

Cobertura Médica Basada en el Empleo

Formulario aprobado
OMB No. 0938-1213

Imprimir o descargar esta herramienta para recopilar las respuestas sobre cualquier cobertura médica ofrecida por el empleador a la que usted es elegible (incluso si es de un trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge). Necesitará esta información para completar su solicitud del Mercado, incluso si no acepta el seguro del empleador al que es elegible.

La persona que tiene una oferta de seguro médico del empleador debe completar las casillas 1-3 y pida a su empleador que complete la otra parte del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura médica para la que usted es elegible.



Información del EMPLEADO

El empleado a quien se le ofrece cobertura debe completar esta sección.

1. Nombre del Empleado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado [][][] - [][][] - [][][][][]
--	--

3. A continuación, anote los nombres y apellidos de cada persona en el hogar del empleado y díganos si podrían obtener cobertura médica a través del empleador nombrado en la casilla 4, incluso si no están inscritos actualmente.

Nombre	¿Es elegible para cobertura a través del empleador?
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



Información del EMPLEADOR

Pregúntele a su empleador que complete las casillas 4-13.

4. Empleador/nombre de la compañía		
5. Persona o departamento que podemos contactar para más información sobre la cobertura médica		
6. Dirección del Empleador (el Mercado de seguros puede enviar avisos a esta dirección)		
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ([][][]) [][][] - [][][][]	11. Dirección de correo electrónico [][] - [][][][][][][][]	

Díganos sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador.

12. El empleador ofrece un seguro que cumple con el estándar de valor mínimo? Un plan de salud cumple con el "estándar de valor mínimo" si el plan comparte al menos el 60% del total de los costos de los beneficios cubiertos para una persona promedio y ofrece cobertura sustancial de hospital y servicios médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen con el estándar de valor mínimo.

SÍ (Vaya a la pregunta 13) NO (Deténgase y regrese el formulario al empleado)

13. Para el plan con el costo menor que cumple con el valor mínimo, ¿cuánto sería la cantidad que el empleado tiene que pagar en primas para la **cobertura individual**? NO incluya los planes familiares. **NOTA:** Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagará si recibe el descuento máximo para algún programa para dejar de fumar y no recibe ningún otro descuento basado en un programa de bienestar.

a. El empleado pagará esta prima \$

NOTA: Ingrese la cantidad menor que el empleado podría pagar por cobertura.

b. El empleado pagará esta cantidad: Semanal cada 2 semanas 2 veces por mes mensual trimestral anual

Usted tiene derecho a obtener la información de este producto en un formato alternativo como letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html) o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para obtener más información. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.



¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al 1-800-318-2596. Para Obtener una Copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-800-318-2596 e informe al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.