APÉNDICE A

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 siguiente página al trabajo 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 (Nombre, Apellidos)	2. Número de Seguro Social del Empleado ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Información del empleador

3. Nombre de la compañia donde trabaja		4. Número de Identificación del empleador (EIN) ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
5. Dirección		6. Número de teléfono ( ) –
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. Correo electrónico	

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

☐ **Sí** (Continuar)

13 a. Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?(mm/dd/año)_____

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 empleador 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 trabajo tiene programas de bienestar, provea la Cuota 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 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 año nuevo del plan? (si se conoce)

☐ El empleador no ofrecerá cobertura de salud

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

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado para este 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 su empleador. 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 APLICACIÓN? si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL KIDS** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la agencia de **Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us.**

Health Insurance Marketplace

Form Approved
OMB No. 0938-1191

SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud. 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 elegibl**e.

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/año) (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 cuota 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 este plan? **$** _____

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

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 cuota para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (El costo debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto le costará al empleado 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/año) _____

* 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 APLICACIÓN? si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL KIDS** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la agencia de **Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us.**