



A

Cobertura de salud de los trabajos

Usted **NO** tiene que contestar estas preguntas a menos que alguien en su hogar sea elegible para recibir cobertura de salud por el trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos sobre el **trabajo** que ofrece la cobertura.

Para ayudarle a contestar estas preguntas lleve la Herramienta de Cobertura del Empleador, que aparece en la siguiente página, al empleador que ofrece la cobertura. Cuando envíe su solicitud, sólo tiene que incluir esta página, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.

Información sobre el EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Nombre de pila, del Medio, Apellido) _____ 2. Número de la Seguridad Social del empleado ... _____

Información sobre el 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 _____

10. ¿A quien podemos llamar para hablar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo? _____

11. No. teléfono (si es diferente al de arriba) () - _____ 12. Dirección de correo electrónico _____

13. ¿Ud. es actualmente elegible para recibir la cobertura ofrecida por este empleador, o va a ser elegible en los próximos 3 meses? Sí (Continúe)
13a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse para tener cobertura? (mm/dd/aaaa) _____
Líste los nombres de cualesquiera otras personas que sean elegibles para recibir cobertura por parte de este trabajo.
Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____
No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Cuéntenos sobre el plan de salud ofrecido por este empleador.

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 una cobertura de salud a los empleados o a cambiar las primas para el plan más barato disponible solamente para el empleado que satisfaga el estándar del valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento por jubilación, en primas, tendrá que pagar el empleado por ese plan? \$ _____
¿Cuánto, en primas, tendrá que pagar el empleado por ese plan? *
b. ¿Con qué frecuencia? Semana Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual Trimestral
Anual Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador satisface el "estándar del valor mínimo" si la porción del plan, del costo total del beneficio cubierto por el plan, es no menos del 60% de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Recaudación Interna de 1986)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite gateway.ga.gov o llámenos al 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al 1-877-423-4746. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al 1-877-423-4746 y dígame al representante del servicio al cliente qué idioma necesita. Nosotros le conseguiremos ayuda gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-255-0135.





EMPLEADOR

Use esta herramienta para ayudar a contestar las preguntas del Anexo A sobre cualquier cobertura de salud del empleador para

la cual usted es elegible (aún si es por el trabajo de otra persona, como de un padre o esposo). La información que aparece en las casillas numeradas que siguen corresponde a las casillas del Anexo A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe corresponder a la pregunta 14 del Anexo A.

Escriba su nombre y número de Seguridad Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura de salud.

Información sobre el EMPLEADO

El empleado tiene que llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (Nombre de pila, del Medio, Apellido) _____ 2. No. de Seguridad Social _____

Información sobre el EMPLEADOR

Pídale al empleador esta información.

3. Nombre del empleador _____		4. No. de Identificación del empleador (EIN) _____	
5. Dirección del empleador _____		6. Número de teléfono del empleador ()- _____	
7. Ciudad 9. Código postal _____		8. Estado _____	
10. ¿A quién podemos contactar para hablar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo? _____			
11. No. de teléfono (si es diferente al de arriba) 12. Dirección de correo electrónico ()- _____			

13. **¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o va a ser elegible en los próximos 3 meses?**

13a. Si el empleado no es elegible el día de hoy, incluyendo como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo va el empleado a ser elegible?

No (PARE y devuelva este formulario al empleado)

Cuéntenos 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 quién? Cónyuge Dependiente(s)
- No
- (Vaya a la pregunta 14)

15. Para el plan más barato que satisface el estándar del valor mínimo* ofrecido **sólo al empleado** (no incluya planes familiares):

Sí el empleador No

Si el año del plan va a terminar pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos van a cambiar, vaya a la pregunta 16. Si no sabe, PARE 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 una cobertura de salud a los empleados o a cambiar las primas para el plan más barato disponible, solamente para el empleado, que satisfaga el estándar del valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto, en primas, tendrá que pagar el empleado por ese plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Seman al Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensu al Trimestr al Anual

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

* Un plan de salud patrocinado por el empleador satisface el "estándar del valor mínimo" si la porción del plan, del costo total del beneficio cubierto por el plan, es no menos del 60% de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Recaudación Interna de 1986).

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante del servicio al cliente qué idioma necesita. Nosotros le conseguiremos ayuda gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.



