

I want to report to the Health Insurance Marketplace the following changes.

Report New:

Address: _____

City _____ State _____ Zip _____

New E-mail: _____

New Phone number: _____

New Expected Income; _____

New Employer: Name _____

Phone: _____

Add person to my Insurance

Name: _____ Male _____ Female _____

DOB: _____

Explain why you are adding this person to your insurance:

Remove person from Insurance:

Name- : _____ Male _____ Female _____

DOB: _____

Explain why you are removing this person from your insurance:

Add any other change or comments:

Changes to report:

Expected income for the year:

Changes in health coverage:

Someone in your household getting an offer of job-based insurance, even if they don't enroll in it

Someone in your household getting coverage from a public program like Medicaid, the Children's Health Insurance Program (CHIP), or Medicare

Someone in your household losing coverage, like job-based coverage or Medicaid

Changes to your household or individual members:

Birth or adoption

Placing a child for adoption or foster care

Becoming pregnant

Marriage or divorce

A child on your plan turning 26

Death

Gaining or losing a dependent some other way

Moving to a permanent address in your state

Corrections to name, date of birth, or Social Security number

Changes in status:

Change in disability status

Change in tax filing status

Change in citizenship or immigration status

Change in status as an American Indian/Alaska Native or tribal member

Incarceration or release from incarceration

Spanish:

Quiero informar al Mercado de los siguientes cambios.

Informe Nuevo:

Dirección: _____

Código postal _____

Nuevo Email: _____

Nuevo número de teléfono: _____

Nuevo ingreso esperado; _____

Nuevo empleador: Nombre _____

Teléfono: _____

Añadir persona a mi seguro

Nombre- Nombre: _____ Male ____ Femenino ____

Fecha de nacimiento: _____

Explique por qué está agregando a esta persona a su seguro:

Retire a la persona del seguro:

1-Nombre- Nombre: _____ Male ____
Femenino ____

Fecha de nacimiento: _____

Explique por qué está retirando a esta persona de su seguro:

Cambios en el informe:

Ingresos previstos para el año:

Cambios en la cobertura de salud:

Alguien en su hogar recibe una oferta de seguro basado en el trabajo,
incluso si no se inscribe en él.

Alguien en su hogar recibe cobertura de un programa público como
Medicaid, el Programa de seguro de salud para niños (CHIP) o Medicare
Alguien en su hogar que pierde cobertura, como cobertura basada en el
trabajo o Medicaid

Cambios en su hogar o miembros individuales:

Nacimiento o adopción

Colocar a un niño para adopción o cuidado de crianza

Quedar embarazada

Matrimonio o divorcio

Un niño en tu plan cumpliendo 26 años.

Muerte

Ganar o perder un dependiente de otra manera.

Mudarse a una dirección permanente en su estado

Correcciones de nombre, fecha de nacimiento o número de Seguro Social

Cambios en el estado:

Cambio en el estado de discapacidad

Cambio en el estado de presentación de impuestos

Cambio de ciudadanía o estatus migratorio.

Cambio en el estado de miembro de tribus o nativos de Estados Unidos o nativos de Alaska

Encarcelamiento o liberación del encarcelamiento

Añada cualquier otro cambio o comentario:
