Iba pang mga format at mga wika
Maaari mong makuha ang dokumentong ito sa ibang mga wika, malalaking titk, braille o sa format na gusto mo, nang libre. Kontakin ang Explore Health sa explorehealth@oha.oregon.gov o 855-268-3767 (sa boses). Tinatanggap namin ang lahat ng relay na tawag.

Kasangkapan para sa Pagsaklaw ng Tagapag-empleyo ng Explore Health

Gamitin ang worksheet na ito upang makatulong sa pangangalap ng impormasyon tungkol sa mga tagapag-empleyo na nag-aalok ng tradisyonal na pagsaklaw ng kalusugan sa sinumang nasa iyong aplikasyon sa Explore Health. Kumpletuhin ang isang form para sa bawat tagapag-empleyo na nag-aalok ng pagsaklaw. Kakailanganin mo ang impormasyong ito upang makumpleto ang iyong aplikasyon, kahit na walang sinumang nagpapatala para sa pagsaklaw ng kanilang trabaho (o ng trabaho ng ibang tao, tulad ng asawa o magulang).

Huwag gamitin ang form na ito kung may nagtatrabaho para sa isang negosyo na nag-aalok ng tulong sa pagbabayad para sa isang planong pangkalusugan o mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng isang Health Reimbursement Arrangement (HRA).

Hakbang 1: Impormasyon ng empleyado

Punan ang impormasyon para sa empleyadong inaalok ng pagsaklaw sa kalusugan na nakabatay sa trabaho.

Pangalan ng Empleyado (Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido): _____

Numero ng Social Security: _____

Ilista ang mga pangalan at apelyido ng bawat tao sa sambahayan ng empleyado at sabihin sa amin kung maaari silang makakuha ng pagsaklaw sa kalusugan ng tagapag-empleyo na nakapangalan sa Hakbang 2 sa ibaba, kahit na hindi sila kasalukuyang nakatala. Ilista lamang ang mga miyembro ng sambahayan na planong isama ng empleyado sa kanilang tax return ng kita sa pederal. Maaari kang gumawa ng kopya ng pahinang ito kung mayroong higit sa anim (6) na tao sa sambahayan ng empleyado.

Pangalan	Karapat-dapat para sa pagsaklaw sa kalusugan ng tagapag-empleyo na ito?
_____	☐ Oo ☐ Hindi
_____	☐ Oo ☐ Hindi
_____	☐ Oo ☐ Hindi

_____ ☐ Oo ☐ Hindi

_____ ☐ Oo ☐ Hindi

Hakbang 2: Impormasyon ng tagapag-empleyo

Maaari mong hilingin sa **tagapag-empleyo** na punan ang Hakbang 2.

Pangalan ng Tagapag-empleyo: _____

Address ng Tagapag-empleyo:
(Maaaring magpadala ang Explore Health ng mga abiso sa address na ito) _____

Lungsod, Estado at ZIP code: _____

Numerong Pagkakakilanlan ng Tagapag-empleyo (EIN): _____

Sabihin sa amin ang tungkol sa pagsaklaw sa kalusugan na iniaalok ng tagapag-empleyong ito.

1. **Natutugunan ba ng mga planong iniaalok ng tagapag-empleyo ang pamantayan ng pinakamababang halaga?**
   Natutugunan ng isang planong pangkalusugan ang pamantayan ng pinakamababang halaga kung nagbabayad ito ng hindi bababa sa 60% ng kabuuang halaga ng mga serbisyong medikal para sa isang karaniwang populasyon at nag-aalok ng malaking pagsaklaw sa mga serbisyo sa ospital at doktor. Karamihan sa mga planong nakabatay sa trabaho ay nakakatugon sa pamantayan ng pinakamababang halaga.

☐ Oo (Pumunta sa susunod na tanong.) ☐ Hindi (HUMINTO at ibalik ang form sa empleyado.)

☐ Nag-aalok ang tagapag-empleyo ng mga planong nakakatugon sa pamantayan ng pinakamababang halaga para lamang sa empleyado, ngunit hindi sa mga miyembro ng pamilya ng empleyado. (Pumunta sa susunod na tanong. Hindi mo kailangang sagutin ang Tanong 3.)

2. **Magkano ang babayaran ng empleyado para sa kanilang sarili para sa pinakamababang halaga ng plano na nakakatugon sa pamantayan ng pinakamababang halaga?**
   Huwag isama ang mga plano para sa pamilya. Kung ang tagapag-empleyo ay nag-aalok ng mga para sa kagalingan na programa, ilagay ang premium na babayaran ng empleyado kung nakakuha ang empleyado ng pinakamalaking diskwento para sa anumang programa sa pagtigil sa paninigarilyo at hindi nakatanggap ng anumang iba pang diskwento batay sa mga para sa kagalingan na programa.

Babayaran ng empleyado ang premium na ito:	$ _____	
Babayaran ng empleyado ang premium na ito:	☐ Lingguhan ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Minsan sa tatlong buwan	☐ Kada Dalawang Linggo ☐ Buwanan ☐ Taunan

3. Kung ang ibang miyembro ng sambahayan ay nakalista para sa Hakbang 1: Magkano ang babayaran ng empleyado para sa pinakamababang halaga ng plano na sumasaklaw sa empleyado at sa mga miyembro ng sambahayan na nakalista sa Hakbang 1?
   Kung ang tagapag-empleyo ay nag-aalok ng mga para sa kagalingan na programa, ilagay ang premium na babayaran ng empleyado kung nakakuha ang empleyado ng pinakamalaking diskwento para sa anumang programa sa pagtigil sa paninigarilyo at hindi nakatanggap ng anumang iba pang diskwento batay sa mga para sa kagalingan na programa.

Babayaran ng empleyado ang premium na ito:	$	
Babayaran ng empleyado ang premium na ito:	☐ Lingguhan ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Minsan sa tatlong buwan	☐ Kada Dalawang Linggo ☐ Buwanan ☐ Taunan

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Tinatanggap ang mga relay na tawag)
ExploreHealthOR.gov

OREGON HEALTH AUTHORITY
EXPLORE HEALTH