

Fechas importantes para recordar...

1 de noviembre de 2016: empieza la inscripción abierta del 2015

31 de enero de 2017: último día para inscribirse para obtener cobertura

Períodos de inscripción especial

Para adquirir un seguro médico después del 31 de enero de 2016, tiene que calificar para un período de inscripción especial debido a un suceso que haya cambiado su vida como el matrimonio, el nacimiento o la adopción de un niño o bien, la pérdida de otra cobertura de salud.

Aquí hay una lista de la información que necesitará para inscribirse en el Mercado en línea:

- Números de Seguro Social (o números de los documentos para cualquier inmigrante documentado que necesite seguro)
- Información de la dirección
- Fechas de nacimiento, incluyendo a todos los familiares que se inscribirán para la cobertura de salud
- Esté listo para informar acerca del consumo de tabaco de todos los asegurados mayores de 21 años de edad
- Información de ingresos de toda su familia (por ejemplo, de recibos de pago o formularios W-2, declaraciones de salarios e impuestos)
- Información del empleador, incluyendo el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador
- Números de pólizas de cualquier seguro médico que tenga vigente actualmente
- Información de su empleador acerca de cualquier seguro médico relacionado con el empleo, disponible para usted y para su familia
- Le tomará de 15 a 30 minutos completar la inscripción

Enumere su información:

N.º de Seguro Social o números de documento de cualquier inmigrante documentado que necesita seguro.

N.º de seguro social _____

N.º de seguro social _____

N.º de seguro social _____

N.º de seguro social _____

N.º de seguro social _____

La información de su dirección:

Fechas de nacimiento: Todos los familiares que se inscribirán para la cobertura de salud.

Nombre _____ MM _____ DD _____ AA _____

¿Usted o alguno de los miembros de su familia consume tabaco actualmente? _____

Información de ingresos: por ejemplo, de recibos de pago o formularios W-2, Declaraciones de salarios e impuestos.

El nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador:

Números de pólizas de cualquier seguro médico que tenga actualmente: _____

Información de cualquier seguro médico relacionado con el empleo, disponible para usted y para su familia:
