maryland health connection

Estado de Maryland
Mercado de Seguros de Salud

ID personal: 112[redacted]
ID documento: [redacted]

Fecha del aviso: 06/24/2015

Fecha de la Solicitud: 06/24/2015

E[redacted]
1[redacted]
G[redacted]4

ID de la solicitud: 1029730

Asunto: Decisión sobre la cobertura de salud

Estimado/a E[redacted]:

Por medio de este aviso, le informamos los resultados de su solicitud para acceder a la cobertura de salud en 06/24/2015 a través de Maryland Health Connection.

Personas aprobadas:

En función de la información suministrada en la solicitud, los siguientes miembros del hogar reúnen los requisitos necesarios para acceder a ciertos programas de cobertura de salud y han seleccionado un programa.

Medicaid

A[redacted]
D[redacted]

Cómo tomamos la decisión

Consideramos el tamaño de su hogar y los ingresos en función de lo indicado por usted en la solicitud y de información obtenida de otras fuentes.
Tal vez se le pida que nos brinde más información a fin de poder continuar con su elegibilidad durante un período mayor a noventa (90) días. Se le informará por medio de otro aviso ("Se requiere información adicional") si es necesario que nos provea más información. Si recibe el aviso "Se requiere información adicional", debe responderlo para conservar la elegibilidad. Si no lo responde o no puede verificar la información proporcionada durante el proceso de solicitud, la cobertura podrá cambiar o darse por finalizada.

Si ha seleccionado un programa y su solicitud no requiere verificaciones adicionales o si ha comprobado los detalles pendientes, este es el último aviso que recibirá en referencia a su elegibilidad.

Si considera que cometimos un error, tiene derecho a apelar. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte la sección Derechos de apelación y plazos correspondientes del presente aviso.

[redacted]