

# SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Formulario Aprobado  
OMB No. 0938-1191

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del DC Health Link. 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 cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros 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 casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.**



## 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 (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 devuélvale el formulario al empleado)

## Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al cónyuge 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)  No (PARE y devuélvale 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. ¿Cuándo la paga?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestral  Anual (Continúe)

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 devuélvale 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. ¿Cuándo la paga?  Semanal  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).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [DCHealthLink.com](http://DCHealthLink.com) o llámenos al 1-855-532-5465. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-532-5465. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al 1-855-532-5465, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.