**تنسيقات ولغات أخرى**
يمكنك الحصول على هذا المستند بلغات أخرى، أو بحروف كبيرة، أو بطريقة برايل، أو بتنسيق آخر مجانًا. يمكنك التواصل مع Explore Health عبر البريد الإلكتروني explore.health@oha.oregon.gov أو الاتصال بالهاتف على الرقم 855-268-3767 (مكالمة صوتية). نقبل جميع مكالمات الترحيل.

# أداة تغطية جهة العمل من Explore Health

استخدم ورقة العمل هذه للمساعدة في جمع معلومات حول أصحاب العمل الذين يقدمون تغطية صحية تقليدية لأي شخص مدرج في طلب Explore Health. أكمل نموذجًا واحدًا لكل جهة عمل توفر تغطية. ستحتاج إلى هذه المعلومات لإكمال طلبك، حتى لو لم يشترك أي شخص في التغطية عن طريق عمله (أو عمل شخص آخر، مثل الزوج/الزوجة أو أحد الوالدين).

لا تستخدم هذا النموذج إذا كان هناك شخص يعمل لدى شركة تقدم مساعدة في دفع تكاليف الخطة الصحية أو مصاريف الرعاية الصحية من خلال ترتيبات السداد بين البنوك المتداخلة في الاعتماد المستندي للرعاية الصحية (HRA).

## الخطوة الأولى: معلومات الموظف

يُرجى تعبئة معلومات الموظف المُقدَّم له تغطية صحية من خلال العمل.

اسم الموظف (الأول، الأوسط، اسم العائلة):

رقم الضمان الاجتماعي:

اذكر الاسم الأول واسم العائلة لكل فرد في أسرة الموظف، ووضّح ما إذا كان بإمكانهم الحصول على تغطية صحية من خلال جهة العمل المذكور في الخطوة 2 أدناه، حتى لو لم يكونوا مسجلين فيها حاليًا. يُرجى إدراج أفراد الأسرة الذين يخطط الموظف لإدراجهم في إقراره الضريبي الفيدرالي للدخل فقط. يمكنك نسخ هذه الصفحة إذا كان عدد أفراد أسرة الموظف يزيد عن ستة (6) أشخاص.

| الاسم | هل هو مؤهل للحصول على التغطية الصحية عن طريق جهة العمل هذه؟ |
|---|---|
| | ☐ نعم ☐ لا |
| | ☐ نعم ☐ لا |
| | ☐ نعم ☐ لا |
| | ☐ نعم ☐ لا |
| | ☐ نعم ☐ لا |

## الخطوة الثانية: معلومات جهة العمل

يمكنك طلب تعبئة الخطوة الثانية من **جهة العمل** .

اسم جهة العمل:

عنوان جهة العمل:
(قد ترسل Explore Health إشعارات إلى هذا العنوان)

المدينة والولاية والرمز البريدي:

الرقم التعريفي لجهة العمل (EIN):

## زودنا بمعلومات عن التغطية الصحية التي تقدمها جهة العمل هذه.

1. **هل تستوفي الخطط التي تقدمها جهة العمل الحد الأدنى لمعايير القيمة؟**
**تستوفي الخطة الصحية الحد الأدنى لمعايير القيمة إذا كانت تغطي 60% على الأقل من إجمالي تكلفة الخدمات الطبية لمجموعة سكانية قياسية، وتقدم تغطية جوهرية لخدمات المستشفيات والأطباء. تستوفي معظم الخطط المستندة إلى العمل الحد الأدنى لمعايير القيمة.**

☐ نعم (انتقل إلى السؤال التالي). ☐ لا (توقف وأعد النموذج إلى الموظف).

☐ تقدم جهة خططًا تستوفي الحد الأدنى لمعايير القيمة للموظف فقط، دون أفراد أسرته. (انتقل إلى السؤال التالي. يمكنك تجاوز الإجابة على السؤال الثالث).

2. **كم سيدفع الموظف لنفسه مقابل الخطة الأقل تكلفة التي تستوفي الحد الأدنى لمعايير القيمة؟**
لا تتضمن الخطط الأسرية. إذا كانت جهة العمل تقدم برامج للصحة، فأدخل القسط الذي سيدفعه الموظف إذا حصل على أقصى خصم متاح لبرامج الإقلاع عن التبغ، ولم يحصل على أي خصومات أخرى قائمة على برامج الصحة.

سيدفع الموظف هذا القسط: $

سيدفع الموظف هذا القسط:

☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين
☐ مرتان في الشهر ☐ شهريًا
☐ ربع سنويًا ☐ سنويًا

3. إذا تم إدراج أفراد آخرين من الأسرة في الخطوة الأولى: كم سيدفع الموظف مقابل الخطة الأقل تكلفة التي تغطي الموظف وأفراد الأسرة المدرجين في الخطوة الأولى؟
إذا كانت جهة العمل تقدم برامج للصحة، فأدخل القسط الذي سيدفعه الموظف إذا حصل على أقصى خصم متاح لبرامج الإقلاع عن التبغ، ولم يحصل على أي خصومات أخرى قائمة على برامج الصحة.

سيدفع الموظف هذا القسط: $

سيدفع الموظف هذا القسط:

☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين
☐ مرتان في الشهر ☐ شهريًا
☐ ربع سنويًا ☐ سنويًا

OREGON HEALTH AUTHORITY
EXPLORE HEALTH

**Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace**
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (تقبل مكالمات الترحيل)
ExploreHealthOR.gov