Andere Formate und Sprachen
Sie können dieses Dokument kostenlos in anderen Sprachen, als Großdruck, in Brailleschrift oder in einem von Ihnen bevorzugten Format erhalten. Wenden Sie sich unter explore.health@oha.oregon.gov oder 855-268-3767 (Telefon) an Explore Health. Wir nehmen alle Anrufe über Relay-Dienste an.

Explore Health – Tool für die Krankenversicherung über den Arbeitgeber

Verwenden Sie dieses Arbeitsblatt, um Informationen über Arbeitgeber zusammenzutragen, die den Personen in Ihrem Explore-Health-Antrag eine herkömmliche Krankenversicherung anbieten. Füllen Sie für jeden Arbeitgeber, der eine Krankenversicherung anbietet, ein Formular aus. Sie benötigen diese Informationen zum Ausfüllen Ihres Antrags, selbst wenn keine Person über ihren Arbeitsplatz (oder den Arbeitsplatz einer anderen Person, z. B. eines Ehepartners oder Elternteils) eine Versicherung abschließt.

Verwenden Sie dieses Formular nicht, wenn eine Person für ein Unternehmen arbeitet, das über ein Health Reimbursement Arrangement (HRA) Unterstützung bei der Bezahlung eines Versicherungsplans oder von Gesundheitsausgaben anbietet.

Schritt 1: Angaben zur Arbeitnehmerin bzw. zum Arbeitnehmer

Geben Sie die Informationen für die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer an, der bzw. dem eine Krankenversicherung über den Arbeitgeber angeboten wird.

Name der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Geben Sie die Vor- und Nachnamen aller Personen im Haushalt der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers an und teilen Sie uns mit, ob sie über den unten in Schritt 2 genannten Arbeitgeber eine Krankenversicherung erhalten könnten, auch wenn sie derzeit nicht versichert sind. Geben Sie nur Haushaltsmitglieder an, die die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer in seine Einkommensteuererklärung des Bundes aufnehmen möchte. Sie können eine Kopie dieser Seite anfertigen, wenn der Haushalt der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers mehr als sechs (6) Personen umfasst.

Name	Anspruchsberechtigt für eine Krankenversicherung über diesen Arbeitgeber?

_____ ☐ Ja ☐ Nein

_____ ☐ Ja ☐ Nein

_____ ☐ Ja ☐ Nein

_____ ☐ Ja ☐ Nein

_____ ☐ Ja ☐ Nein

Schritt 2: Angaben zum Arbeitgeber

Sie können den **Arbeitgeber** bitten, Schritt 2 auszufüllen.

Name des Arbeitgebers: _____

Adresse des Arbeitgebers:
(Explore Health kann Mitteilungen an diese Adresse senden.) _____

Stadt, Bundesstaat und Postleitzahl: _____

Identifikationsnummer des Arbeitgebers (Employer Identification Number, EIN): _____

Angaben zu der vom Arbeitgeber angebotenen Krankenversicherung

1. **Erfüllen die vom Arbeitgeber angebotenen Versicherungspläne den Mindestwertstandard?**
   Ein Versicherungsplan erfüllt den Mindestwertstandard, wenn er mindestens 60 % der Gesamtkosten für medizinische Leistungen für eine Standardpopulation übernimmt und einen wesentlichen Versicherungsschutz für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen bietet. Die meisten Versicherungspläne über den Arbeitgeber erfüllen den Mindestwertstandard.

☐ Ja (weiter mit der nächsten Frage.) ☐ Nein (BEENDEN und Formular an die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer zurückgeben.)

☐ Der Arbeitgeber bietet nur der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer Versicherungspläne an, die den Mindestwertstandard erfüllen, nicht jedoch dessen Familienmitgliedern. (Weiter mit der nächsten Frage. Sie müssen Frage 3 nicht beantworten.)

2. **Wie viel würde die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer für sich selbst für den kostengünstigsten Versicherungsplan zahlen, der den Mindestwertstandard erfüllt?**
   Berücksichtigen Sie keine Versicherungspläne für Familien. Wenn der Arbeitgeber Wellnessprogramme anbietet, geben Sie den Beitrag an, den die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer zahlen würde, wenn sie bzw. er den maximalen Rabatt für Programme zur Tabakentwöhnung erhalten und keine anderen Rabatte aufgrund von Wellnessprogrammen erhalten würde.

   Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer würde folgenden Beitrag zahlen: $ _____

Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer würde folgenden Beitrag zahlen:	☐ Wöchentlich ☐ Zweimal im Monat ☐ Vierteljährlich	☐ Alle zwei Wochen ☐ Monatlich ☐ Jährlich

3. Wenn in Schritt 1 weitere Haushaltsmitglieder aufgeführt sind: Wie viel würde die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer für den kostengünstigsten Versicherungsplan zahlen, der die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer und die in Schritt 1 aufgeführten Haushaltsmitglieder abdeckt?
   Wenn der Arbeitgeber Wellnessprogramme anbietet, geben Sie den Beitrag an, den die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer zahlen würde, wenn sie bzw. er den maximalen Rabatt für Programme zur Tabakentwöhnung erhalten und keine anderen Rabatte aufgrund von Wellnessprogrammen erhalten würde.

Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer würde folgenden Beitrag zahlen:	$	
Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer würde folgenden Beitrag zahlen:	☐ Wöchentlich ☐ Zweimal im Monat ☐ Vierteljährlich	☐ Alle zwei Wochen ☐ Monatlich ☐ Jährlich

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Anrufe über einen Relay-Dienst werden angenommen)
ExploreHealthOR.gov