Cobertura Médica Basada en el Empleo

Información del EMPLEADO

Formulario aprobado OMB No. 0938-1213

Imprimir o descargar esta herramienta para recopilar las respuestas sobre cualquier cobertura médica ofrecida por el empleador a la que usted es elegible para recibir (incluso si es de un trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge). Necesitará esta información para completar su solicitud del Mercado, incluso si no acepta el seguro del empleador al que es elegible. **Escriba su nombre y Número de Seguro Social (SSN) en las casillas 1 y 2 y pida a su empleador que complete la otra parte del formulario.** Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura médica para la que usted es elegible.

Los empleados deben completar esta sección	
1. Nombre del Empleado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
A Información del EMPLEADOR	
Pregúntele a su empleador esta información 3. Empleador/nombre de la compañía	
s. Empleador/Hombre de la Compania	
4. Número de Identificación del Empleador (EIN) 5. Nú	mero de teléfono del empleador
(
Ahora, ingrese la información de la persona o departamento que nás información podríamos contactar a esta persona.	maneja los beneficios del empleado. Si necesitamos
5. Persona o departamento que podemos contactar para más información sobre la co	obertura médica
 Dirección del Empleador (el Mercado de seguros puede enviar avisos a esta direcci 	ôn)
3. Ciudad	9. Estado 10. Código Postal
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) 12. Dirección de correc	electrónico
13. ¿Este empleado está inscrito en la cobertura ofrecida por este empleador o	
SÍ (Continuar) a. Si es el empleado no es elegible hoy, incluyendo como resultado un período de espera o probatorio, cuando el empleado será elegible para la cobertura? (mm/dd/año)	NO (EMPLEADOR: Deténgase y regrese este formulario al empleado. EMPLEADO: regrese a su solicitud de cobertura del Mercado)
b. ¿El empleador ofrece un plan médico que cubre al cónyuge o dependient	
	NO (Vaya a la pregunta 14)
Escriba el nombre de cualquier persona en el hogar del empleador que es el Nombre	egible para la cobertura de este empleo
Nombre	
Nombre	

continúe en la próxima página

Díganos sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador.

14. ¿El empleador ofrece seguro que cumple con el estándar de valor mínimo*?
○ SÍ (Vaya a la pregunta 15) ○ NO (Deténgase y regrese el formulario al empleado)
15. Para el plan con el costo menor que cumple con el valor mínimo, ¿cuánto sería la cantidad que el empleado tiene que pagar en primas para la cobertura individual? NOTA: Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagará si recibe el descuento máximo para algún programa para dejar de fumar y no recibe ningún otro descuento basado en un programa de bienestar.
a. El empleado pagará esta prima: \$
NOTA: Ingrese la cantidad menor que el empleado podría pagar por cobertura.
b. El empleado pagará esta cantidad: O Semanal O Cada 2 semanas O 2 veces por mes O Mensual O Trimestral O Anual
(Vaya a la próxima pregunta)
16. ¿Cuáles cambios hará el empleador para el nuevo año del plan?
○ El empleador no ofrecerá cobertura a partir de: (mm/dd/año)
La cantidad de la prima cambiará para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo* y está a la disposición de los empleados. (La prima debe reflejar solamente los descuentos para programas para dejar de fumar. Véase la pregunta 15.)
a. El empleado pagará esta prima: \$
b. El empleado pagará esta cantidad: O Semanal O Cada 2 semanas O 2 veces por mes O Mensual O Trimestral O Anual
c. Fecha del cambio : (mm/dd/año)
O No sé si el empleador hará cambios.
O El empleador no hará ningún cambio.
*Un plan de salud cumple con el "estándar de valor mínimo" si el plan comparte al menos el 60% del total de los costos de los beneficios cubiertos para una persona promedio y

Para solicitar este formulario en un formato alternativo como Braille, letra grande, Disco Compacto (CD) de datos o audio o para solicitar un lector cualificado, puede llamar al 1-844-ALT-FORM (1-844-258-3676). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-716-3676. También puede realizar una solicitud mediante el envío de un fax al 1-844-530-3676, un correo electrónico a **AltFormatRequest@cms.hhs.gov**, o una carta a las Oficinas de Audiencias e Investigaciones (OHI), Attn: Equipo de Formato Alternativo de CMS, 7500 Security boulevard, mail Stop S1-13-25, Baltimore, MD 21244-1850. Los arreglos razonables están disponibles y ofrecidos sin costo alguno para usted. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite **cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice.html** o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-889-4325.

? ¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite **CuidadoDeSalud.gov** o llámenos al **1-800-318-2596**. Para Obtener una Copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-800-318-2596** e informe al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.

ofrece cobertura sustancial de hospital y servicios médicos.