

APÉNDICE A

Cobertura de salud de empleos

NO debe responder estas preguntas salvo que alguien en el hogar sea elegible para la cobertura de salud de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrece cobertura.

Háblenos sobre el empleo que ofrece cobertura.

Tome la herramienta de cobertura del empleador en la siguiente página para el empleador que ofrece cobertura para ayudarlo a responder estas preguntas. Solo debe incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la herramienta de cobertura del empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Numero de seguridad social del empleado ____-____-_____
--	---

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____-____-_____
-------------------------	--

5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador () -
----------------------------	--

7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal (ZIP)
-----------	-----------	------------------------

10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este empleo?

11. Número de teléfono (si es diferente del de arriba) () -	12. Correo electrónico
---	------------------------

13. ¿Es usted actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o se convertirá en elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si está en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? _____
(mm/dd/aaaa)

Liste los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este empleo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

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

Háblenos sobre el **plan de salud** ofrecido por este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que satisface el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. ¿Para el plan de costo más bajo que satisface el estándar de valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar, y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto debería pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible solo al empleado que satisfaga el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. (Ver pregunta 15).

a. ¿Cuánto deberá pagar el empleado en primas para ese plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

- Un plan de salud patrocinado por el empleador satisface el "estándar mínimo de valor" si la parte del plan de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan no es menor al 60% de tales costos (ver Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Utilice esta herramienta para ayudar a responder las preguntas en el Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud del empleador para la que usted sea elegible (incluso si es del empleo de otra persona, como padre/madre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo coinciden con los casilleros del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe coincidir con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y el número de seguridad social en los casilleros 1 y 2 y pida al empleador que complete el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura de salud.



Información del EMPLEADO

El **empleado** debe completar esta sección.

1. Nombre del empleado (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de seguridad social ____-____-_____
--	--



Información del EMPLEADOR

Pida al **empleador** esta información.

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____-____-_____	
5. Dirección del empleador (el Mercado enviará notificaciones a esta dirección)	6. Número de teléfono del empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal (ZIP)
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este empleo?		
11. Número de teléfono (si es diferente del de arriba) () - _____	12. Correo electrónico	

<p>13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado se convertirá en elegible en los próximos 3 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continúe)</p> <p>13a. Si el empleado no es elegible hoy, inclusive como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo es el empleado elegible para cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continúe)</p> <p><input type="checkbox"/> No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)</p>
--

Háblenos sobre el **plan de salud** ofrecido por este empleador.

¿El empleador ofrece un plan de salud que cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

- Sí. ¿A qué personas? Cónyuge Dependiente(s)
 No. (Vaya a la pregunta 14)

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que satisface el estándar de valor mínimo*?
 Sí (Vaya a la pregunta 15) No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

15. ¿Para el plan de costo más bajo que satisface el estándar de valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar, y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto debería pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

Si el año del plan terminará pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no sabe, DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud
 El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible solo al empleado que satisfaga el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. (Ver pregunta 15).

a. ¿Cuánto deberá pagar el empleado en primas para ese plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador satisface el "estándar mínimo de valor" si la parte del plan de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan no es menor al 60% de tales costos (ver Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.