



EMPLOYER COVERAGE TOOL

Use this tool to help answer questions about any employer health coverage that you are eligible for (even if it's from another person's job, like a parent or spouse).

Write your name and Social Security number in boxes 1 and 2 and ask the employer to fill out the rest of the form. Complete one tool for each employer that offers health coverage.



EMPLOYEE Information

The **employee** needs to fill out this section.

1. Employee name (First, Middle, Last, & Suffix)	2. Social Security Number ____ - ____ - _____
--	--



EMPLOYER Information

Ask the **employer** for this information.

3. Employer name	4. Employer Identification Number (EIN) ____ - _____
------------------	--

5. Employer address

7. City	8. State	9. ZIP code
---------	----------	-------------

6. Employer phone number () - Ext. _____	Phone Type: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work
--	---

10. Who can we contact about employee health coverage at this job?

11. Contact phone number (if different from above) () - Ext. _____	Phone Type: <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work
--	---

12. Email address

Tell us about the **health plan** offered by this **employer**.

13. Does the employer offer a health plan that covers an employee's spouse or dependent(s)?

Yes. Which people? Spouse Dependent(s)

No.

14. Does the employer offer a health plan that meets the minimum value standard*?

Yes (Go to question 15) **No** (STOP and return form to employee)

NEED HELP WITH FILLING THIS FORM? Visit ConnectforHealthCO.com or call us at **1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)**. If you need help in a language other than English, call **1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-855-346-3432**.



Employer Coverage Tool - Continued

NAME OF EMPLOYEE: _____

15. For the lowest-cost plan that meets the minimum value standard* offered **only to the employee** (don't include family plans):

a. What is the name of the plan that is offered now? _____

b. What is the name of the plan that will be offered in the coverage year **?

c. How much would the employee have to pay in premiums for this plan?

\$ _____

d. How often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly
 Yearly

If the plan year will end soon and you know that the health plans offered will change, go to question 16. If you don't know, STOP and return form to employee.

16. What change will the employer make for the new plan year (if known)?

Nothing will change

Employer won't offer health coverage. To who? _____

Last day of coverage available? _____

Employer will start offering health coverage to employees.

To who? _____ 1st day of coverage? _____

Employer will change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the minimum value standard*.

Date of change? _____

a. How much would the employee have to pay in premiums for that plan?

\$ _____

b. How often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly
 Yearly

* An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the employer pays for 60% of the allowed health plan benefits. If you are unsure if your employer-sponsored coverage meets the "minimum value standard" or the affordability standard, please contact your employer or Human Resources Representative. (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

** The Calendar year in which your plan is active. (Ex. If applying in 2013 for coverage that begins in 2014, the coverage year is 2014.)

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. **Escriba el nombre y Número de Seguro Social (SSN) de su empleado en las casillas 1 y 2 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

Los **empleados** deben completar esta sección

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"/>



Información del EMPLEADOR

Pregúntele a su **empleador** esta información

3. Empleador/nombre de la compañía	
<input type="text"/>	
4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	5. Número de teléfono del empleador
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

Ahora, ingrese la información de la persona o departamento que maneja los beneficios del empleado. Si necesitamos más información podríamos contactar a esta persona.

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

13. ¿Este empleado está inscrito en la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

- SÍ** (Continuar)
 NO (EMPLEADOR): Deténgase y regrese este formulario al empleado. **EMPLEADO:** Regrese a su solicitud de cobertura del Mercado)

a. Si el empleado no es elegible hoy, incluyendo como resultado un período de espera o probatorio, ¿cuándo el empleado será elegible para la cobertura? (mm/dd/año)

/ /

b. ¿El empleador ofrece un plan médico que cubre al cónyuge o dependientes?

- SÍ, ¿A cuáles?**
 Cónyuge
 Dependiente(s)
 NO (Vaya a la pregunta 14)

Escriba el nombre de cualquier persona en el hogar del empleador que es elegible para la cobertura de este empleo.

Nombre

Nombre

Nombre

continúe en la próxima página



¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite 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**.

Díganos sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un seguro que cumple con el estándar de valor mínimo*?

SÍ (Vaya a la pregunta 15) **NO** (Deténgase y regrese el formulario al empleado)

15. 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**? **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

(Vaya a la próxima pregunta)

16. ¿Cuáles cambios hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura a partir de: (mm/dd/año)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La cantidad de la prima cambiará para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo* y está a la disposición de los empleados. (La prima debe reflejar solamente los descuentos para programas para dejar de tabaco. Véase la pregunta 15.)

a. El empleado pagará esta prima : \$

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

c. Fecha del cambio : (mm/dd/año)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No sé si el empleador hará cambios.

El empleador no hará ningún cambio.

*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.

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.