

FORMULARIO DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Revisado 03/25/2015

Utilice esta herramienta para ayudar a responder preguntas sobre su aplicación sobre cualquier cobertura de salud de su empleador que usted es elegible para (incluso si es de trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información de las casillas numeradas debajo coincide con las cajas en su solicitud.

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 del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado _____ - _____ - _____
--	--



Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación Patronal (EIN) _____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador (_____) _____ - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (_____) _____ - _____	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 (continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso por un plazo de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?

(mm/dd/aaaa) _____

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 No **Caso que sí, ¿a quién cubre?** Esposo/a Dependiente(s)

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 de primas tendría que pagar el empleado para este plan? \$ _____

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

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 de primas tendría que pagar el empleado para ese plan? \$ _____

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

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 www.medicaid.la.gov o llámenos al 1-888-342-6207. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-888-342-6207, 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 1-800-220-5404.