



2310 S. Carson St., Suite 2
Carson City, NV 89701
Call Center: 800.547.2927
Fax: 800.546.4088
NevadaHealthLink.com

Carta de explicación

Si ha recibido un aviso de Nevada Health Link solicitando que envíe documentos para confirmar un evento de vida calificado, es posible que deba subir documentos en línea o por correo a Nevada Health Link. Si no puede proporcionar los documentos solicitados, puede presentar esta "carta de explicación".

Para completar este formulario, guarde este archivo en su computadora, llene la sección relacionada con su evento de vida calificado y envíe este formulario por correo electrónico a: customerserviceNVHL@exchange.nv.gov. Si necesita más espacio, puede incluir un documento o hoja adicional.

Descargo de responsabilidad: La información solicitada a continuación es para proporcionar justificación de Nevada Health Link en cuanto a por qué no puede enviar los documentos solicitados generalmente relacionados con su cambio reportado. La información proporcionada en este formulario no se utilizará para alterar la información dentro de su solicitud. Usted debe reportar cambios de evento de vida (por ejemplo, pérdida de cobertura, mudanza, matrimonio, negación de Medicaid o CHIP durante la inscripción abierta, adopción, colocación de cuidado de crianza temporal, orden judicial o ganancia de dependiente de impuestos) a través de su solicitud.

Su nombre:

Su # de identificador de la aplicación:

Pérdida de Cobertura/Cobertura Anterior (Debe haber sido Cobertura Esencial Mínima)

¿Qué tipo de cobertura tenía / tiene?

¿Cuándo perdiste/perderás la cobertura?

¿Por qué está perdiendo su cobertura?

¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?

Mudanza

Marque esta casilla si tuvo cobertura de salud al menos un día durante los 60 días antes de su mudanza.

Marque esta casilla si se ha mudado de un país extranjero o territorio de EE. UU.

¿Cuándo te mudaste?

¿Cuál fue su domicilio anteriormente?

¿Cuál es su nuevo domicilio?

¿Cuál es su domicilio postal?

¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?

Matrimonio

Marque esta casilla si usted o su cónyuge tuvieron cobertura de salud al menos un día durante los 60 días antes de casarse.

¿Cuándo fue el matrimonio?
¿Quién estaba casado?
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?
¿Hay detalles adicionales que deberíamos saber sobre el matrimonio?

Denegación de cobertura de Medicaid o CHIP (solo aplicable si usted solicitó durante un período de inscripción y fue denegado después del período de inscripción)

Fecha de la solicitud de Medicaid/CHIP
Fecha de la denegación de Medicaid/CHIP
¿A quién se le negó la cobertura a través de Medicaid o CHIP? Por favor, enumere los nombres de todos los denegados.
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?

Adopción, colocación de cuidado de crianza temporal, orden judicial o ganancia de dependiente de impuestos

Fecha del evento:

¿Quién fue adoptado, colocado en cuidado de crianza temporal o se convirtió en un dependiente a través de una orden judicial o según las normas del servicio de rentas internas (IRS, por sus siglas en inglés)? Enumere los nombres de todas las personas en su solicitud a quienes esto se aplica.

¿Hay alguna otra información que le gustaría incluir sobre la adopción, colocación de cuidado de crianza temporal, orden judicial o dependiente de impuestos?

Verificación de Ingresos/Pérdida de Ingresos* (*La verificación de ingresos puede ser aplicable para cualquier periodo de inscripción. Si se está inscribiendo a través de una (SEP - por sus siglas en inglés) de "Pérdida de Ingresos", también tendrá que proporcionar evidencia de cobertura previa)

¿Cuál es sus ingreso?

¿Cuándo cambió su ingreso (*si esto aplica)?

¿Cuál era su ingreso antes del cambio (*si esto aplica)?

¿Por qué cambiaron sus ingresos (*si esto aplica)?

¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?

Información Adicional:

--