기타 형식 및 언어

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 원하는 형식으로 무료로 받아볼 수 있습니다. Explore Health에 explorehealth@oha.oregon.gov 또는 855-268-3767번(음성)으로 문의해 주십시오. 저희는 청각 장애인을 위한 모든 통신중계서비스를 허용합니다.

Explore Health 직장 건강보험 도구(Explore Health Employer Coverage Tool)

이 워크시트를 사용하여 귀하의 Explore Health 신청서에 기재된 사람에게 전통적인 건강보험을 제공하는 고용주에 대한 정보를 수집하십시오. 건강보험을 제공하는 각 고용주마다 하나의 양식을 작성하십시오. 아무도 본인의 직장(또는 배우자나 부모와 같은 다른 사람의 직장)을 통해 건강보험에 가입하지 않더라도 신청서를 완료하려면 이 정보가 필요합니다.

누군가가 의료비 환급 제도(HRA)를 통해 건강보험 플랜이나 의료비 지불을 지원하는 사업체에서 일하는 경우 이 양식을 사용하지 마십시오.

1단계: 직원 정보

직장 기반 건강보험을 제공받는 직원의 정보를 입력하십시오.

직원 이름(이름, 중간 이름, 성): _____

사회보장번호: _____

직원의 가구 내 각 사람의 이름과 성을 나열하고, 현재 가입되어 있지 않더라도 아래 2단계에 명시된 고용주를 통해 건강보험을 받을 수 있는지 여부를 알려주십시오. 직원이 연방 소득세 신고서에 포함할 계획인 가구 구성원만 나열하십시오. 직원의 가구원이 여섯(6) 명 이상인 경우 이 페이지를 복사하여 사용할 수 있습니다.

이름	이 고용주를 통한 건강보험 가입 자격이 있습니까?
_____	☐ 예 ☐ 아니요
_____	☐ 예 ☐ 아니요
_____	☐ 예 ☐ 아니요
_____	☐ 예 ☐ 아니요
_____	☐ 예 ☐ 아니요

2단계: 고용주 정보

고용주에게 2단계를 작성해 달라고 요청할 수 있습니다.

고용주 이름: _____

고용주 주소:
(Explore Health에서 이 주소로 통지를 보낼 수 있음) _____

도시, 주, 우편번호: _____

고용주 식별번호(EIN): _____

이 고용주가 제공하는 건강보험에 대해 알려주십시오.

1. **고용주가 제공하는 플랜이 최소 가치 기준(minimum value standard)을 충족합니까?**
   표준 인구에 대한 총 의료 서비스 비용의 60% 이상을 지불하고 병원 및 의사 서비스에 대해 상당한 보장을 제공하는 건강보험 플랜은 최소 가치 기준을 충족합니다. 대부분의 직장 기반 플랜은 최소 가치 기준을 충족합니다.

☐ 예(다음 질문으로 이동하십시오.) ☐ 아니요(중단하고 양식을 직원에게 돌려주십시오.)

☐ 고용주는 직원의 가족 구성원이 아닌 직원에게만 최소 가치 기준을 충족하는 플랜을 제공합니다. (다음 질문으로 이동하십시오. 질문 3에 답변할 필요가 없습니다.)

2. **최소 가치 기준을 충족하는 가장 저렴한 플랜에 대해 직원이 본인을 위해 지불해야 하는 금액은 얼마입니까?**
   가족 플랜은 포함하지 마십시오. 고용주가 웰니스(wellness) 프로그램을 제공하는 경우, 직원이 금연 프로그램에 대한 최대 할인을 받고 웰니스 프로그램에 따른 다른 할인은 받지 않았다고 가정할 때 직원이 지불할 보험료를 입력하십시오.

   직원이 납부하는 보험료: $ _____

   직원이 이 보험료를 지불하는 주기:

   ☐ 주 단위 ☐ 2주에 1회
   ☐ 월 2회 ☐ 월 단위
   ☐ 분기 단위 ☐ 연 단위

3. 1단계에 다른 가구 구성원이 나열된 경우: 직원과 1단계에 나열된 가구 구성원을 보장하는 가장 저렴한 플랜에 대해 직원이 지불해야 하는 금액은 얼마입니까?
   고용주가 웰니스(wellness) 프로그램을 제공하는 경우, 직원이 금연 프로그램에 대한 최대 할인을 받고 웰니스 프로그램에 따른 다른 할인은 받지 않았다고 가정할 때 직원이 지불할 보험료를 입력하십시오.

   직원이 납부하는 보험료: $ _____

직원이 이 보험료를 지불하는 주기:

☐ 주 단위
☐ 2주에 1회
☐ 월 2회
☐ 월 단위
☐ 분기 단위
☐ 연 단위

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767(청각 장애인을 위한 통신중계서비스 이용 환영)
ExploreHealthOR.gov