Інші формати та мови
Ви можете безкоштовно отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Зверніться до Explore Health за адресою explorehealth@oha.oregon.gov або 855-268-3767 (голосовий зв'язок). Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

Інструмент Explore Health для визначення страхового покриття, що надається роботодавцем

Використовуйте цей бланк, щоб зібрати інформацію про роботодавців, які пропонують традиційне медичне страхове покриття будь-кому із заявників, зазначених у Вашій заявці до Explore Health. Заповніть одну форму для кожного роботодавця, який пропонує страхове покриття. Ця інформація буде потрібна Вам для заповнення заявки, навіть якщо ніхто не оформлює страхове покриття через своє місце роботи (або місце роботи іншої особи, наприклад чоловіка/дружини чи одного з батьків).

Не використовуйте цю форму, якщо хтось працює в компанії, яка надає допомогу в оплаті медичного страхового плану або витрат на медичне обслуговування через Механізм відшкодування витрат на медичне обслуговування (Health Reimbursement Arrangement, HRA).

Крок 1: Інформація про працівника

Заповніть інформацію про працівника, якому пропонується медичне страхове покриття через роботодавця.

Повне ім'я працівника (прізвище, ім'я та по батькові): _____

Номер соціального страхування: _____

Зазначте ім'я та прізвище кожної особи, яка входить до домогосподарства працівника, і повідомте нам, чи може вона отримати медичне страхове покриття через роботодавця, зазначеного нижче в Кроці 2, навіть якщо наразі вона не зареєстрована для отримання такого покриття. Зазначайте лише тих членів домогосподарства, яких працівник планує включити до своєї федеральної податкової декларації. Якщо в домогосподарстві працівника більше шести (6) осіб, Ви можете зробити копію цієї сторінки.

Повне ім'я	Чи має право на медичне страхове покриття від цього роботодавця?

_____ ☐ Так ☐ Ні

_____ ☐ Так ☐ Ні

_____ ☐ Так ☐ Ні

_____ ☐ Так ☐ Ні

_____ ☐ Так ☐ Ні

Крок 2: Інформація про роботодавця

Ви можете попросити **роботодавця** заповнити Крок 2.

П.І.Б. роботодавця: _____

Адреса роботодавця:
(Explore Health може надсилати повідомлення на цю адресу) _____

Місто, штат, поштовий індекс: _____

Ідентифікаційний номер роботодавця (EIN): _____

Надайте інформацію про медичне страхове покриття, яке пропонує цей роботодавець.

1. **Чи відповідають плани, запропоновані роботодавцем, стандарту мінімальної вартості?**
   Медичний страховий план відповідає стандарту мінімальної вартості, якщо він покриває щонайменше 60 % загальної вартості медичних послуг для стандартної групи населення та забезпечує суттєве покриття послуг у лікарні й лікаря. Більшість планів, що надаються через роботодавця, відповідають стандарту мінімальної вартості.

☐ Так (Перейдіть до наступного запитання.) ☐ Ні (ЗУПИНІТЬСЯ та поверніть форму працівнику.)

☐ Роботодавець пропонує плани, які відповідають стандарту мінімальної вартості, лише для працівника, але не для членів його сім'ї. (Перейдіть до наступного запитання. Вам не потрібно відповідати на Запитання 3.)

2. **Скільки працівник сплачував би за себе за найдешевший план, який відповідає стандарту мінімальної вартості?**
   Не включайте сімейні плани. Якщо роботодавець пропонує програми заохочення здорового способу життя, зазначте страховий внесок, який працівник сплачував би, якби отримав максимальну знижку за участь у будь-яких програмах відмови від тютюну та не отримував жодних інших знижок, пов'язаних із програмами заохочення здорового способу життя.

Працівник сплачував би це страховий внесок: $ _____

Працівник сплачував би це страховий внесок:

☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні
☐ Двічі на місяць ☐ Щомісяця
☐ Щоквартально ☐ Щорічно

3. Якщо інші члени домогосподарства вказані для Кроку 1: Скільки працівник сплачував би за найдешевший план, який забезпечує страхове покриття для працівника та членів його домогосподарства, зазначених у Кроці 1?
   Якщо роботодавець пропонує програми заохочення здорового способу життя, зазначте страховий внесок, який працівник сплачував би, якби отримав максимальну знижку за участь у будь-яких програмах відмови від тютюну та не отримував жодних інших знижок, пов'язаних із програмами заохочення здорового способу життя.

Працівник сплачував би це страховий внесок:	$	
Працівник сплачував би це страховий внесок:	☐ Щотижня	☐ Кожні два тижні
	☐ Двічі на місяць	☐ Щомісяця
	☐ Щоквартально	☐ Щорічно

Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (дзвінки через службу ретрансляції приймаються)
ExploreHealthOR.gov