copagos y deducibles, en sus servicios de atención médica.

## PASO 3

## Representante autorizado

Si usted había designado a un representante autorizado anteriormente o le gustaría designar a uno, complete la sección correspondiente en el formulario adjunto de representante autorizado:

El formulario de representante autorizado le permitirá:

- Añadir a un representante autorizado a su cuenta.
- Revocar el permiso de su representante autorizado actual.
- Cambiar su representante autorizado.

## PASO 4

## Accesibilidad

¿Necesita un intérprete de idioma?

Si su respuesta es sí, ¿para qué idioma?

**Sí**

**No**

¿Necesita que este formulario de apelación y los siguientes avisos de apelación estén en un formato diferente? Si corresponde, marque la casilla del formato alternativo:

- Español
- Letra grande
- Braille
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Necesitará alguno de los siguientes servicios de accesibilidad durante las interacciones de seguimiento?

- Un intérprete
- TTY, retransmisión de video, Skype para lengua de señas estadounidense

Entiendo que Connect for Health Colorado y/o el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado utilizará la información aquí proporcionada, así como la información que he proporcionado anteriormente, para hacer una determinación de apelación. Esta información solamente será compartida de manera interna con las divisiones de apelaciones y de manera externa con los órganos resolutorios según lo exija la ley.

No proporcionar información precisa y completa afectará la determinación de la apelación. Si decido retirar mi solicitud de apelación, contactaré a Connect for Health Colorado.

**Firma del apelante o representante del apelante:**

**Fecha:**