

Cobertura Médica Basada en el Empleo

Formulario aprobado
OMB No. 0938-1213

Imprima o descargue este formulario para recopilar la información sobre empleadores que ofrecen cobertura médica tradicional a cualquier persona en su solicitud del Mercado. Complete un formulario para cada empleador que ofrezca cobertura. Necesitará esta información para completar la solicitud, incluso si nadie se inscribe en la cobertura a través de su empleo (o el empleo de otra persona, como un cónyuge o padre).

Si alguien trabaja en una compañía que ofrece ayuda para pagar un plan de salud o gastos de atención médica a través de un Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA), no use este formulario. Consulte el aviso del empleador para obtener la información que necesita para completar su solicitud del Mercado. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/job-based-help](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/job-based-help) para obtener más información.



Información del EMPLEADO

Complete las casillas 1–3 sobre el **empleado** al que se le ofreció cobertura médica basada en el empleo.

1. Nombre del Empleado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

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="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



Información del EMPLEADOR

Pídale a su **empleador** que complete las casillas 4–13.

4. Nombre del empleador		
<input type="text"/>		
5. Persona o departamento que podemos contactar para información sobre cualquier cobertura médica ofrecida		
<input type="text"/>		
6. Dirección del Empleador (el Mercado de seguros puede enviar avisos a esta dirección)		
<input type="text"/>		
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	11. Correo electrónico del empleador:	12. Dirección de correo electrónico
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>

Díganos sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador.

13. ¿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 14) **NO** (Deténgase y regrese el formulario al empleado)

14. ¿Cuánto pagaría el empleado por la cobertura individual del plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo? NO incluya los planes familiares. 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 \$

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.