

SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR



Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o esposo). La información en los espacios numerados abajo es igual a la información del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los espacios 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura de salud para la cual usted reúna los requisitos.



Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre (Primer, Segundo y Apellido) 2. Número de Seguro Social



Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

3. Nombre	4. Número de Identificación del empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará las notificaciones a esta dirección)	6. Teléfono	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿Con quién podemos hablar en esta empresa, sobre la cobertura médica para los empleados?		
11. Teléfono (si es diferente al de arriba)	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura médica ofrecida por este empleador, o lo será en los 3 próximos meses?

Sí (Vaya a la pregunta 13a.)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, entre otros motivos por estar en un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?
(mm/dd/aaaa) _____ (Vaya a la siguiente pregunta)

No (PARE y devuélvole el formulario al empleado)

Información sobre el plan médico ofrecido por este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al esposo o dependiente del empleado?

Sí. ¿A quién cubre? Esposo/a Dependiente(s)

No (Vaya a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo*?

Sí. (Vaya a la pregunta 15) (PARE y devuélvole el formulario al empleado)

15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo* ofrecido solamente al empleador (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuánto es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE y devuélvole el formulario al empleado.

16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año?

El empleador no ofrecerá un seguro médico

El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar.)

Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

c: Fecha del cambio (mm/dd/aaaa) _____

*Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).



¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al 1-855-242-8282 e infórmeme al representante de servicio al cliente el idioma que necesita.