



Formulario de solicitud de apelación del consumidor de Georgia Access

Los consumidores deben utilizar este formulario para presentar una apelación ante Georgia Access. Complete los pasos 1 a 6 de este formulario e incluya toda la información y documentación necesaria para respaldar su apelación. Los consumidores pueden enviar este formulario por vía electrónica o por correo postal. Si lo envía por medios electrónicos, incluya todos los materiales y la documentación asociados en un solo archivo PDF y cárguelo en su cuenta con su intermediario en línea certificado de Georgia Access, su compañía de seguros de Georgia Access, su agente de Georgia Access o mediante el portal del consumidor de Georgia Access. Si lo envía por correo, incluya toda la información y documentación de la apelación en un sobre y envíelo a:

**Georgia Access Contact Center
Attn: Consumer Appeal Request
PO Box 12264
Birmingham, AL 35202**

Aviso: Las apelaciones de exención por dificultades económicas y asequibilidad para Georgia Access se tramitan a través de [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). Puede solicitar ayuda adicional llamando al centro de apelaciones del mercado al 855-231-1751.

PRIMER PASO: IDENTIFICAR A QUIÉN APELA

En las siguientes secciones, incluya SOLO a las personas (o al jefe de la unidad familiar, según sea necesario) de su solicitud de Georgia Access cuyos resultados de elegibilidad se están apelando.

Persona principal que apela la solicitud (o jefe de unidad familiar si la persona que apela es dependiente)			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		6. Correo electrónico	
7. Teléfono del hogar		8. Número de teléfono móvil (si corresponde) <input type="checkbox"/> Envíenme alertas importantes a este número de teléfono. Pueden aplicarse tarifas de mensajes estándar.	
9. Dirección particular (deje en blanco del punto 9 al 13 si no tiene)		10. Dirección 2 (si corresponde)	
11. Ciudad	12. Estado	13. Código postal	
14. Dirección para correspondencia (si es diferente de la dirección particular, complete los campos 14 a 18)		15. Dirección 2 (si corresponde)	

Persona principal que apela la solicitud (o jefe de unidad familiar si la persona que apela es dependiente)		
16. Ciudad	17. Estado	18. Código postal
19. Método de comunicación preferido (seleccione uno)		<input type="checkbox"/> Electrónico (p. ej., envío de notificaciones a una bandeja de entrada segura o a un correo electrónico) <input type="checkbox"/> Impreso (p. ej., envío de notificaciones a la dirección postal)
20. Idioma escrito preferido		21. Idioma hablado preferido

Si otras personas de su solicitud están apelando sus resultados de elegibilidad, complete su información a continuación.

Incluya SOLO a las personas de su solicitud de Georgia Access cuyos resultados de elegibilidad se estén apelando. Si la persona que apela está a cargo de la persona que es jefe de la unidad familiar, incluya aquí sus datos. Deje esta sección en blanco si no apela nadie más que la persona principal de la solicitud.

Persona adicional que apela 1			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Relación con la persona jefa de unidad familiar	6. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	7. Correo electrónico	

Persona adicional que apela 2			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Relación con la persona jefa de unidad familiar	6. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	7. Correo electrónico	

Persona adicional que apela 3			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo

5. Relación con la persona jefa de unidad familiar	6. Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	7. Correo electrónico
---	--	------------------------------

Persona adicional que apela 4			
1. Nombre	2. Segundo nombre <i>(si corresponde)</i>	3. Apellido	4. Sufijo
5. Relación con la persona jefa de unidad familiar	6. Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	7. Correo electrónico	

Persona adicional que apela 5			
1. Nombre	2. Segundo nombre <i>(si corresponde)</i>	3. Apellido	4. Sufijo
5. Relación con la persona jefa de unidad familiar	6. Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	7. Correo electrónico	

Persona adicional que apela 6			
1. Nombre	2. Segundo nombre <i>(si corresponde)</i>	3. Apellido	4. Sufijo
5. Relación con la persona jefa de unidad familiar	6. Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	7. Correo electrónico	

CUARTO PASO: CONFIRME SI DESIGNA A OTRA PERSONA PARA QUE LE REPRESENTE
Puede elegir a un representante autorizado para que le ayude con la apelación.

Esta persona puede ser un amigo, un familiar o alguien en quien confíe. Tenga en cuenta que el nombramiento de un asesor certificado o de un asesor certificado de solicitudes (CAC, en inglés) les prohíbe actuar en calidad oficial de asistente.

Su representante autorizado puede actuar en su nombre en todos los temas relacionados con su apelación y las consultas en torno a la misma, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de la misma en su nombre. Todas las comunicaciones sobre su apelación se dirigirán a su representante autorizado, no a usted; si alguna vez necesitara cambiar o eliminar a su representante autorizado, comuníquese con el centro de atención de Georgia Access. Seleccione una opción de las siguientes:

- No**, no voy a nombrar a un representante autorizado.
- Sí**, voy a nombrar a un representante autorizado para que me ayude con la apelación.

Si seleccionó "Sí", facilite la siguiente información.

Información del representante autorizado			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Número de teléfono principal		6. Correo electrónico	
7. Dirección postal		8. Dirección 2 (si corresponde)	
9. Ciudad	10. Estado	11. Código postal	
12. Nombre de la organización (si corresponde)		13. Número de identificación (si corresponde)	
Solo para agentes certificados de Georgia Access			
1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)		2. Número Nacional de Productor	

Con su firma, usted autoriza a esta persona a firmar su apelación, a obtener información oficial sobre esta apelación y a actuar en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con esta apelación.

Firma de la persona principal que apela (o jefe de unidad familiar si la persona que apela es dependiente)	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)
---	---------------------------------------

QUINTO PASO: INDIQUE SI NECESITA SERVICIOS LINGÜÍSTICOS O DE ACCESIBILIDAD

Si necesita ayuda para la traducción de idiomas o una adaptación debido a una discapacidad, seleccione los servicios que necesitará durante el proceso de apelación marcando las casillas siguientes. Elija todas las opciones que correspondan.

- Representante de habla hispana
- Traducción del aviso al español
- Otra ayuda lingüística; explique: _____
- Línea de servicios de teletipo
- Avisos en letra grande
- Otra; explique: _____

SEXTO PASO: PROPORCIONE SU FIRMA

Mediante su firma en esta sección, usted indica su aprobación para que Georgia Access utilice y comparta información de impuestos federales y de la Administración del Seguro Social durante una apelación. Todos los contribuyentes de impuestos (personas de su unidad familiar mayores de 18 años) identificados en su solicitud, o sus representantes autorizados (si corresponde), deben firmar este formulario.

Durante el proceso de apelación, es posible que necesitemos compartir con usted o con su representante autorizado la información que Georgia Access utilizó para determinar su elegibilidad. Esta información puede incluir datos sobre empleo o ingresos procedentes de una agencia de información al consumidor, información sobre los ingresos que recibe de la Administración del Seguro Social o información fiscal federal procedente del Servicio de Impuestos Internos sobre los miembros de su unidad familiar, incluida la información de su última declaración de impuestos federales. Sin su consentimiento, Georgia Access no puede compartir información sobre el impuesto federal o sobre la renta ni información sobre las beneficios mensuales y anuales del Seguro Social en virtud del Título II de la *Ley del Seguro Social* de la Administración del Seguro Social con un representante autorizado u otras personas. Para autorizar a Georgia Access, debe firmar abajo.

Declaración de aceptación

Entiendo que al completar, firmar y colocar la fecha a continuación, autorizo a Georgia Access a divulgar a las personas cuyas firmas se incluyen a continuación, así como a cualquier representante autorizado, cualquier información de impuestos federales en mi registro de elegibilidad que proporcionó el Servicio de Impuestos Internos. También doy mi consentimiento para que Georgia Access divulgue a estas mismas personas la información sobre mis beneficios mensuales y anuales del Seguro Social de acuerdo con el Título II de la *Ley del Seguro Social*, junto con otra información de mi expediente de elegibilidad de Georgia Access, recopilada sobre la base de la solicitud que completé (o que completaron por mí) o que me incluía como miembro de la unidad familiar, y de otras fuentes de datos como la verificación de ingresos y de empleo de una agencia de informes de los consumidores que se utilizaron para determinar la elegibilidad para Georgia Access.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi registro de apelación de elegibilidad de Georgia Access durante el proceso de apelación.

Todos los contribuyentes de impuestos de la unidad familiar deben dar su consentimiento para la divulgación de su propia información fiscal federal y también para la divulgación de información mensual y anual sobre prestaciones del Seguro Social en virtud del Título II de la *Ley del Seguro Social*. La firma a continuación indica que Georgia Access puede compartir esta información con un representante autorizado, si se designó uno antes.

La autorización es válida lo antes posible hasta:

- la resolución del apelación, o
- mi notificación por escrito de que deseo que alguno o todos mis representantes autorizados se retiren de esta apelación.

Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que respondí con veracidad todas las preguntas y que lo hice según mi leal saber y entender. Sé que puedo quedar sujeto a sanciones en virtud de la ley federal si proporciono información falsa.

Entiendo que bajo la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión o sexo (incluyendo el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Puedo presentar una denuncia por discriminación en <https://oci.georgia.gov/file-consumer-insurance-complaint>.

<p>Firma de la persona principal que apela (o del jefe de la unidad familiar si la persona que apela es dependiente)</p>	<p>Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)</p>
---	--

Jefe de la unidad familiar en la solicitud/contribuyente de impuestos			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Firma (se acepta firma electrónica)		6. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)	

Contribuyente adicional en la solicitud 1			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Firma (se acepta firma electrónica)		6. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)	

Contribuyente adicional en la solicitud 2			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Firma (se acepta firma electrónica)		6. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)	

Contribuyente adicional en la solicitud 3			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Firma (se acepta firma electrónica)		6. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)	

Contribuyente adicional en la solicitud 4			
1. Nombre	2. Segundo nombre <i>(si corresponde)</i>	3. Apellido	4. Sufijo
5. Firma <i>(se acepta firma electrónica)</i>		6. Fecha de la firma <i>(mm/dd/aaaa)</i>	

Contribuyente adicional en la solicitud 5			
1. Nombre	2. Segundo nombre <i>(si corresponde)</i>	3. Apellido	4. Sufijo
5. Firma <i>(se acepta firma electrónica)</i>		6. Fecha de la firma <i>(mm/dd/aaaa)</i>	

Contribuyente adicional en la solicitud 6			
1. Nombre	2. Segundo nombre <i>(si corresponde)</i>	3. Apellido	4. Sufijo
5. Firma <i>(se acepta firma electrónica)</i>		6. Fecha de la firma <i>(mm/dd/aaaa)</i>	