

SOLICITUD DE APELACIÓN

Una vez que usted o su representante autorizado complete este formulario, puede optar por uno de los siguientes:

- Subirlo a "Mis documentos" en su cuenta en línea de Connect for Health Colorado, y asegurarse de etiquetarlo como una solicitud de apelación usando la descripción desplegable del documento.
- Enviarlo por correo postal la Oficina de Resolución de conflictos y apelaciones, 4600 South Ulster Street Suite 300 Denver, CO, 80237
- Enviarlo por fax al Equipo de apelaciones al 303-322-4217

Usted o su representante autorizado también pueden enviar su solicitud de apelación por teléfono al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749). TTY al 1-855-346-3432.

Descargo de responsabilidad: Según la decisión tomada como resultado de su apelación, es posible que deba pagar parte o toda la reducción en los costos que recibió durante el proceso de apelación. Además, si determinamos que otras personas de su familia eran elegibles para obtener seguro de salud a través del mercado, su elegibilidad también puede cambiar. El mercado le informará los cambios y determinará su elegibilidad y la de los integrantes de su familia, si corresponde.

Solo para personal de C4HCO

Fecha en que el apelante recibió notificación de elegibilidad:

Fecha en que el mercado recibió la solicitud de apelación:

PASO 1: Información sobre el apelante

| | | | | |
|---|------------|---|---|--|
| 1. Nombre, segundo nombre, apellido, y título del apelante | | | Número de identificación de cuenta del mercado (opcional) | |
| 2. Dirección del domicilio (dejar en blanco si no posee una.) | | | 3. Departamento o número de suite | |
| 4. Ciudad | 5. Estado | 6. Código postal | 7. Condado | |
| 8. Domicilio postal (si fuera distinto de la dirección del domicilio) | | | 9. Departamento o número de suite | |
| 10. Ciudad | 11. Estado | 12. Código postal | 13. Condado | |
| 14. Número telefónico matutino Extensión _____ | | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo Número telefónico preferido: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No | | |
| 15. Número telefónico vespertino Extensión _____ | | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo Número telefónico preferido: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No | | |
| 16. Dirección de correo electrónico | | Horario en que prefiere que lo contactemos | | |
| 17. Nombre del representante autorizado (si aplica) | | | | |
| 18. Dirección de correo electrónico del representante autorizado (si aplica) | | | | |
| 19. Telefono matutino del representante autorizado Extensión _____ | | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo Número telefónico preferido: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No | | |
| 20. Número por la noche del representante autorizado Extensión _____ | | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo Número telefónico preferido: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No | | |
| 21. Horario en que prefiere que contactemos al representante autorizado (si aplica) | | | | |

PASO 2:

Información sobre la apelación

Tipo de apelación (marcar todas las casillas que correspondan):

- APTC/CSR rechazado o terminó incorrectamente¹
- La cantidad de APTC o la cantidad determinada de CSR es incorrecta¹
- Medicaid/CHP+ rechazado o terminó incorrectamente
- Las personas incluidas en mi familia son incorrectas
- La cantidad o tipo de ingreso que se usó para determinar mi elegibilidad es incorrecto
- Rechazada o terminó incorrectamente para la cobertura bajo el Plan para adultos jóvenes de Colorado
- Rechazada o terminó incorrectamente para la cobertura bajo el mercado para empresas pequeñas
- Otra: Explique: _____

¿Qué determinación está apelando? (OPCIONAL)

Al completar esta sección, hace uso de su derecho de apelar las decisiones que tomó el mercado de Connect for Health Colorado o el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica o ambos. Completar este formulario ayudará a procesar con mayor rapidez su solicitud de apelación. Al marcar la casilla "Solo crédito fiscal anticipado y reducciones de los costos compartidos", apelará su crédito fiscal anticipado y reducciones de los costos compartidos. En cambio, al marcar la casilla "Solo Medicaid/CHP+", apelará la determinación de Medicaid/CHP+. Al marcar "Ambos" o "No estoy seguro(a)" apelará su crédito fiscal anticipado (incluyendo las reducciones de los costos compartidos) y la determinación de Medicaid/CHP+.

- Apelo tanto el crédito fiscal anticipado (incluyendo las reducciones de los costos compartidos) como el Medicaid/CHP+
- Apelo Solo crédito fiscal anticipado y reducciones de los costos compartidos
- Apelo Solo Medicaid/CHP+
- No estoy seguro (esto dará como resultado una apelación tanto de Medicaid/CHP+ como del crédito fiscal anticipado (incluyendo las reducciones de los costos compartidos)).

Se le proporcionó información adicional sobre apelaciones en su notificación de determinación de elegibilidad.

¿Es esta una apelación anticipada? Sí No

Las apelaciones anticipadas son necesarias cuando existe una necesidad inmediata de servicio de salud dado que el proceso de apelación estándar podría poner en grave peligro la vida o salud del apelante, o la habilidad de alcanzar, mantener o recuperar una función máxima. Las apelaciones que no cumplan con este criterio serán procesadas dentro del período de tiempo estándar.

Incluya cualquier otro detalle que desee comunicarnos con respecto a su apelación. Recomendamos no incluir información delicada en este espacio.

¹ El crédito fiscal anticipado (APTC) es una nueva clase de ayuda financiera que puede utilizar para bajar su costo, o cuota, mensual de seguro, y las reducciones de los costos compartidos (CSR) son un apoyo para bajar sus desembolsos, como copagos y deducibles, de sus servicios de salud. Si cree que se le rechazó incorrectamente el APTC/CSR, o el APTC/CSR que recibió terminó incorrectamente, marque esta casilla.

PASO 3:

Representante autorizado

Si designó previamente a un representante autorizado o le gustaría designar uno, complete la sección correspondiente en el formulario de representante autorizado adjunto:

El formulario de representante autorizado le permitirá:

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

PASO 4:

Accesibilidad

¿Necesita un intérprete de su idioma?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, ¿de qué idioma?

¿Necesita este formulario de apelación y notificaciones de apelaciones subsiguientes en un formato diferente? Si corresponde, marque la casilla del formato alternativo:

- Español
 Letra grande
 Braille
 Otro: _____

En interacciones subsiguientes, ¿necesitará alguno de los siguientes servicios de accesibilidad?

- Un intérprete
 TTY, lengua de señas por video, Skype para lengua de signos americana

Comprendo que Connect for Health Colorado y/o el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado utilizarán la información que he brindado aquí, como también información que he brindado previamente, para tomar una determinación sobre la apelación. Esta información solo será compartida internamente dentro de las divisiones de apelaciones y externamente con los mediadores adecuados, como lo exige la ley.

El no proporcionar la información precisa y completa afectará la determinación de la apelación. Si elijo retirar mi solicitud de apelación, me comunicaré con Connect for Health Colorado.

Firma del/de la apelante o representante del/de la apelante:

Fecha: (mm/dd/aaaa)

Formulario para representante autorizado

Un representante autorizado es una persona de confianza a quien se le dará el permiso de hablar sobre una solicitud de apelación ante nosotros, de ver su información y de actuar en su nombre en cuestiones relacionadas con la solicitud o apelación, incluyendo obtener información sobre su solicitud o apelación y firmar la solicitud o apelación. Esta persona se denomina "representante autorizado" y asume responsabilidad legal sobre la información proporcionada en este documento. Si no desea un representante autorizado, no debe completar este formulario.

¿Qué desea hacer?

- Agregar un representante autorizado; complete la sección 1.**
- Cambiar su actual representante autorizado; complete la sección 2**
- Anular el permiso de su actual representante autorizado; complete la sección 3**

Sección 1

Agregar un representante autorizado

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y título)

2. Domicilio

3. Departamento o número de suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Número telefónico

Extensión _____

Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo

8. Dirección de correo electrónico

9. Nombre de la compañía/organización (si aplica)

10. Número de identificación de la compañía/organización (si aplica)

Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud o apelación, obtener información oficial sobre dicha solicitud y o apelación actuar en su nombre en todas las cuestiones futuras relacionadas con esta agencia.

11. Su firma

12. Fecha (mm/dd/aaaa)

- Y representante autorizado**, deseo enviar prueba de un motivo legal por el cual la **el SOLICITANTE** no se puede representar a sí mismo. (Por favor, proporcione uno de los siguientes documentos con esta solicitud o apelación al enviarla: poder notarial, orden judicial que establezca una tutoría legal u otro documento legal que establezca de manera explícita que puede actuar legalmente en nombre del cliente.)

Para consejeros de solicitudes certificados, asistentes de cobertura de salud y agentes únicamente.

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitudes certificado, asistente de cobertura de salud o agente y está completando esta solicitud o apelación en nombre de otra persona.

1. Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)

2. Seleccione uno: consejero asistente de cobertura de salud agente

3. Nombre, segundo nombre, apellido y título

4. Número de identificación (identificación del asistente o número de licencia del, si aplica)

Sección 2

Cambiar su representante autorizado

| | | |
|--|-----------|---|
| 1. Nombre del nuevo representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y título) | | |
| 2. Domicilio | | 3. Departamento o número de suite |
| 4. Ciudad | 5. Estado | 6. Código postal |
| 7. Número telefónico Extensión _____ | | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo |
| 8. Dirección de correo electrónico | | |
| 9. Nombre de la compañía/organización (si aplica) | | 10. Número de identificación de la compañía/organización (si aplica) |

Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud o apelación, obtener información oficial sobre dicha solicitud o apelación y actuar en su nombre en todas las cuestiones futuras relacionadas con esta agencia.

| | |
|--------------|------------------------|
| 11. Su firma | 12. Fecha (mm/dd/aaaa) |
|--------------|------------------------|

- Yo representante autorizado**, deseo enviar prueba de un motivo legal por el cual **el SOLICITANTE** no se puede representar a sí mismo. (Por favor, proporcione uno de los siguientes documentos con esta solicitud o apelación al enviarla: poder notarial, orden judicial que establezca una tutoría legal u otro documento legal que establezca de manera explícita que puede actuar legalmente en nombre del cliente.)

Para consejeros de solicitudes certi icados, de cobertura de salud y agentes únicamente. Complete esta sección si usted es un consejero de solicitudes certificado, asistente de cobertura de salud o agente y está completando esta solicitud o apelación en nombre de otra persona.

| |
|--|
| 1. Fecha de hoy (mm/dd/aaaa) |
| 2. Seleccione uno: <input type="checkbox"/> consejero <input type="checkbox"/> asistente de cobertura de salud <input type="checkbox"/> agente |
| 3. Nombre, segundo nombre, apellido y título |
| 4. Número de identificación (identificación del asistente o número de licencia del Estado, si aplica) |

Sección 3

Anular el permiso de un representante autorizado

Este representante autorizado ya no tendrá permiso de hablar sobre una solicitud o apelación ante nosotros, ver su información ni actuar en su nombre en cuestiones relacionadas con la solicitud de apelación, incluyendo obtener información sobre su solicitud o apelación ni firmar la solicitud ni la apelación.

| | | |
|---|--|---|
| 1. Nombre del representante autorizado que desea anular (nombre, segundo nombre, apellido y título) | | |
| 7. Número telefónico Extensión _____ | | Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo |
| 9. Nombre de la compañía/organización (si aplica) | | 10. Número de identificación de la compañía/organización (si aplica) |
| Al firmar, usted ya no autoriza a esta persona a firmar su solicitud o apelación, obtener información oficial sobre dicha solicitud ni actuar en su nombre en todas las cuestiones futuras relacionadas con esta agencia. | | |
| 11. Su firma | | 12. Fecha (mm/dd/aaaa) |

Cómo prepararse para la audiencia

Con el fin de prepararse para su audiencia, podría querer ver toda la información que utilizamos para tomar nuestra decisión de elegibilidad. Por ejemplo, podríamos haber determinado que la cantidad de ingresos que usted afirmó haber ganado el año pasado no coincide con lo que hemos encontrado. O podríamos haber incluido ingresos de fuentes que usted no haya tomado en cuenta. Esto podría incluir ingresos que haya recibido de la Administración del seguro social. En la mayoría de los casos no podemos revelar este tipo de información sin su permiso.

Su privacidad es importante para nosotros

En Connect for Health Colorado tomamos el máximo cuidado para asegurarnos de no revelar su información protegida, pero también entendemos que es posible que desee que les revelemos esa información a usted, su representante autorizado o su representante legal para que pueda prepararse plenamente para apelar. Si desea que revelemos información sobre el modo en que hemos calculado su ingreso, siga los pasos que se indican a continuación.

Cómo solicitar la información protegida

Lea esto y luego llene el formulario que aparece a continuación.

Al llenar el formulario que aparece a continuación, usted autoriza a Connect for Health Colorado a revelarles a usted, el titular de la cuenta que solicitó seguro de salud, y a su representante autorizado, si tiene alguno, cierta información de identificación personal. Esto puede incluir información del Servicio de impuestos internos y de la Administración del seguro social.

Si en su hogar vive más de un contribuyente, haga copias del formulario de divulgación y pida a cada contribuyente que lo llene para que podamos proporcionarle toda la información que Connect for Health Colorado usó con la finalidad de realizar la determinación.

Debe incluir la información específica que solicitemos en el formulario de divulgación para que podamos proporcionarle toda la información que solicita. Esto incluye su nombre, número de identificación del contribuyente o número de seguro social, dirección, tipo de información que desea que revelemos y las razones para la divulgación de la información.

Debe enviar el formulario lleno a Connect for Health Colorado en un plazo de 30 días. Favor de llamarnos al 1-855-752-6749 (TTY: 1-855 -346-3432) si necesita ayuda para llenar este formulario. **Si está de acuerdo con estas divulgaciones, el consentimiento es válido por el tiempo que especifique. Si no especifica la duración, su consentimiento es válido por un (1) año.**

Liberación para revelar información protegida

1. Nombre de contribuyente

2. Domicilio

3. Ciudad

4. Estado

5. Código postal

6. Número de identificación del contribuyente (SSN o ITIN)

7. Número de teléfono

Información que revelar. Al firmar autorizo a Connect for Health Colorado a revelar información utilizada para llevar a cabo la determinación de mi elegibilidad. Algunos de estos registros podrían provenir del Servicio de impuestos internos y de la Administración del seguro social y podrían incluir:

- Mi estado civil y si he presentado una declaración de impuestos
- El número de mis dependientes
- Otra información proporcionada por la ley a fin de determinar mi elegibilidad para recibir ayuda financiera para pagar primas de seguros y reducir los costos de desembolso al usar servicios de atención médica
- Información sobre mis ingresos
- La suma mensual actual de mis beneficios del seguro social
- El número de trimestres de cobertura que he obtenido

Alcance. Estoy solicitando información de Connect for Health Colorado que me ayude a prepararme para una audiencia de apelación. No estoy de acuerdo con la determinación de elegibilidad que han hecho, y esta información me ayudará a resolver la controversia.

8. Duración. Su consentimiento es válido por el tiempo que especifique.

Si desea autorizar la divulgación hasta que se resuelva el recurso, marque aquí. . . .

Si desea autorizar la divulgación durante un período de tiempo específico, escríbalo en el espacio proporcionado y marque aquí.

Hasta: _____

Nota. Si se deja esta sección en blanco, su consentimiento será válido por un (1) año.

Autorización. Al firmar aquí, reconozco que la persona que solicita la apelación necesitará mi información para resolverla. Autorizo voluntariamente a los funcionarios de Connect for Health Colorado que llevan a cabo la apelación a que permitan al solicitante acceso a la información anterior para ayudar a resolver la controversia.

9. Firma

10. Fecha (dd/mm/aaaa)

11. Nombre en letra de imprenta

12. Relación (si no es la persona)