Другие форматы и языки
Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с Explore Health по адресу эл. почты explorehealth@oha.oregon.gov или по телефону 855-268-3767 (голосовая связь). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.

Инструмент Explore Health для расчета страхового покрытия, предоставляемого работодателем

Используйте этот рабочий листок, чтобы собрать информацию о работодателях, которые предлагают стандартное медицинское страхование любому лицу, указанному в вашей заявке в Explore Health. Заполните по одной форме для каждого работодателя, предоставляющего страховое покрытие. Эта информация понадобится вам для заполнения заявки, даже если ни одно из указанных в заявке лиц не застраховано по месту работы (или по месту работы другого человека, например супруга или родителя).

Не используйте эту форму, если кого-то из указанных лиц работает в компании, которая предлагает помощь в оплате медицинского страхования или расходов на медицинское обслуживание в рамках программы возмещения медицинских расходов (Health Reimbursement Arrangement, HRA).

Шаг 1. Сведения о сотрудниках

Введите данные о сотруднике, которому предлагается медицинская страховка, предоставляемая работодателем.

Ф. И. О. сотрудника (имя, отчество, фамилия): _____

Номер социального страхования: _____

Укажите имена и фамилии всех членов домохозяйства этого сотрудника и сообщите, могут ли они получить медицинскую страховку через работодателя, указанного в Шаге 2 ниже, даже если в настоящее время они не застрахованы. Укажите только тех членов семьи, которых сотрудник планирует включить в свою федеральную налоговую декларацию о доходах. Если в семье сотрудника проживает более 6 (шести) человек, вы можете сделать копию этой страницы.

Имя и фамилия	Соответствует ли критериям для получения медицинского страхования через этого работодателя?
	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет
	☐ Да ☐ Нет

Шаг 2. Информация о работодателе

Вы можете попросить **работодателя** заполнить информацию в Шаге 2.

Имя и фамилия работодателя: _____

Адрес работодателя:
(Explore Health может отправлять уведомления на этот адрес) _____

Город, штат и почтовый индекс: _____

Идентификационный номер работодателя (EIN): _____

Расскажите нам о программе медицинского страхования, предлагаемой этим работодателем.

1. **Обеспечивают ли планы, предлагаемые работодателем, соблюдение стандарта минимального страхового покрытия?**
   План медицинского страхования обеспечивает стандарт минимального страхового покрытия, если он оплачивает не менее 60% от общей стоимости медицинских услуг для обычного населения и обеспечивает существенное покрытие расходов на стационарное лечение и услуги врачей. Большинство программ страхования, предоставляемых работодателями, соответствуют стандарту минимального страхового покрытия.

☐ Да (перейдите к следующему вопросу.) ☐ Нет (ОСТАНОВИТЕСЬ и верните форму сотруднику.)

☐ Работодатель предлагает планы, соответствующие стандарту минимального страхового покрытия, только самому сотруднику, но не членам его семьи. (Перейдите к следующему вопросу. На вопрос № 3 отвечать не нужно.)

2. **Какую сумму должен будет заплатить работник из собственных средств за самый недорогой план, соответствующий стандарту минимального страхового покрытия?**
   Не включайте семейные планы. Если работодатель предлагает оздоровительные программы, укажите размер страхового взноса, который работник должен был бы уплатить в случае

получения максимальной скидки по любой программе помощи в отказе от курения и при отсутствии каких-либо других скидок в рамках оздоровительных программ.

Сотрудник будет оплачивать такой страховой взнос: $ _____

Сотрудник будет оплачивать такой страховой взнос:

☐ Еженедельно ☐ Каждые две недели
☐ Два раза в месяц ☐ Ежемесячно
☐ Ежеквартально ☐ Ежегодно

3. Если в пункте 1 указаны другие члены домохозяйства: Какую сумму должен будет заплатить работник за самый недорогой план, обеспечивающий страховое покрытие для самого работника и членов его домохозяйства, указанных в Шаге 1?
Если работодатель предлагает оздоровительные программы, укажите размер страхового взноса, который работник должен был бы уплатить в случае получения максимальной скидки по любой программе помощи в отказе от курения и при отсутствии каких-либо других скидок в рамках оздоровительных программ.

Сотрудник будет оплачивать такой страховой взнос: $ _____

Сотрудник будет оплачивать такой страховой взнос:

☐ Еженедельно ☐ Каждые две недели
☐ Два раза в месяц ☐ Ежемесячно
☐ Ежеквартально ☐ Ежегодно

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (принимаются ретрансляционные звонки)
ExploreHealthOR.gov