Các định dạng và ngôn ngữ khác
Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng các ngôn ngữ khác, bản in chữ lớn, chữ nổi braille hoặc định dạng quý vị muốn hoàn toàn miễn phí. Liên lạc với Explore Health theo địa chỉ explorehealth@oha.oregon.gov hoặc 855-268-3767 (thoại). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Công cụ tìm kiếm thông tin bảo hiểm do chủ lao động cung cấp của Explore Health

Sử dụng bảng tính này để giúp thu thập thông tin về các chủ lao động cung cấp bảo hiểm y tế truyền thống cho bất kỳ ai có tên trong đơn đăng ký Explore Health của quý vị. Điền một mẫu cho mỗi chủ lao động cung cấp bảo hiểm. Quý vị sẽ cần thông tin này để hoàn tất đơn đăng ký của mình, ngay cả khi không có ai ghi danh tham gia bảo hiểm thông qua công việc của họ (hoặc công việc của một người khác, chẳng hạn như vợ/chồng hoặc cha/mẹ).

Không sử dụng mẫu này nếu có người làm việc cho một doanh nghiệp cung cấp hỗ trợ thanh toán cho một chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc chi phí chăm sóc sức khỏe thông qua Thỏa thuận Bồi hoàn Chi phí Y tế (Health Reimbursement Arrangement, HRA).

Bước 1: Thông tin nhân viên

Điền thông tin của nhân viên được cung cấp bảo hiểm y tế thông qua công việc.

Họ tên nhân viên (Tên, Tên đệm, Họ): _____

Số an sinh xã hội: _____

Liệt kê tên và họ của từng người trong hộ gia đình của nhân viên và cho chúng tôi biết liệu họ có thể nhận bảo hiểm y tế thông qua chủ lao động có tên trong Bước 2 bên dưới hay không, ngay cả khi hiện tại họ chưa ghi danh. Chỉ liệt kê các thành viên hộ gia đình mà nhân viên dự định đưa vào tờ khai thuế thu nhập liên bang của mình. Quý vị có thể sao chép trang này nếu hộ gia đình của nhân viên có nhiều hơn sáu (6) người.

Tên	Đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe thông qua chủ lao động này?
_____	☐ Có ☐ Không
_____	☐ Có ☐ Không
_____	☐ Có ☐ Không
_____	☐ Có ☐ Không
_____	☐ Có ☐ Không

Bước 2: Thông tin chủ lao động

Quý vị có thể yêu cầu **chủ lao động** điền Bước 2.

Tên chủ lao động: _____

Địa chỉ chủ lao động:
(Explore Health có thể gửi thông báo đến địa chỉ này) _____

Thành phố, Tiểu bang và Mã ZIP: _____

Mã số định danh chủ lao động
(Employer Identification Number, EIN): _____

Cho chúng tôi biết về bảo hiểm y tế do chủ lao động này cung cấp.

1. **Các chương trình do chủ lao động cung cấp có đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu không?**
   Một chương trình bảo hiểm y tế đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu nếu chương trình chi trả ít nhất 60% tổng chi phí dịch vụ y tế cho một nhóm dân số tiêu chuẩn và chi trả đáng kể cho các dịch vụ bệnh viện và bác sĩ. Hầu hết các chương trình bảo hiểm thông qua công việc đều đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.

☐ Có (Chuyển đến câu hỏi tiếp theo.) ☐ Không (DỪNG và trả lại mẫu cho nhân viên.)

☐ Chủ lao động cung cấp các chương trình đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu cho riêng nhân viên, nhưng không cung cấp cho các thành viên gia đình của nhân viên. (Chuyển đến câu hỏi tiếp theo. Quý vị không cần trả lời Câu hỏi 3.)

2. **Nhân viên sẽ phải trả bao nhiêu cho chính mình đối với chương trình có chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu?**
   Không bao gồm các chương trình dành cho gia đình. Nếu chủ lao động cung cấp các chương trình nâng cao sức khỏe, hãy nhập phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu nhân viên nhận được mức giảm giá tối đa từ bất kỳ chương trình cai thuốc lá nào và không nhận được bất kỳ mức giảm giá nào khác dựa trên các chương trình nâng cao sức khỏe.

   Nhân viên sẽ trả khoản phí bảo hiểm này: $ _____

   Nhân viên sẽ trả khoản phí bảo hiểm này:
   ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần
   ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng
   ☐ Hàng quý ☐ Hàng năm

3. Nếu có các thành viên khác trong hộ gia đình được liệt kê ở Bước 1: Nhân viên sẽ phải trả bao nhiêu cho chương trình có chi phí thấp nhất bảo hiểm cho nhân viên và các thành viên hộ gia đình được liệt kê ở Bước 1?
   Nếu chủ lao động cung cấp các chương trình nâng cao sức khỏe, hãy nhập phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu nhân viên nhận được mức giảm giá tối đa từ bất kỳ chương trình cai thuốc lá nào và không nhận được bất kỳ mức giảm giá nào khác dựa trên các chương trình nâng cao sức khỏe.

   Nhân viên sẽ trả khoản phí bảo hiểm này: $ _____

   Nhân viên sẽ trả khoản phí bảo hiểm này:
   ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần
   ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng
   ☐ Hàng quý ☐ Hàng năm

Explore Health: Oregon’s Health Insurance Marketplace
PO Box 191
Salem, OR 97308
855-268-3767 (Chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp)
ExploreHealthOR.gov