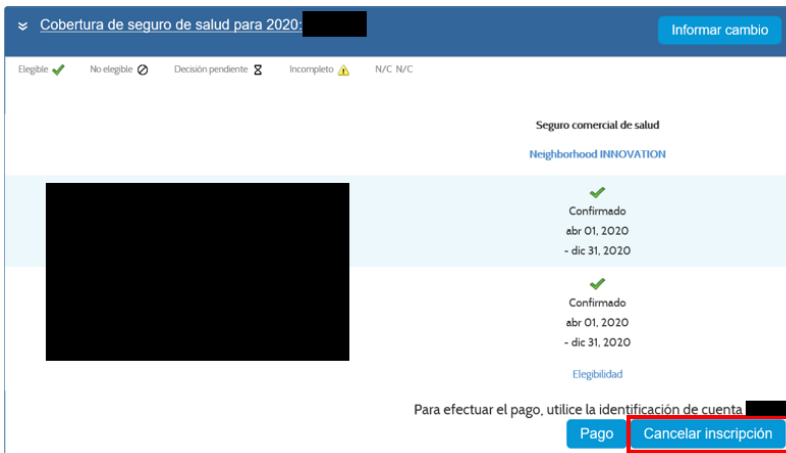


Cómo darse de baja de su cobertura de HealthSource RI

1. Iniciar sesión en [su cuenta](#) (si no tiene acceso a su cuenta, puede usar nuestro servicio de chat web para desbloquearla)
2. Vaya a la sección **Mis planes y programas** y seleccione **Darse de baja**. Esto será para su Cobertura de Seguro médico.

Mis planes y programas [Ver historial de solicitudes](#)

Expanda todos los cuadros para ver todos los programas



Cobertura de seguro de salud para 2020: [Redacted] [Informar cambio](#)

Elegible No elegible Decisión pendiente Incompleto N/C N/C

Seguro comercial de salud
Neighborhood INNOVATION

Confirmado
abr 01, 2020
- dic 31, 2020

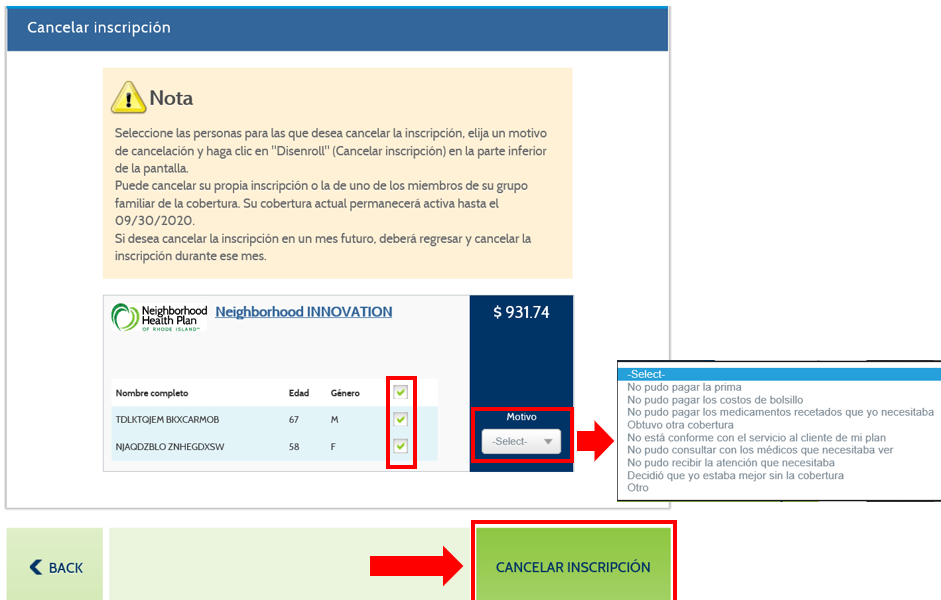
Confirmado
abr 01, 2020
- dic 31, 2020

Elegibilidad

Para efectuar el pago, utilice la identificación de cuenta [Redacted]

[Pago](#) [Cancelar inscripción](#)

3. Seleccione el miembro de su hogar que desea darse de baja de la cobertura.
4. Haga clic si ellos (o usted) se están dando de baja de la cobertura médica y/o dental.
5. Seleccione la razón por la que ellos (o usted) se están dando de baja de la cobertura.



Cancelar inscripción

Nota

Seleccione las personas para las que desea cancelar la inscripción, elija un motivo de cancelación y haga clic en "Disenroll" (Cancelar inscripción) en la parte inferior de la pantalla.

Puede cancelar su propia inscripción o la de uno de los miembros de su grupo familiar de la cobertura. Su cobertura actual permanecerá activa hasta el 09/30/2020.

Si desea cancelar la inscripción en un mes futuro, deberá regresar y cancelar la inscripción durante ese mes.

| Nombre completo | Edad | Género | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|------|--------|-------------------------------------|
| TDLKTOJEM BIOCARMOB | 67 | M | <input checked="" type="checkbox"/> |
| NJAOZBLO ZNHEGDKSW | 58 | F | <input checked="" type="checkbox"/> |

Neighborhood Health Plan **Neighborhood INNOVATION** \$ 931.74

Motivo
Select

No pudo pagar la prima
 No pudo pagar los costos de bolsillo
 No pudo pagar los medicamentos recetados que yo necesitaba
 Obtuvo otra cobertura
 No está conforme con el servicio al cliente de mi plan
 No pudo consultar con los médicos que necesitaba ver
 No pudo recibir la atención que necesitaba
 Decidió que yo estaba mejor sin la cobertura
 Otro

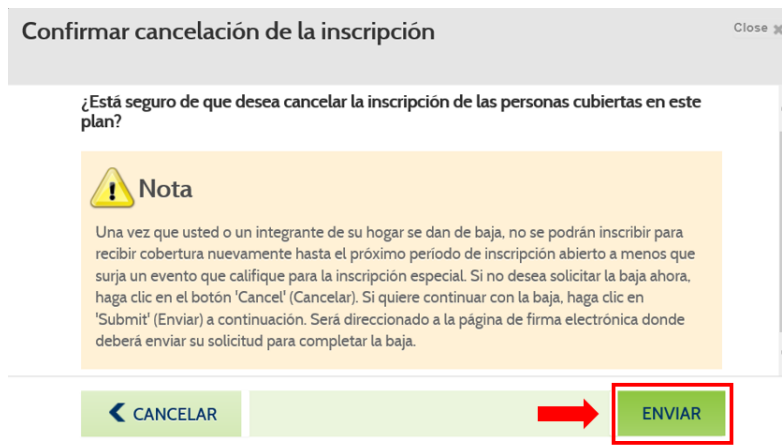
[← BACK](#) [CANCELAR INSCRIPCIÓN](#)

6. Haga clic en **Darse de baja** para continuar con su solicitud.

La fecha de finalización de la cobertura será el último día del mes en el que esté realizando la solicitud. Por ejemplo, si usted hace su solicitud el 7 de mayo, el último día de su cobertura será el 31 de mayo.

Si el Solicitante principal se está dando de baja de la cobertura médica, pero otros miembros de la familia todavía quieren un seguro, tendrá que volver a seleccionar su Plan de Salud.

7. Haga clic en **Enviar** para confirmar su solicitud de cancelación de inscripción.



Confirmar cancelación de la inscripción Close x

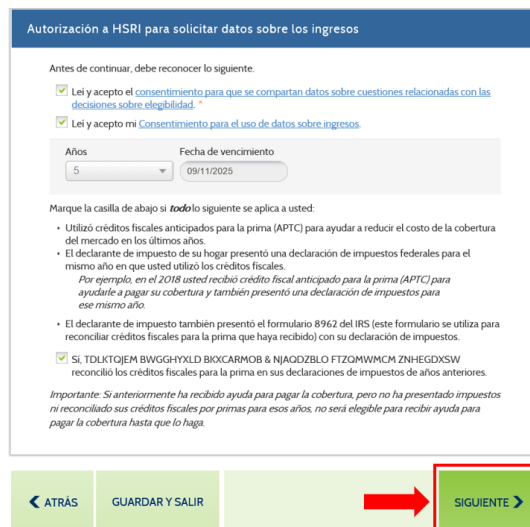
¿Está seguro de que desea cancelar la inscripción de las personas cubiertas en este plan?

Nota

Una vez que usted o un integrante de su hogar se dan de baja, no se podrán inscribir para recibir cobertura nuevamente hasta el próximo periodo de inscripción abierto a menos que surja un evento que califique para la inscripción especial. Si no desea solicitar la baja ahora, haga clic en el botón 'Cancel' (Cancelar). Si quiere continuar con la baja, haga clic en 'Submit' (Enviar) a continuación. Será direccionado a la página de firma electrónica donde deberá enviar su solicitud para completar la baja.

← CANCELAR ENVIAR

8. Darse de baja de la cobertura puede afectar la elegibilidad de su hogar para un seguro médico o ayuda financiera, por lo que deberá aceptar los consentimientos dentro de la **Página de firma electrónica**. Al seleccionar **Siguiente** finalizará su solicitud.



Autorización a HSRI para solicitar datos sobre los ingresos

Antes de continuar, debe reconocer lo siguiente:

- Lei y acepto el [consentimiento para que se compartan datos sobre cuestiones relacionadas con las decisiones sobre elegibilidad](#).
- Lei y acepto mi [Consentimiento para el uso de datos sobre ingresos](#).

Años: 5 Fecha de vencimiento: 09/11/2025

Marque la casilla de abajo si **todo** lo siguiente se aplica a usted:

- Utilizó créditos fiscales anticipados para la prima (APTC) para ayudar a reducir el costo de la cobertura del mercado en los últimos años.
- El declarante de impuesto de su hogar presentó una declaración de impuestos federales para el mismo año en que usted utilizó los créditos fiscales.
Por ejemplo, en el 2018 usted recibió crédito fiscal anticipado para la prima (APTC) para ayudarle a pagar su cobertura y también presentó una declaración de impuestos para ese mismo año.
- El declarante de impuesto también presentó el formulario 8962 del IRS (este formulario se utiliza para reconciliar créditos fiscales para la prima que haya recibido) con su declaración de impuestos.

SI, TDLKTOJEM BWGGHYXLD BIXCARMOB & NJAQDZBLO FTZQMWMCM ZNHEGDXSXW reconcilió los créditos fiscales para la prima en sus declaraciones de impuestos de años anteriores.

Importante: Si anteriormente ha recibido ayuda para pagar la cobertura, pero no ha presentado impuestos ni reconciliado sus créditos fiscales por primas para esos años, no será elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura hasta que lo haga.

← ATRÁS GUARDAR Y SALIR SIGUIENTE >