

El Alivio Equitativo (conocido como equitable relief en inglés) es un proceso administrativo que le permite solicitar lo siguiente de la Administración de la Seguridad Social (SSA, por sus siglas en inglés):

- Inscripción inmediata o retroactiva en Medicare
- Eliminación de la Multa por Inscripción Tardía en Medicare Parte B (LEP, por sus siglas en inglés)

Para solicitar el alivio equitativo, la no inscripción en Medicare fue debida a error, mala información o inacción de un empleado federal, tal como un representante de la Seguridad Social o de 1-800-MEDICARE. El alivio equitativo no aplica si Ud. fue mal informado sobre sus derechos de Medicare y opciones por otras personas, tal como un empleador.

Por ejemplo: Ud. no se inscribió en la Parte B porque un representante de la Seguridad Social le dijo que no tenía que inscribirse. Debido a que este error en la inscripción fue a causa de la mala información de un empleado federal, es posible que Ud. tenga motivos para recibir el alivio equitativo.

Solicitar alivio equitativo

Para solicitar alivio equitativo, Ud. o su representante debe escribir una carta a su oficina local de la Seguridad Social explicando que Ud. recibió mala información que causó un retraso en su inscripción. Puede encontrar la dirección de su oficina local llamando al 800-772-1213 o visitando www.ssa.gov/locator.

Sea tan específico como pueda en su carta, e incluya el nombre del representante con quien habló, la fecha y hora de su conversación y cualquier nota adicional.

Ud. también debe indicar si quiere cobertura de ahora en adelante, cobertura retroactiva y/o la eliminación de su LEP de Parte B. **Tenga en cuenta que, si solicite cobertura retroactiva, Ud. tendrá que pagar las primas desde el momento que comenzó su cobertura.**

Seguimiento de su solicitud

No es obligatorio que la Seguridad Social responda a las solicitudes de alivio equitativo dentro de un plazo de tiempo concreto. Tampoco están obligados a mandarle a Ud. una carta formal de su decisión en respuesta a su solicitud.

Contacte con su oficina local de la Seguridad Social un mes después de presentar su solicitud. Es posible que Ud. también quiera ponerse en contacto con un representante legislativo, como un miembro del Congreso, y pedirle que siga su caso. Si el alivio equitativo le es denegado, no hay un proceso formal de apelación, pero puede volver a presentar su solicitud con más o diferente información tantas veces como quiera.

Ejemplo de Carta a la SSA para Alivio Equitativo

[Si es posible, imprima en papel blanco de escribir]

[Fecha]

Administración de la Seguridad Social

[Dirección de la oficina local]

Re: Multa de Prima de Medicare Parte B

Beneficiario/a: [Nombre]

SSN: [Número de Seguridad Social]

Estimado/a Señor/a:

Le escribo para solicitar que la Administración de la Seguridad Social me conceda alivio equitativo, eliminando la Multa de Prima de Medicare Parte B y **permitiéndome inscribir en la Parte B de forma [inmediata/retroactiva] a [fecha específica].**

[La multa/el retraso en la cobertura de Parte B] no está justificada porque seguí las reglas tal y como un representante de **[la Seguridad Social] u otra agencia federal]** me las explicó.

[Explique porque no se inscribió en Parte B cuando se hizo elegible. Dé tantos detalles como pueda sobre cualquier instancia de desinformación que recibió de la Seguridad Social u otra agencia federal, incluyendo nombres y fechas. La mejor práctica es crear un cronograma de los contactos más importantes con los agentes federales.]

HI 00805.170 Conditions for Providing Equitable Relief

<https://secure.ssa.gov/poms.nsf/lnx/0600805170>

SSA/CMS may take action to prevent or correct inequity to the individual when his/her SMI or Premium-HI enrollment, termination, or coverage rights are prejudiced because of the error, misrepresentation, or inaction of an employee or agent of the Government.

The actions include (but are not limited to) the designation of enrollment and coverage periods, and appropriate adjustment of premium liability.

Conforme a la cita anterior, la Administración de la Seguridad Social debe permitirme inscribir en la Parte B **efectivo [inmediata o retroactiva a fecha específica] Y/O eliminar mi multa de Parte B].** Muchas gracias.

Sinceramente,

[Su nombre]

[Su título]

Adjuntos: [Haga una lista de los documentos adjuntos]