

Cobertura de Salud de Trabajos

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

Lleve la Solicitud de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

Información del empleado

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado [] [] [] - [] [] - [] [] [] []
--	--

Información del empleador

3. Nombre del patrón	4. Número de Identificación Patronal (EIN) [] [] - [] [] [] [] [] []	
5. Dirección del patrón	6. Número de teléfono del patrón ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
7. Ciudad	8. Estado [] []	9. Código Postal [] [] [] [] [] []
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este patrón, o será elegible en los próximos 3 meses?**

Sí (Continuar)

13a. **Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? (mm/dd/aaaa)**
[] [] / [] [] / [] [] [] []

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

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

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el patrón un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el patrón tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de 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 patrón para el año nuevo del plan? (si se conoce)

El patrón no ofrecerá cobertura de salud

El patrón comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [] [] [] [] [] []

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

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [] [] / [] [] / [] [] [] []

*Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite MarylandHealthConnection.gov o llámenos al **1-855-642-8572**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-642-8572**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-642-8573**.



SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A. **Escriba su nombre y 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 (Vaya a la pregunta 13a.)

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/aaaa) (Vaya a la siguiente pregunta)

No (PARE 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 (PARE 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 cuánto 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 Una vez al mes Trimestral Anual (Continúe)

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE 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 Una vez al mes Trimestral Anual

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [][] / [][] / [][][][]

*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 MarylandHealthConnection.gov o llámenos al **1-855-642-8572**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-642-8572**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-642-8572**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-642-8573**.

Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para Indios, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Indios. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales mensuales para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1		AI/AN PERSONA 2	
1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	Primer nombre	Segundo nombre	Primer nombre	Segundo nombre
	Apellido		Apellido	
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Maryland Children's Health Program (MCHP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen una significancia cultural	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____

Asistencia para Completar esta Solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/> <input type="text"/>

