

## Lista de verificación para la solicitud en el Mercado de seguros:

Cuando usted solicita la cobertura en el mercado de seguros de salud, tendrá que proveer cierta información sobre usted y su familia, incluyendo los ingresos, cualquier seguro que usted tiene actualmente y alguna otra información adicional.

Use la siguiente lista para ayudarle a buscar lo que necesita para solicitar la cobertura. La inscripción abierta comienza el 1 de octubre de 2013 y tendrá cobertura comenzando el 1 de enero de 2014. La Inscripción abierta termina el 31 de marzo de 2014.

- ☐ Números de Seguro Social (o números de los documentos para inmigrantes legales)
- ☐ Información sobre su empleador y sus ingresos para todos los miembros de su familia (por ejemplo, comprobantes/talones/recibos de pagos/cheques o Formularios W-2—Declaraciones de ingresos e impuestos)
- ☐ Números de póliza de sus planes de seguro médico actuales
- ☐ **Herramienta de cobertura a través del empleador** completada (vea la página 2 de esta lista de documentos) para cada plan basado y ofrecido por un empleador, para el cual usted o un miembro de su familia sea elegible. (Tendrá que llenar este formulario aunque si es elegible para conseguir la cobertura pero no se inscribió.)

Manténgase informado sobre el Mercado de seguros. Visite la página Web [CuidadoDeSalud.gov/inscribirse](http://CuidadoDeSalud.gov/inscribirse) para recibir actualizaciones por correo electrónico o por texto, que le ayudarán a prepararse para solicitar.



# Herramienta de cobertura del empleador



Use esta herramienta para conseguir respuestas sobre cualquier cobertura médica ofrecida por un empleador para la cual sea elegible (inclusive si es el empleador de otra persona como su padre o cónyuge). Usted necesitará dicha información aun si no acepta la cobertura que el empleador le ofrece. **Escriba su nombre y su Número de Seguro Social en los casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.**



## Información del EMPLEADO

El **empleado** debe llenar esta sección.

1. Nombre (Primer, Segundo y Apellido)

2. Número de Seguro Social

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_



## Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al **empleador**.

3. Nombre

4. Número de Identificación (EIN)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

5. Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará las notificaciones a esta dirección)

6. Teléfono

( ) -

7. Ciudad

8. Estado

9. Código Postal

10. ¿Con quién podemos hablar en esta empresa, sobre la cobertura médica para los empleados?

11. Teléfono (si es diferente al de arriba)

12. Dirección de correo electrónico

13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura médica ofrecida por este empleador, o lo será en los 3 próximos meses?

☐ Sí (Siga)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, entre otros motivos por estar en un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?

\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) (Siga)

☐ No (DETÉNGASE y devuélvale el formulario al empleado)

## Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

☐ Sí. ¿A quién cubre? ☐ Esposo/a ☐ Dependiente(s)

☐ No

(Vaya a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo\*?

☐ Sí (Vaya a la pregunta 15) ☐ No (DETÉNGASE y devuélvale el formulario al empleado)

15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo\* ofrecido solamente al empleador (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuál es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo la paga? ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Trimestral ☐ Anual

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuélvale el formulario al empleado.

16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año?

☐ El empleador no ofrecerá un seguro médico

☐ El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.\* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo la paga? ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Trimestral ☐ Anual

Fecha del cambio (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

\*Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al **1-800-318-2596**. Para conseguir una copia de este formulario en español, llame **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma llame al **1-800-318-2596** y dígaselo al representante de servicio al cliente. Nosotros le ofrecemos asistencia gratis. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-889-4325**.