其他格式及語言

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。如欲聯絡 Explore Health，可發送電郵至 explorehealth@oha.oregon.gov 或致電 855-268-3767（語音）。我們接受所有轉駁電話。

Explore Health 僱主保險工具

使用此工作表，以協助收集有關向您 Explore Health 申請表上任何人士提供傳統醫療保險的僱主資料。每個提供保險的僱主須填寫一份表格。即使無人透過其工作（或他人的工作，例如配偶或父母）登記，您仍需要此資料來完成申請。

如任何人受僱於經由健康報銷安排(HRA)提供醫療保險或醫療開支資助的企業，請勿使用此表格。

第 1 步：僱員資料

請填寫獲提供僱員醫療保險的員工資料。

僱員姓名（名字、中間名、姓氏）：_____

社會保障號碼：_____

列出僱員家庭中每位成員的姓名，並指出其能否經由下方第 2 部分指定的僱主獲得醫療保險，即使其現時未有投保亦然。只列出僱員計劃納入聯邦所得稅報稅表的家庭成員。如僱員家庭多於六(6)人，可影印此頁。

姓名	是否合資格經由此僱主獲取醫療保險？
_____	☐ 是 ☐ 否
_____	☐ 是 ☐ 否
_____	☐ 是 ☐ 否
_____	☐ 是 ☐ 否
_____	☐ 是 ☐ 否

第 2 步：僱主資料

您可以要求**僱主**填寫第 2 步。

僱主名稱：_____

僱主地址：_____

（Explore Health 可能將通知發送至此地址）

城市、州和郵政編碼：

僱主識別編號(EIN)：

請提供此僱主提供的醫療保險資料。

1. **僱主提供的計劃是否符合最低價值標準？**
   如健康計劃為標準人群支付至少 60% 的醫療服務總費用，並提供醫院和醫生服務的實質承保，則該計劃符合最低價值標準。大多數僱員醫療保險計劃均符合最低價值標準。

☐ 是（前往下一題。）　　☐ 否（停止並將表格交回給僱主。）

☐僱主只向員工提供符合最低價值標準的計劃，但不向其家人提供。（前往下一題。您不用回答第 3 題。）

2. **僱員為自己投保符合最低價值標準的最低費用計劃須繳付多少？**
   不要包括家庭計劃。如僱主提供健康計劃，請填寫僱員在獲取戒煙計劃最高折扣，且未有因健康計劃獲得其他折扣的情況下所須繳付的保費。

僱員將支付此保費：　$

僱員將支付此保費：

☐ 每星期　☐ 每兩週
☐ 每月兩次　☐ 每月
☐ 每季　☐ 每年

3. 如第 1 步中列出了其他家庭成員：僱員為承保其我及第 1 步所列家庭成員的最低費用計劃須繳付多少？
   如僱主提供健康計劃，請填寫僱員在獲取戒煙計劃最高折扣，且未有因健康計劃獲得其他折扣的情況下所須繳付的保費。

僱員將支付此保費：　$

僱員將支付此保費：

☐ 每星期　☐ 每兩週
☐ 每月兩次　☐ 每月
☐ 每季　☐ 每年

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767（接聽轉駁來電）
ExploreHealthOR.gov