Otros formatos e idiomas
Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con Explore Health por correo electrónico a explorehealth@oha.oregon.gov o por teléfono al 855-268-3767 (voz). Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Herramienta de cobertura del empleador de Explore Health

Utilice esta hoja de recopilación de información sobre los empleadores que ofrecen cobertura de salud tradicional a cualquier persona incluida en su solicitud de Explore Health. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca cobertura. Esta información es necesaria para completar su solicitud, incluso si nadie se inscribe en la cobertura a través de su trabajo (o del trabajo de otra persona, como su cónyuge o uno de sus padres).

No utilice este formulario si alguien trabaja para una empresa que ofrece ayuda para pagar un plan de salud o gastos de atención médica mediante un acuerdo de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA).

Paso 1: Información del empleado

Complete la información del empleado al que se le ofrece cobertura de salud a través del empleo.

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____

Número de Seguro Social: _____

Indique el nombre y apellido de cada persona del hogar del empleado e indique si pudieran obtener cobertura de salud a través del empleador mencionado en el paso 2 a continuación, aunque actualmente no estén inscritos. Indique únicamente a los miembros del hogar que el empleado tenga previsto incluir en su declaración federal de impuestos sobre los ingresos. Puede hacer una copia de esta página si hay más de seis (6) personas en el hogar del empleado.

Nombre	¿Es elegible para recibir cobertura de salud a través de este empleador?
_____	☐ Sí ☐ No
_____	☐ Sí ☐ No
_____	☐ Sí ☐ No
_____	☐ Sí ☐ No
_____	☐ Sí ☐ No

Paso 2: Información sobre el empleador

Puede pedirle al **empleador** que complete el paso 2.

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador:
(Es posible que Explore Health envíe notificaciones a esta dirección) _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de identificación del empleador
(Employer Identification Number, EIN): _____

Indíquenos qué cobertura de salud ofrece este empleador.

1. **¿Cumplen los planes que ofrece el empleador con el estándar de valor mínimo?**
   Un plan de salud cumple el estándar de valor mínimo si cubre al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de los servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el trabajo cumplen con el estándar de valor mínimo.
   ☐ Sí (Pase a la siguiente pregunta). ☐ No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.)

   ☐ El empleador ofrece planes que cumplen el estándar de valor mínimo únicamente al empleado, pero no a los miembros de su familia. (Pase a la siguiente pregunta. No es necesario que responda a la pregunta 3).

2. **¿Cuánto pagaría el empleado por su propia cobertura con el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo?**
   No incluya los planes familiares. Si el empleador ofrece programas de bienestar, indique la prima que pagaría el empleado si obtuviera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

   El empleado pagaría esta prima: $ _____

   El empleado pagaría esta prima:
   ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas
   ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual
   ☐ Trimestral ☐ Anual

3. Si hay otros miembros del hogar incluidos en el paso 1: ¿cuánto pagaría el empleado por el plan más económico que cubra al empleado y a los miembros del hogar indicados en el paso 1?
   Si el empleador ofrece programas de bienestar, indique la prima que pagaría el empleado si obtuviera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

   El empleado pagaría esta prima: $ _____

   El empleado pagaría esta prima:
   ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas
   ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual
   ☐ Trimestral ☐ Anual

Explore Health: Mercado de Seguros Médicos de Oregon
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Se aceptan llamadas por servicio de retransmisión)
ExploreHealthOR.gov

OREGON HEALTH AUTHORITY

EXPLORE HEALTH