

Cobertura de seguro de salud por el trabajo

NO tiene la obligación de contestar estas preguntas a menos que alguien del hogar reúne los requisitos necesarios para la cobertura del seguro de salud por medio de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada uno de los trabajos que ofrece la cobertura.

Infórmenos del **trabajo** que ofrece la cobertura.

Lleve al Empleador que ofrece la cobertura la hoja titulada «Herramienta para Cobertura del Empleador», que está en la página siguiente, para ayudarle a usted a contestar estas preguntas. Cuando envíe su solicitud, no tiene que adjuntar la hoja titulada Herramienta para Cobertura del Empleador sino sólo esta página.

Información del EMPLEADO

1. Nombres y apellidos del Empleado (Nombre de pila, segundo nombre y apellidos)	2. N° de Seguro Social del Empleado _____-_____-_____
--	--

Información del EMPLEADOR

3. Nombres y apellidos del Empleador		4. N° de Identificación del Empleador (N° EIN) _____-_____	
5. Dirección del Empleador		6. N° de teléfono del Empleador () -	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal ZIP	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos para informarnos de la cobertura del seguro de salud del Empleado en este trabajo?			
11. N° de teléfono (si no es el de arriba) () -		12. Correo electrónico	

13. ¿Actualmente es usted elegible para la cobertura que ofrece este Empleador, o lo será en los próximos tres meses?

Sí (Continúe)

13a. Si usted está a la espera o está en un período de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse para la cobertura? _____
(mes/día/año)

Ponga el nombre de toda persona elegible para la cobertura de este trabajo.

Nombre y apellidos: _____ Nombre y apellidos: _____ Nombre y apellidos: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Infórmenos del **plan del seguro de salud** que ofrece este Empleador.

14. ¿Ofrece el Empleador un plan de seguro de salud que reúne la norma de valor mínimo*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. Para el plan de menos costo que reúne la norma de valor mínimo* y que se ofrece únicamente al Empleado (no incluya los planes para familias): Si el Empleador dispone de unos programas de bienestar físico, indique la prima que pagaría el Empleado si recibiera el descuento máximo por cualquier programa de cese del uso de tabaco y no recibiera ningunos otros descuentos por algunos programas de bienestar físico. a. ¿Cuánto pagaría de prima el Empleado por este plan? \$ _____ b. ¿Frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
16. ¿Cuál cambio hará el Empleador para el plan del año nuevo (si sabe)? <input type="checkbox"/> Empleador no ofrecerá ninguna cobertura del seguro de salud <input type="checkbox"/> Empleador empezará a ofrecer la cobertura del seguro de salud, o cambiará la prima al plan de menos costo disponible únicamente si cumple el Empleador con la norma de valor mínimo*. (La prima debería incluir el descuento por los programas de bienestar físico. Véase la pregunta n° 15.) a. ¿Cuánto pagaría el Empleado por las primas de ese plan? \$ _____ b. ¿Frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual c. Fecha de cambio (mes/día/año) _____

* Cumple con la «norma de valor mínimo» un plan de seguro de salud patrocinado por el Empleador siempre que la parte del plan que corresponde al total de los costos de beneficios permitidos y cubiertos por el plan no es menos del 60% de esos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**, y si usted necesita ayuda en algún idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.



Utilice esta Herramienta para ayudar a contestar las preguntas del Anexo A referentes a la cobertura del seguro de salud para la cual usted es elegible (aunque sea del trabajo de otra persona, como uno de sus padres o su cónyuge). La información en las casillas numeradas a continuación coinciden con las casillas del Anexo A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta n° 14 de esta página debe coincidir con la pregunta n° 14 del Anexo A.

Escriba en las casillas n° 1 y n° 2 sus nombres y apellidos y su número de Seguro Social, y pida al Empleador que llene lo que queda del formulario. Llene una hoja de la Herramienta por cada Empleador que ofrezca la cobertura del seguro de salud.



Información del EMPLEADO

El **Empleado** tiene que llenar esta sección.

1. Nombres y apellidos del Empleado (Nombre de pila, segundo nombre y apellidos)	2. N° de Seguro Social del Empleado _____ - _____ - _____
--	--



Información del EMPLEADOR

Pídale al **Empleador** esta información.

3. Nombres y apellidos del Empleador	4. N° de Identificación del Empleador (N° EIN) _____ - _____	
5. Dirección del Empleador	6. N° de teléfono del Empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal ZIP
10. ¿Con quién nos podemos comunicar para informarnos de la cobertura del seguro de salud del Empleado en este trabajo?		
11. N° de teléfono (si no es el de arriba) () - _____	12. Correo electrónico	

13. ¿Actualmente es el Empleado elegible para la cobertura que ofrece este Empleador o lo será en los próximos tres meses?

Sí (Continúe)

13a. Si usted está a la espera o está en un período de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse para la cobertura? _____
(mes/día/año)

Ponga el nombre de toda persona elegible para de la cobertura de este trabajo.

Nombres y apellidos: _____ Nombres y apellidos: _____ Nombres y apellidos: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Infórmenos del plan de seguro de salud que ofrece este Empleador.

¿Ofrece el Empleador un plan de seguro de salud que le cubre al cónyuge o persona dependiente del Empleado?

Sí. ¿Cuál persona? Cónyuge Persona o personas dependientes

No (Vaya a la pregunta n° 14)

14. ¿Ofrece el Empleador un plan de seguro de salud que cumple con la norma de valor mínimo*?

Sí (Vaya a la pregunta n° 15) No (PARE y devuelva el formulario al Empleado)

15. Para el plan de menos costo que reúna la norma de valor mínimo y que se ofrece únicamente al Empleado (no incluya los planes de familia): Si el Empleador dispone de unos programas de bienestar físico, indique la prima que pagaría el Empleado si recibiera el descuento máximo por cualquier programa de cese del uso de tabaco y no recibiera ningunos otros descuentos por algunos programas de bienestar físico.

a. ¿Cuánto pagaría de prima el Empleado por este plan? \$ _____

b. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Si pronto termina el año del plan y usted sabe que cambiarán los planes de seguro de salud a ofrecerse, vaya a la pregunta n° 16. Si no sabe nada al respecto, PARE y devuelva el formulario al Empleado.

16. ¿Cuál cambio hará el Empleador para el plan del año nuevo (si sabe)?

Empleador no ofrecerá ninguna cobertura del seguro de salud

Empleador empezará a ofrecer la cobertura del seguro de salud, o cambiará la prima al plan de menos costo disponible únicamente si cumple el Empleador con la norma de valor mínimo*. (La suma de la prima debería incluir el descuento por los programas de bienestar físico. Véase la pregunta n° 15.)

c. ¿Cuánto pagaría el Empleado por las primas de ese plan? \$ _____

d. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

e. Fecha de cambio (mes/día/año) _____

* Cumple con la «norma de valor mínimo» un plan de seguro de salud patrocinado por el Empleador siempre que la parte del plan que corresponde al total de los costos de los beneficios permitidos y cubiertos por el plan no es menos del 60% de esos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**, y si usted necesita ayuda en algún idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

