其他格式和语言

您可免费获取使用其他语言、大号字体、盲文或您首选格式编写的本文件。请发送电子邮件至 explorehealth@oha.oregon.gov 或拨打 855-268-3767（语音电话）联系 Explore Health。我们接受所有中继电话。

Explore Health 雇主医疗保险信息表

请使用此表格收集相关雇主的信息，这些雇主向您的 Explore Health 申请表中所列的任何人员提供传统医疗保险。请为每个提供医疗保险的雇主分别填写一份表格。您需要提供这些信息才能完成申请，即使没有任何人通过自己的工作（或他人的工作，例如配偶或父母的工作）参加医疗保险。

如果有人就职的企业通过健康费用报销安排 (HRA) 帮助支付医疗保险计划或医疗保健费用，请勿使用此表格。

步骤 1：雇员信息

请填写获得雇主医疗保险的雇员信息。

雇员姓名（名、中间名、姓）：_____

社会安全号码：_____

请列出雇员家庭中每个人的名和姓，并说明他们是否可以通过下方第 2 步中所列的雇主获得医疗保险，即使他们目前并未参保。请仅列出雇员计划在其联邦所得税申报表中申报的家庭成员。如果雇员的家庭成员超过六（6）人，可以复印本页继续填写。

姓名	是否有资格通过该雇主获得医疗保险？
	☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否
	☐ 是 ☐ 否

步骤 2：雇主信息

您可以请**雇主**填写步骤 2。

雇主名称：

雇主地址：

（Explore Health 可能会将通知寄送至此地址）

城市、州和邮政编码：

雇主识别号码 (EIN)：

请提供该雇主所提供医疗保险的相关信息。

1. **该雇主提供的保险计划是否符合最低价值标准？**

   如果医疗保险计划为标准人群支付至少 60% 的医疗服务总费用，并为医院和医生服务提供充分保障，则该计划符合最低价值标准。大多数雇主提供的医疗保险计划都符合最低价值标准。

☐ 是（请继续回答下一题。）　　☐ 否（请停止填写，并将表格交还给雇员。）

☐ 雇主仅向雇员本人提供符合最低价值标准的保险计划，不向雇员的家庭成员提供此类计划。（请继续回答下一题。您无需回答第 3 题。）

2. **对于符合最低价值标准且费用最低的保险计划，仅为雇员本人投保时，雇员需要支付多少费用？**

   请勿包括家庭保险计划。如果雇主提供健康促进计划，请填写以下情况下雇员需要支付的保费：雇员获得戒烟计划提供的最高折扣，但未获得其他健康促进计划提供的任何折扣。

   雇员需支付的保费：　$

   雇员需支付的保费：

   ☐ 每周　☐ 每两周

   ☐ 每月两次　☐ 每月

   ☐ 每季度　☐ 每年

3. 如果步骤 1 中列出了其他家庭成员：对于同时保障雇员本人及步骤 1 中所列家庭成员且费用最低的保险计划，雇员需要支付多少费用？

   如果雇主提供健康促进计划，请填写以下情况下雇员需要支付的保费：雇员获得戒烟计划提供的最高折扣，但未获得其他健康促进计划提供的任何折扣。

   雇员需支付的保费：　$

   雇员需支付的保费：

   ☐ 每周　☐ 每两周

   ☐ 每月两次　☐ 每月

   ☐ 每季度　☐ 每年

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767（欢迎使用中继服务来电）

ExploreHealthOR.gov