Instrucciones para ayudarlo a completer la

Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

A partir del 1 de octubre de 2013, usted puede solicitar una cobertura de salud a través del nuevo mercado de seguros de salud, Maryland Health Connection. La cobertura comienza tan pronto como el 1 de enero de 2014. El Mercado está creado para ayudarlo a encontrar una cobertura de salud adecuada a su presupuesto y satisfaga sus necesidades.

A través de un proceso de solicitud simplificado, usted podrá saber si recibirá ahorros que pueda usar inmediatamente para ayudarlo a pagar por el monto de la prima de una cobertura de salud privada. También podrá saber si califica para una cobertura sin costo o a bajo costo a través de Medicaid o del Maryland Children's Health Program (MCHP).

Para su conveniencia, hay maneras diferentes para hacer la solicitud en el Mercado. La forma más rápida es hacer la solicitud por Internet en **MarylandHealthConnection.gov**. Si hace la solicitud por Internet, también sabrá inmediatamente para lo que es elegible.

Estas instrucciones incluyen ayuda adicional para algunos de los puntos de la solicitud, pero no para todos.

Antes de comenzar, será bueno que tenga disponible esta información:

- Números de Seguro Social (SSN)
- Los números de los documentos de los inmigrantes elegibles que quieren una cobertura de salud
- Fechas de nacimiento
- Talonarios o comprobantes de pago, formularios W-2 u otra información sobre los ingresos de la familia
- Números de póliza y de miembro para cualquier cobertura médica actual que tenga
- Información sobre cualquier cobertura médica por trabajo que esté disponible para usted o su familia

maryland health connection℠

MHC10091113INSTR-S

La solicitud tiene 6 pasos.

Use tinta azul o negra para completar la solicitud.

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Página 1)

Un adulto (18 años o más) deberá completar la información de contacto. Necesitamos esta información para que podamos hacerle un seguimiento si usted tiene alguna pregunta sobre su solicitud y para que podamos decirle para qué planes o programas califica.

PASO 2 Díganos sobre su familia.

(Página 1)

Usted tiene que proveer información sobre todo el que esté en su declaración federal de impuestos y sobre todos los miembros de su familia que vivan con usted, aunque no estén solicitando cobertura médica. **Empiece por usted.**

El tamaño y los ingresos de su familia determinan para qué programas usted califica. Lea con detalle la información al final de la página 1 ("¿A quién tiene que incluir en esta solicitud?") para saber a quiénes tiene que agregar en el Paso 2. La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas.

Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias de las páginas 4–5 y complételas por cada persona adicional.

(Página 2)

PERSONA 1 (Empiece por usted)

¿Necesita cobertura médica?
Complete la página completa.

¿No necesita cobertura médica?
Complete los puntos 1–8.

Punto 6

Aunque no tenga pensado presentar una declaración federal de impuestos, de todas maneras puede solicitar una cobertura:

- Si está casado y le interesa recibir un reembolso por la prima, deberá hacer su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge para recibir el reembolso.
- Si a usted lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, escriba los nombres del/de los contribuyente(s).
- Si lo declaran como dependiente, incluya qué relación tiene con ese contribuyente. **Por ejemplo**, si usted es el hijo de ese contribuyente, escriba "hijo".

MHC10091113INSTR-S

(Página 2)

PERSONA 1 (Continuación)

Punto 9

Si usted tiene un problema médico físico, mental o emocional que lo limite de hacer actividades como bañarse, vestirse y hacer las tareas diarias, o si usted vive en una institución médica o asilo de ancianos, responder "sí" no hará que aumenten los costos de su atención médica. Si usted tiene una incapacidad, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.

Punto 11

Si usted no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus inmigratorio elegible para recibir cobertura a través del Mercado, marque "sí" y proporcione el tipo de documento que tiene y el/los número(s) de identificación del documento(s) (ver páginas 7–9). Si usted tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos.

Puntos 16–17

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por su sigla en inglés) a comprender mejor y a mejorar la salud y la atención médica de todos los estadounidenses. Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una cobertura médica, sus opciones de plan médico o sus costos en ninguna forma.

(Página 3)

PERSONA 1: Información sobre empleo actual e ingresos

Le hacemos preguntas sobre sus ingresos actuales para ver si usted califica para ayuda para el pago de la cobertura y cuánta ayuda podrá recibir. Incluya cuánto gana en salario y en propinas antes de que le deduzcan los impuestos. No tiene que incluir las cantidades que su empleador le deduce del cheque para cuidado infantil, seguros médicos o planes de retiro que "no están sujetos a impuestos" (a veces llamados "deducciones antes de los impuestos").

Si trabaja por cuenta propia: Escriba el tipo de trabajo que hace y cuántos ingresos netos recibirá este mes. Ingreso neto significa la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vea la tabla de deducciones a ingresos de trabajadores por cuenta propia en la página 9 de estas instrucciones para que sepa qué es lo que puede deducir de sus ingresos brutos.

Punto 29

Deducciones: Enumere las deducciones que puede hacer en la página principal de su declaración federal de impuestos 1040.

PASO 2 Díganos sobre su familia. (Continuación)

(Página 4)

PERSONA 2

¿La PERSONA 2 necesita cobertura médica?
Complete la página completa.

¿La PERSONA 2 no necesita cobertura médica?
Complete los puntos 1–9.

Punto 2

Use estos parentescos para describir qué relación tiene la PERSONA 2 con usted:

- Esposo/esposa
- Pareja
- Padre/madre
- Padrastro/madrastra
- Pareja del padre/madre
- Hijo/Hija
- Hijastro/hijastra
- Hijo de su pareja
- Hermano/hermano
- Tío/tía
- Sobrino/sobrina
- Primo hermano
- Abuelo/abuela
- Nieto/nieta
- Otro familiar
- Otro que no sea familiar

Punto 7

Usted de todas maneras puede solicitar la cobertura aunque la PERSONA 2 no tenga pensado hacer una declaración federal de impuestos:

- Si la PERSONA 2 está casada y le interesa recibir un reembolso por la prima, la PERSONA 2 deberá hacer su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge para recibir el reembolso.
- Si a la PERSONA 2 lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, escriba los nombres del/de los contribuyente(s).
- Si a la PERSONA 2 lo declaran como dependiente, incluya la relación de él o ella con el/los contribuyente(s). **Por ejemplo**, si la PERSONA 2 es el hijo del contribuyente, escriba “hijo”.

Punto 10

Si la PERSONA 2 tiene un problema médico físico, mental o emocional que la limite de hacer actividades como bañarse, vestirse y hacer las tareas diarias, o si la PERSONA 2 vive en una institución médica o asilo de ancianos, responder “sí” no hará que aumenten los costos de su atención médica. Si la PERSONA 2 tiene una incapacidad, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.

Punto 12

Si la PERSONA 2 no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus inmigratorio elegible para recibir cobertura a través del Mercado, marque “sí” y proporcione el tipo de documento que tiene y el/los número(s) de identificación del documento(s) (ver páginas 7–9). Si la PERSONA 2 tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos. Punto 12 no necesita ser completado si la PERSONA 2 no solicita la cobertura médica.

Puntos 18–19

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al HHS. Proveer esta información no afectará la elegibilidad de la PERSONA 2 para una cobertura de salud, sus opciones de plan de salud o sus costos en ninguna forma.

MHC100911 13INSTR-S

(Página 5)

PERSONA 2: Trabajo actual e información de ingresos

Proporcione información sobre los ingresos actuales de la PERSONA 2 para ver si es elegible para recibir ayuda para pagar por la cobertura. Incluya cuánto la PERSONA 2 gana en salario y en propinas antes de que le deduzcan los impuestos. No tiene que incluir las cantidades que el empleador deduce del cheque de la PERSONA 2 para cuidado infantil, seguro médico o planes de retiro que "no están sujetos a impuestos" (a veces llamados "deducciones antes de los impuestos").

Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia: Escriba el tipo de trabajo que hace la PERSONA 2 y cuántos ingresos netos ingresará este mes. Ingreso neto significa la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vea la tabla de deducciones a ingresos de trabajadores por cuenta propia en la página 9 de estas instrucciones para que sepa qué es lo que puede deducir la PERSONA 2 de sus ingresos brutos.

Punto 31

Deducciones: Enumere las deducciones que puede hacer la PERSONA 2 en la página principal de su declaración federal de impuestos 1040.

PASO 3 Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

(Página 6)

Si alguien de su familia es indio americano o nativo de Alaska, marque "sí", complete el Apéndice B: Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN), y envíela junto con la solicitud. Hay protecciones especiales disponibles para los miembros de tribus federalmente reconocidas.

PASO 4 La cobertura médica de su familia

(Página 6)

Punto 1

Si alguna de las personas que está solicitando cobertura médica está inscrita actualmente en algún tipo de cobertura médica de las que aparecen en la página 6 de la solicitud, marque el tipo de cobertura, escriba el nombre de la persona al lado de la cobertura que tiene, e incluya cualquier otra información que se solicite.

Punto 2

Si alguien de su familia tiene acceso a una cobertura de salud por el trabajo (ya sea su propio empleo o el de otra persona), marque "sí", aunque puedan conseguir la cobertura por el trabajo pero no la tengan en estos momentos. Si alguien de su familia puede tener acceso a una cobertura de salud, **deberá** completar el Apéndice A: Cobertura de Salud de Trabajos, y envíela junta con su solicitud. Si no, vaya al Paso 5.

PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

(Páginas 6–7)

Lea las declaraciones en las páginas 6-7 de la solicitud, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta. Si usted o alguna otra persona que está solicitando cobertura de salud en esta solicitud se encuentra preso (detenido o en la cárcel), escriba su nombre en el renglón correspondiente. Si la persona está pendiente de disposición, escriba "pendiente" al lado de su nombre.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice C: Asistencia para Completar esta Solicitud y envíela junto con su solicitud.

PASO 6 Envíe por correo postal su solicitud completada.

(Página 7)

Envíe la solicitud original firmada por correo postal (y los apéndices, si corresponde) a:

Maryland Health Connection
P.O. Box 857
Lanham, MD 20703-0857

Cuando envíe su solicitud por correo, cerciórese de usar la cantidad correcta de franqueo. La cantidad del franqueo dependerá del peso de la solicitud, el cual estará basado en el número de páginas que usted haya incluido.

Si usted no tiene toda la información o no puede terminar todos los puntos, envíenos su solicitud de todas maneras. Nos comunicaremos con usted dentro de 1–2 semanas.

Próximos pasos

Usted recibirá información sobre cómo inscribirse en un plan (si es elegible) cuando reciba los resultados sobre su elegibilidad.

MHC10091113INSTR-S

Lista de estatus inmigratorios elegibles:

Use esta lista para contestar a las preguntas sobre estatus inmigratorio elegible. Si ve su estatus más abajo, marque el casillero que dice "sí".

- Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta verde)
- Asilado
- Refugiado
- Cubano/haitiano admitido
- Entró a los EE.UU. bajo palabra
- Entrada condicional concedida antes de 1980
- Cónyuge, niño o padre/madre maltratado
- Víctima de tráfico de personas y su cónyuge, hijo, hermano(a) o padre/madre
- Concedida la Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT)
- Persona con un estatus de no inmigrante (incluidos visas de trabajo, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
- Estatus de Protección Temporal (TPS)
- Diferimiento de Partida Forzada (DED)
- El Estatus de Acción Diferida (Acción Diferida para los Llegados durante la Infancia (DACA) no es un estatus inmigratorio elegible para solicitar la cobertura médica)

- **Solicitante de:**
  - Estatus Especial de Inmigrante Juvenil
  - Ajuste a estatus de LPR con una petición de visa aprobada
  - Visa de víctima de tráfico de personas
  - Asilo al que se le ha concedido ya sea permiso de trabajo O que es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de asilo pendiente por al menos 180 días.
  - Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT) que o bien se le ha concedido permiso de trabajo O es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de suspensión de deportación o suspensión de expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con CAT por al menos 180 días.

- **Ciertas personas con permiso de trabajo:**
  - Solicitantes del registro
  - Orden de supervisión
  - Solicitante de Cancelación de Expulsión o Suspensión de Deportación
  - Solicitante de Legalización de conformidad con IRCA
  - Solicitante de Estatus de Protección Temporal (TPS)
  - Legalización de conformidad con la Ley LIFE

- Residente legal temporario
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión.
- Miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá
- Residente de Samoa Americana

Estatus inmigratorio y tipos de documentos:

Si usted no es ciudadano pero es elegible, y está solicitando cobertura de salud, enumere sus documentos de inmigración. En la lista siguiente verá algunos tipos comunes de documentos. Si el documento que usted tiene no está en la lista, puede escribir el nombre del documento. Si no está seguro o tiene un estatus elegible, pero no tiene ningún documento, llame a Maryland Health Connection al **1-855-642-8572** para que lo ayuden.

SI USTED TIENE:	ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)	• Número de registro de extranjero • Número de la tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	• Número de registro de extranjero
Documento de viaje para refugiado (I-571)	• Número de registro de extranjero
Permiso de trabajo (I-766)	• Número de registro de extranjero • Número de tarjeta • Fecha de caducidad • Código de la categoría
Visa de inmigrante con lectura electrónica de datos (con nota temporal I-551)	• Número de registro de extranjero • Número de pasaporte
Sello temporal I-551 (en el pasaporte o 1-94/1-94A)	• Número de registro de extranjero
Registro de Entradas/Salidas (I-94/I-94A)	• Número de I-94
Registro de Entradas/Salidas en el pasaporte extranjero (I-94)	• Número de I-94 • Número de pasaporte • Fecha de caducidad • País que lo emite
Pasaporte extranjero	• Número de pasaporte • Fecha de caducidad • País que lo emite
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Estudiante no Emigrante (I-20)	• Número de identificación SEVIS
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Visitante de Intercambio (DS2019)	• Número de identificación SEVIS
Notificación (I-797)	• Número de registro de extranjero **o** un número de I-94
Otro	• Número de registro de extranjero o un número de I-94 • Descripción del tipo o nombre del documento

Para más documentos o estatus de inmigración elegibles, vaya a la página siguiente.

Usted también puede escribir estos documentos o estatus:

- Un documento que indique que se es miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá (**Nota:** Esto se considera como un estatus inmigratorio elegible para Medicaid, pero no para un Plan de Salud Cualificado (QHP en inglés).)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Documento que indique suspensión de la expulsión
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión.
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE.UU.
- Cubano/haitiano admitido
- Residente de Samoa Americana

Para las personas que trabajan por cuenta propia:

Si usted tiene cualquiera de estos gastos, puede substraerlos de su ingreso bruto para obtener la cantidad de sus ingresos netos como trabajador por cuenta propia:

- Gastos de auto y camión (para viajes durante el día de trabajo, no para ir y venir de la casa al trabajo)
- Salario del empleado y beneficios suplementarios
- Interés (incluya los intereses de la hipoteca de la casa pagado a los bancos, etc.)
- Renta o arrendamiento de propiedad para negocios y servicios públicos
- Publicidad
- Reparaciones y mantenimiento
- Impuestos deducibles por ser trabajador por cuenta propia
- Contribuciones a SEP, SIMPLE o plan de retiro calificado como trabajador por cuenta propia
- Seguro de propiedad, seguridad e interrupción de actividades empresariales
- Depreciación
- Servicios legales y profesionales
- Comisiones, impuestos, licencias y cargos
- Contratos laborales
- Ciertos viajes de negocio y comidas
- Costo de seguro médico como trabajador por cuenta propia

Instrucciones para ayudarlo a completar los Apéndices

APÉNDICE A

Cobertura de Salud de Trabajos

Si alguien de su familia tiene una oferta de cobertura médica de un trabajo, aunque sea a través del padre/madre o cónyuge, proporcione información sobre la oferta de cobertura, independientemente de si la persona tiene la cobertura en estos momentos.

Complete una página por cada empleador que ofrece cobertura médica. Este apéndice incluye una Solicitud de Cobertura del Empleador para que se la dé al empleador y este responda preguntas sobre la cobertura que ofrece.

APÉNDICE B

Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Si usted o un miembro de su familia es indio americano o nativo de Alaska, complete el Apéndice B. Le preguntarán a qué tribu pertenece la persona, ingresos y otra información.

APÉNDICE C

Asistencia para completar esta solicitud

- **Consejeros certificados de solicitudes, navegadores, consejeros que atienden en persona y otros asistentes:** Estas son personas u organizaciones profesionales que están capacitados para ayudar a los consumidores que están en busca de opciones para una cobertura médica a través del Mercado, incluyendo ayuda para llenar esta solicitud. Estos servicios son gratis para los consumidores. Usted puede pedirles la certificación que demuestra que están autorizados para hacer este trabajo. Ellos pueden ayudarlo a completar esta sección. El número de identificación es el número de identificación del navegador. Esta identificación alfanumérica (13 letras y números) es única y se le da a cada navegador.
- **Agentes y corredores:** Los agentes y corredores pueden ayudarlo a solicitar ayuda para pagar por la cobertura y a inscribirse en un Plan de Salud Calificado (QHP) a través del Mercado. Pueden hacerle recomendaciones específicas acerca del plan en el que debe inscribirse. También tienen licencia y están regulados por los estados y generalmente reciben pagos y comisiones de las compañías de seguros de salud cuando inscriben a un cliente. Ellos pueden ayudarlo a completar esta sección.

Escriba los dos números de identificación de agentes y corredores:

- **Número de identificación de usuario de FFM:** Es un número de identificación único que crea el agente o corredor cuando se inscribe en el Mercado.
- **Número Nacional de Productor (NPN):** Un número único (de un máximo de 10 dígitos) que se le asigna a cada agente o corredor con licencia. El NPN puede encontrarse fácilmente visitando el sitio de Internet del Productor Nacional de Seguro en **www.nipr.com**.

MHC100911 13INSTR-S

Permiso para enviar la información

Al enviar esta solicitud, usted nos dice que tiene permiso de todas las personas cuya información aparece en la solicitud tanto para enviar su información al Mercado como para recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.

Política respecto a la Ley de Privacidad

(efectivo el 09/01/2013)

Estamos autorizados a recopilar información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluidos números de seguro social, de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Ley pública No. 111–148), según enmendado por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley pública No. 111–152) y la Ley del Seguro Social.

Necesitamos la información brindada acerca de usted y de las otras personas mencionadas en este formulario para determinar su elegibilidad para: (1) inscribirse en un plan de salud calificado a través del Maryland Health Connection, (2) programas de accesibilidad de seguros (como Medicaid, MCHP, pago por adelantado de los reembolsos de la prima, y reducciones por costos compartidos), y (3) certificaciones de exención del requisito de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, verificaremos la información brindada en el formulario, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado y al final le brindaremos su información al plan de salud que usted seleccione para que puedan inscribir en un plan de salud calificado o en un programa de accesibilidad de seguros a las personas que sean elegibles. También usaremos la información ofrecida como parte de la operación en curso del Mercado, incluidas actividades como verificar la continuación de la elegibilidad de todos los programas, procesamiento de apelaciones, informar y gestionar los programas de accesibilidad de seguros para personas elegibles, llevar a cabo la supervisión y actividades de control de calidad, combatir el fraude y responder a cualquier inquietud sobre la seguridad o confidencialidad de la información.

Aunque proveer la información que se solicita (incluidos los números de seguro social) es voluntario, no proporcionarla podría retrasar o impedir que obtenga una cobertura médica a través del Mercado, el pago por adelantado de los reembolsos de la prima, reducciones por costos compartidos, o una exención del requisito de responsabilidad individual. Si usted no tiene una exención del pago de responsabilidad compartida y no tiene una cobertura de salud calificada durante tres meses o más al año, podría estar sujeto a una penalidad. Si usted no provee información correcta en este formulario, y a sabiendas e intencionalmente proporciona información falsa o fraudulenta, podría estar sujeto a una penalidad y a que se le apliquen otras leyes.

Política respecto a la Ley de Privacidad (continuación)

Para poder verificar y procesar las solicitudes, determinar la elegibilidad y operar el Mercado, necesitaremos compartir determinada información que recibamos fuera de los Maryland Health Connection, por ejemplo con:

1. Otras agencia federales, (como el Servicio de Rentas Internas, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional), agencias del estado (como Medicaid o CHIP) o agencias del gobierno local. Puede ser que usemos la información que usted nos proporcione en programas de cotejo electrónico con cualquiera de estos grupos para llegar a determinaciones en cuanto a elegibilidad, para verificar la continuidad de la elegibilidad para inscribirse en un plan de salud calificado o en programas federales de beneficios, o para procesar apelaciones de determinaciones en cuanto a elegibilidad;
2. Otras fuentes de verificación, incluidas agencias de reporte de crédito;
3. Los empleadores identificados en las solicitudes para determinación de elegibilidad;
4. Solicitantes/personas inscritas, y representantes autorizados de solicitantes/ personas inscritas;
5. Agentes, corredores y personas que emiten los Planes de Salud Calificados, según corresponda, que están certificados por los CMS y ayudan a los solicitantes/personas inscritas;
6. Contratistas de los CMS que están realizando alguna función para el mercado; y
7. Cualquier otra persona o entidad según exija la ley o se permita de conformidad con el Aviso del Sistema de Archivos de la Ley de Privacidad relacionada con esta recopilación (Sistema de Intercambio de Seguro de Salud de los CMS (HIX), Sistema de CMS No. 09-70-0560, según enmendado, Registro Federal 78, 8538, 6 de marzo de 2013, y Registro Federal 78, 32256, 29 de mayo de 2013).

Esta declaración contiene el aviso exigido por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(4)). Puede informarse más sobre la forma en que manejamos su información visitando **HealthCare.gov/privacy**.

MHC100911 13INSTR-S