

Mercado de Seguros Médicos

OMB Exempt

Formulario de solicitud de Apelación del Mercado

- Envíe este formulario **dentro de los 90 días** a partir de la fecha en el Aviso de Elegibilidad del Mercado que usted está apelando.
- Incluya cualquier documento que tenga para respaldar su apelación (Paso 9).

Persona completando este formulario:

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

PASO 1 ¿De quién es la elegibilidad que está apelando?

Incluya solamente a las personas en su solicitud del Mercado de Seguros Médicos cuya elegibilidad está siendo apelada.

Primera persona

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Correo electrónico:

Número de teléfono durante el día:

Dirección postal:

Número de apartamento o suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Segunda persona

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Correo electrónico:

Tercera persona

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Correo electrónico:

Cuarta persona

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Correo electrónico:

PASO 2 Razón por la apelación

Número de identificación de la solicitud# (que puede encontrar en la primera página del Aviso de Elegibilidad del Mercado):

Fecha del aviso (dd/mm/aaaa):

En CuidadoDeSalud.gov, usted dijo que está apelando la decisión del Mercado de cancelar la ayuda financiera debido a la falta de información sobre sus impuestos.

Explique por qué usted cree que la decisión del Mercado es incorrecta.

Si usted está presentando esta apelación más de 90 días después de la fecha en el Aviso de Elegibilidad del Mercado que usted está apelando, también explique la demora en presentar su apelación.

PASO 3 Información sobre sus impuestos (opcional)

El informarnos si usted y cuando usted (o el declarante de impuestos de su hogar) presentó el formulario 8962 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) para reconciliar los créditos tributarios para la prima que utilizó para reducir sus primas mensuales puede ayudarnos a resolver su apelación más rápido. Si no sabe la fecha exacta, proporcione su mejor estimación.

¿Cuándo presentó usted (o el declarante de impuestos de su hogar) el formulario 8962 al IRS para los créditos tributarios que utilizó en el 2024?

No presenté el formulario 8962 al IRS para el 2024.

Presenté el formulario 8962 al IRS el o alrededor del (dd/mm/aaaa):

¿Cuándo presentó usted (o el declarante de impuestos de su hogar) el formulario 8962 al IRS para los créditos tributarios que utilizó en el 2023?

No presenté el formulario 8962 al IRS para el 2023.

Presenté el formulario 8962 al IRS el o alrededor del (dd/mm/aaaa):

¿Qué es el formulario 8962, crédito tributario para la prima?

Si tenía cobertura del Mercado y utilizó el crédito tributario para reducir las primas mensuales de su plan, debe presentar este formulario de impuestos con su declaración de impuestos federales. Utilizará este formulario para "reconciliar" sus créditos tributarios — para averiguar si utilizó más o menos del crédito tributario para la prima del que califica.

PASO 4 ¿Necesita acelerar (“seguimiento rápido”) su apelación debido a razones médicas? (opcional)

Si usted cree que el esperar por una decisión a través del proceso convencional puede poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, puede solicitar una apelación acelerada (seguimiento rápido). (Por ejemplo, usted podría ser elegible para una apelación acelerada si actualmente se encuentra en el hospital o necesita medicamentos con urgencia).

¿Necesita acelerar su apelación?

No.

Sí. Por favor explique la razón por la cual necesita una apelación acelerada.

PASO 5 Reciba actualizaciones electrónicas (opcional)

Reciba actualizaciones por mensaje de texto o correo electrónico sobre el estado de su apelación, las medidas que debe tomar y mucho más. Estas actualizaciones no incluirán detalles de apelación ni información de salud personal.

Al ingresar su número a continuación, acepta recibir mensajes de texto del Centro de Apelaciones del Mercado. La frecuencia de los mensajes varía y es posible que se apliquen tarifas de datos por mensajes. Visite CuidadoDeSalud.gov/appeals/es/terms-and-conditions y CuidadoDeSalud.gov/es/privacy/ para obtener más información.

Texto al número de teléfono móvil:

Correo electrónico:

PASO 6 Designación de un representante autorizado (opcional)

Usted puede elegir que alguien de confianza (como un familiar, amigo, portavoz o abogado) actúe en su nombre para su apelación dándole autorización a esta persona para ser su representante autorizado(a).

Si usted designa a un representante autorizado, esa persona será el contacto principal durante su apelación. Todas las comunicaciones sobre su apelación (incluyendo los correos electrónicos y recordatorios de texto) se enviarán a su representante autorizado, no a usted.

¿Desea designar a un representante?

No. Proceda al Paso 7.

Sí. Complete la sección a continuación. Si cambia de opinión, usted debe llamar o escribir al Centro de Apelaciones del Mercado para remover a su representante autorizado.

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Correo electrónico:

Número de teléfono durante el día:

Dirección postal:

Número de apartamento o suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Nombre de la organización:

Número de identificación (si corresponde):

Actualizaciones de texto al número de teléfono móvil (opcional):

Envíe actualizaciones por correo electrónico a (opcional):

Firme a continuación para darle permiso a la persona enumerada en esta sección para firmar su solicitud de apelación, obtener información oficial sobre su apelación y actuar en su nombre durante su apelación.

Nombre impreso (Primer nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

PASO 7 Continuación de la ayuda financiera durante su apelación (opcional)

Es posible que pueda mantener el mismo nivel de ayuda financiera ("continuación de beneficios") mientras se revisa su apelación. **¿Le gustaría mantener su ayuda financiera durante su apelación?**

Sí, deseo que mi ayuda financiera continúe igual hasta que se decida mi apelación. Entiendo que, si pierdo mi apelación, es posible que tenga que devolver una porción o toda la ayuda financiera que recibí cuando presente mi declaración de impuestos al final del año.

Aplicar mi ayuda financiera a:

Ingrese el nombre o el número de identificación de su plan del Mercado:

No, no deseo la continuación de mi ayuda financiera durante mi apelación.

NOTA: Debe continuar pagando su prima mensual para mantener su cobertura actual. Si su cobertura termina porque dejó de pagar las primas, es posible que no sea elegible para inscribirse en un plan del Mercado hasta el próximo Período de Inscripción Abierta, incluso si gana su apelación.

La privacidad y el uso de su información

El Mercado de Seguros Médicos 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 los reglamentos en el Código del Reglamento Federal (CFR, por sus siglas en inglés) 45 parte 155, sub-parte F, y la Ley del Seguro Social. Para obtener más información sobre la privacidad y seguridad de su información, visite cuidadodesalud.gov/privacy.

Prohibición contra la discriminación

El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega los beneficios o discrimina de otra manera a cualquier persona por motivos de raza, color, nacionalidad, incapacidad, sexo o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por alguna de estas razones, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints (en inglés), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos/200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, DC 20201.

Accesibilidad

Usted tiene derecho a recibir información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille, o audio. Llame al Centro de Apelaciones del Mercado al 1-855-231-1751 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Asistencia lingüística

Si necesita ayuda con su apelación en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-231-1751 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

PASO 8 Firma

Firme a continuación para permitir que el Mercado comparta la información de impuestos federales e información de la Administración del Seguro Social para su uso durante una apelación, y para darnos permiso para hablar con su representante (si designó uno) sobre su apelación.

Durante su apelación, es posible que necesitemos compartir con usted o con su representante autorizado la información que el Mercado utilizó para determinar su elegibilidad. Esta información puede incluir información sobre sus ingresos de empleo provenientes de una agencia de informes del consumidor, información sobre ingresos que recibe de la Administración del Seguro Social, e información de impuestos federales del Servicio de Impuestos Internos sobre los miembros de su hogar, incluyendo información de la última declaración de impuestos que usted presentó. El Mercado no puede compartir información sobre impuestos federales, o información sobre sus beneficios mensuales y anuales del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social de la Administración del Seguro Social, con un representante autorizado u otros individuos sin su consentimiento. Firme a continuación para dar su consentimiento.

Entiendo que, al completar, firmar y fechar a continuación, autorizo al Mercado a divulgar a las personas cuyas firmas se proporcionan a continuación, así como a cualquier representante autorizado, cualquier información de impuestos federales en mi expediente de elegibilidad que fue proporcionada por el Servicio de Impuestos Internos. También doy mi consentimiento al Mercado para divulgar la información sobre mis beneficios mensuales y anuales del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social a estos mismos individuos, junto con la demás información en mi expediente de elegibilidad del Mercado, recopilada en base a la solicitud que completé (o fue completada para mí), o que me enumeró como miembro del hogar, y de otras fuentes de datos como la verificación de ingresos y empleo de una agencia de informes del consumidor que se utilizaron para hacer la determinación de elegibilidad del Mercado.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente de apelación de elegibilidad del Mercado durante el proceso de apelación. Cada miembro adulto del hogar debe consentir a la divulgación de su propia información de impuestos federales y también consentir a la divulgación de la información de beneficios mensuales y anuales del Seguro Social bajo el Título II de la Ley del Seguro Social firmando a continuación.

La autorización es válida hasta la resolución de la apelación; o mi notificación por escrito de que deseo que cualquier o todos mis representantes autorizados sea(n) removido(s) de esta apelación. Estoy firmando este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas, y he respondido a mi leal saber. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa.

Firma del declarante de impuestos mencionado en su solicitud del Mercado (incluso si no está apelando)

1. Nombre impreso (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma**Fecha (dd/mm/aaaa)**

Solo puede proporcionar la firma de una persona a la vez. Después de firmar y enviar este formulario, los demás miembros del hogar recibirán un correo electrónico con instrucciones sobre cómo firmar esta apelación electrónicamente. Necesitamos las firmas de todas las personas mayores de 18 años mencionadas en el Paso 1 de este formulario. Asegúrese de que esas direcciones de correo electrónico sean correctas.

2. Nombre impreso (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma**Fecha (dd/mm/aaaa)**

3. Nombre impreso (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma**Fecha (dd/mm/aaaa)**

4. Nombre impreso (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

Firma**Fecha (dd/mm/aaaa)**

PASO 9 Envíe documentos para respaldar su apelación (opcional)

Incluyendo documentos que demuestren que envió el formulario 8962 al IRS puede ayudarnos a resolver su apelación más rápido.

Documentos que puede incluir:

1. Una copia del formulario 8962 del IRS para el 2024, si presentó uno.
2. Si no presentó el formulario 8962 del IRS para el 2024, una copia del formulario 8962 del IRS para el 2023.
3. Una copia de al menos uno de los documentos mencionados a continuación. Asegúrese de que el documento que incluya sea del mismo año que el formulario 8962 que envió.
 - Una declaración de impuestos federales enviada al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés).
 - Una declaración de impuestos federales enmendada enviada al IRS, si corresponde.
 - Confirmación de declaración presentada a través de sistema en línea.
 - Recibo de correo recibido después de enviar al IRS la declaración de impuestos federales, la declaración de impuestos enmendada o los Formularios 8962 y 1095-A.
 - Confirmación de fax recibida después de que el Formulario 8962 se envió al IRS.
 - Tarjeta de crédito o estado de cuenta bancario que refleje la declaración de impuestos, como un depósito directo o un pago realizado al IRS.

¿Está incluyendo documentos con su apelación?

PASO 10 Cómo enviar su apelación

Firme el formulario completado y envíe sus documentos ya sea:

- **Por correo:** Mercado de Seguros Médicos
Attn: Apelaciones
465 Industrial Blvd.
London KY 40750-0061
- **Por fax seguro:** 1-877-369-0130

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through the Health Insurance Marketplace®. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1-800-318-2596 and wait through the opening. When an agent answers, state the language you need and you'll be connected with an interpreter.

العربية (Arabic) يحوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يحوي هذا الإشعار على معلومات مهمة بخصوص طلبك أو تغطيتك عبر سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace®). إبحث عن التواريخ المهمة في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إتخاذ إجراء بحلول تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة بخصوص التكاليف. يحق لك الحصول على هذه المعلومات و على المساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. إتصل بالرقم 1-800-318-2596 وانتظر حتى تنتهي الإفتتاحية. اذكر اللغة التي تحتاجها عندما يرد عليك العميل و سيتم وصلك بمترجم فوري.

中文 (Chinese) 本通知含有重要的訊息。本通知含有關於通過健康保險市場 (Health Insurance Marketplace®) 申請或獲得承保的重要訊息。請在本通知中查看重要的日期。您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢。您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。請致電 1-800-318-2596 並等待接聽。告訴服務代表要用的語言後，便會接通口譯員。

Français (French) Cet avis contient des informations importantes. Cet avis comporte des informations importantes relatives à votre demande ou à votre couverture par le marché de l'assurance maladie (Health Insurance Marketplace®). Prêtez attention aux dates importantes figurant dans cet avis. Il se peut que vous deviez prendre des mesures avant certaines dates limites pour conserver votre couverture médicale ou bénéficier d'une aide financière. Vous êtes en droit d'obtenir ces informations et cette aide dans votre langue, et ce gratuitement. Appelez le 1-800-318-2596 et patientez. Dès qu'un agent décroche, indiquez la langue dont vous avez besoin et vous serez mis en rapport avec un interprète.

Kreyòl (French Creole) Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan. Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan konsènan aplikasyon w lan ak pwoteksyon ou an atravè Health Insurance Marketplace®. Chèche dat kle yo nan avi sa a. Li posib pou pran desizyon avan sèten dat limit pou konsève pwoteksyon medikal ou oswa pou ede ak pri yo. Ou gen dwa pou jwenn enfòmasyon sa a ak èd nan lang ou gratis. Rele 1-800-318-2596 epi tann sou liy nan. Lè yon ajan reponn, di lang ou bezwen an epi y ap mete w an koneksyon avèk yon entèprèt.

Deutsch (German) Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag oder Ihrer Versicherung über den Health Insurance Marketplace®. Achten Sie auf die Eckdaten in dieser Mitteilung. Möglicherweise müssen Sie innerhalb bestimmter Fristen Maßnahmen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu behalten oder sich an den Kosten zu beteiligen. Sie haben das Recht, die Informationen und Hilfen kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie die Nummer 1-800-318-2596 an und warten Sie, bis das Gespräch angenommen wird. Wenn sich ein Mitarbeiter meldet, geben Sie die Sprache an, die Sie benötigen, und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

ગુજરાતી (Gujarati) આ સૂચનામાં અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં તમારી આરોગ્ય વીમા બજાર (Health Insurance Marketplace®) દ્વારા કરવામાં આવેલ અરજી અથવા તેના દ્વારા આવરી લીધેલ જોખમ વિશે અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં મુખ્ય તારીખો જુઓ. તમારા વીમા દ્વારા આવરી લીધેલ આરોગ્ય જોખમ અથવા ખર્ચમાં મદદને જાળવી રાખવા માટે તમારે ચોક્કસ સમયમર્યાદામાં પગલાં લેવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ માહિતી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-800-318-2596 પર કૉલ કરો અને શરૂઆતમાં રાહ જુઓ. જ્યારે કોઈ પ્રતિનિધિ જવાબ આપે, ત્યારે તમને જોઈતી ભાષા જણાવો અને તમને અનુવાદક સાથે જોડવામાં આવશે.

Italiano (Italian) Questo avviso contiene importanti informazioni. Questo avviso contiene importanti informazioni sulla tua richiesta o copertura assicurativa attraverso il mercato delle assicurazioni sanitarie (Health Insurance Marketplace®). Questo avviso include date importanti. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro certe scadenze per mantenere l'assicurazione sanitaria o assistenza con i costi. Hai diritto ad ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua a titolo gratuito. Chiama il 1-800-318-2596 e attendi la fine dell'introduzione. Quando un agente risponde, indica la lingua di cui hai bisogno e sarai collegato a un interprete.

日本語 (Japanese) この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、健康保険マーケットプレイス (Health Insurance Marketplace®) 経由のアプリケーションまたは補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知では、重要な期日について確認してください。補償範囲や費用サポートを維持するには、指定の期日までにご対応いただく必要がある場合があります。これらの情報を無料で取得する権利および希望の言語でサポートを受ける権利があります。1-800-318-2596 にお問い合わせいただき、つながるまでお待ちください。エージェントにつながりましたら、必要とする言語をお伝え下さい。通訳者とつながります。



한국어 (Korean) 본 통지는 중요한 정보를 담고 있습니다. 본 통지는 건강보험 마켓플레이스(Health Insurance Marketplace®)를 이용한 신청 또는 보장에 대한 중요한 정보를 담고 있습니다. 본 통지에서 주요 날짜를 확인하십시오. 건강보험을 유지하거나 비용에 도움을 받기 위해 특정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하에게는 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1-800-318-2596으로 전화하여 연결을 기다리십시오. 담당자가 연결될 때, 원하시는 언어를 알려주시면 통역자에게 연결됩니다.

Polski (Polish) Niniejsze zawiadomienie zawiera ważne informacje. Niniejsze zawiadomienie zawiera ważne informacje na temat Twojego wniosku lub zakresu ubezpieczenia za pośrednictwem rynku ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®). Szukaj kluczowych dat w tym ogłoszeniu. Być może będziesz musiał/a podjąć działania w określonych terminach, aby utrzymać ubezpieczenie zdrowotne lub pomóc w pokryciu kosztów. Masz prawo do uzyskania tych informacji i pomocy w swoim języku bez żadnych kosztów. Zadzwoń pod numer 1-800-318-2596 i czekaj, aż skończy się wstępna informacja. Gdy włączy się agent, podaj język, który jest Ci potrzebny, a zostaniesz połączony z tłumaczem.

Português (Portuguese) Este aviso tem informações importantes. Este aviso tem informações importantes sobre sua solicitação ou cobertura por meio do mercado de seguros de saúde (Health Insurance Marketplace®). Procure as datas importantes neste aviso. Você pode precisar agir dentro de certos prazos para manter sua cobertura de saúde ou obter ajuda com os custos. Você tem o direito de obter essas informações e ajuda gratuitamente no seu idioma. Ligue para 1-800-318-2596 e espere o fim da gravação de abertura. Quando o agente responder, diga o idioma que você precisa e você será conectado(a) a um intérprete.

Русский (Russian) В этом уведомлении содержится важная информация. В этом уведомлении содержится важная информация о вашей заявке или страховом покрытии на портале Рынка медицинского страхования Marketplace (Health Insurance Marketplace®). Это уведомление содержит ключевые даты. Возможно, вам потребуется принять меры к определенным срокам, чтобы сохранить свою медицинскую страховку или помочь в покрытии расходов. У вас есть право получить эту информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-318-2596 и переждите вступительное сообщение. Когда агент ответит, укажите нужный вам язык, и вас соединят с переводчиком.

Español (Spanish) Este Aviso contiene Información Importante. Este aviso contiene información importante sobre su solicitud o su cobertura del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace®). Preste atención a las fechas claves en este aviso. Usted podría tener que actuar dentro de ciertos plazos para mantener su cobertura médica u obtener ayuda con los costos. Tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo. Llame al 1-800-318-2596 y espere hasta el fin del mensaje inicial. Cuando un agente contesta, indique el idioma que usted necesita y será conectado con un intérprete.

Tagalog (Tagalog) Ang Paunawang ito ay mayroong mahalagang impormasyon. Ang paunawang ito ay mayroong mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Pamilihan ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Marketplace®). Tingnan ang mga pangunahing petsa sa paunawang ito. Maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon sa tiyak na mga huling araw upang mapanatili mo ang sakop sa kalusugan o makatulong sa mga gastos. Mayroon kang karapatan na makakuha ng ganitong impormasyon at ng tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 1-800-318-2596 at maghintay hanggang magbukas. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin mo ang wika na kailangan mo at iuugnay ka sa isang tagasalin ng wika.

Tiếng Việt (Vietnamese) Thông báo này có Thông tin Quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị thông qua Thị trường Bảo hiểm Sức khỏe (Health Insurance Marketplace®). Tìm xem các ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể cần phải hành động theo một số thời hạn nhất định để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ về phần chi phí. Quý vị có quyền nhận thông tin này và được giúp đỡ bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Hãy gọi 1-800-318-2596 và đợi đến khi mở cửa. Khi người đại diện trả lời, hãy nói với họ ngôn ngữ mà quý vị cần sử dụng và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

