

# DỤNG CỤ BẢO HIỂM CƠ SỞ

Revised 06/17/2015

Dùng dụng cụ này để giúp trả lời những câu hỏi về bảo hiểm từ sỡ làm việc mà quý vị nhận (ngay cả khi bảo hiểm này là của người làm việc như cha mẹ hoặc vợ/chồng). Thông tin trong những hộp dành số dưới đây sẽ trùng hợp với những hộp trong đơn của quý vị.

Viết tên và Số Anh Sinh Xã Hội trong hộp 1 và 2 và yêu cầu sỡ làm hoàn thành phần còn lại của form. Hoàn thành mỗi dụng cụ cho mỗi cơ sở mà cung cấp bảo hiểm.

## Thông tin NGƯỜI LÀM VIỆC Người đi làm cần hoàn thành phần sau đây.

1. Tên người làm việc (Tên gọi, Tên lót, Tên họ)	2. Số Anh Sinh Xã Hội của người đi làm _____ - _____ - _____
--	---

## Thông tin SỞ LÀM Hỏi sỡ làm cho những thông tin sau.

3. Tên sỡ làm	4. Số Nhận Dạng Nhân Viên (EIN) _____ - _____	
5. Địa chỉ	6. Số điện thoại ( _____ ) _____ - _____	
7. Thành phố	8. Bang	9. ZIP
10. Chúng tôi có thể liên lạc với người nào về bảo hiểm từ việc làm này?		
11. Số điện thoại (nếu khác ở trên) ( _____ ) _____ - _____	12. E-mail	

### 13. Quý vị có được cung cấp bảo hiểm từ sỡ làm việc này hoặc quý vị sẽ được cấp bảo hiểm trong 3 tháng tới không?

Có (Tiếp tục)

13a. Nếu quý vị đang chờ đợi hoặc trong thời gian bị cấm, khi nào quý vị sẽ đăng ký bảo hiểm?  
(tháng/ngày/năm) \_\_\_\_\_

Không (DỪNG ở đây và trả form này cho người đi làm)

### Cho chúng tôi biết về **hợp đồng bảo hiểm** được cung cấp từ sỡ làm này.

Sỡ làm có cung cấp bảo hiểm cho vợ/chồng hoặc người ăn theo không?

Có  Không **Nếu có**, ai được cấp?  Vợ/chồng  Người ăn theo

14. Sỡ làm có cung cấp hợp đồng bảo hiểm đủ tiêu chuẩn cần thiết không\*?

Có (Đi tới câu 15)  Không (DỪNG ở đây và trả form này cho người đi làm)

15. Cho một hợp đồng bảo hiểm rẻ nhất mà đủ tiêu chuẩn **chỉ dành cho người làm việc thôi** (đừng kèm hợp đồng của gia đình): Nếu sỡ làm cung cấp chương trình sức khỏe, cho biết số tiền người làm việc phải trả và nếu người này đã nhận tiền giảm giá cho chương trình cai thuốc lá và không nhận được tiền giảm giá cho bất cứ chương trình sức khỏe nào khác.

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? \$ \_\_\_\_\_

b. Bao lâu?  Tuần  2 tuần  2 lần trong tháng  1 lần trong tháng  3 tháng  Năm

Nếu hợp đồng sẽ kết thúc sớm và quý vị biết rằng hợp đồng được cấp sẽ thay đổi, trả lời câu 16. Nếu quý vị không biết thì DỪNG tại đây và trả form này cho người đi làm.

16. Sỡ làm việc sẽ có những thay đổi cho hợp đồng năm nay không?

Sỡ làm không cung cấp bảo hiểm sức khỏe

Sỡ làm sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm cho nhân viên hoặc thay đổi tiền lệ phí cho hợp đồng giá rẻ nhất cho nhân viên đủ tiêu chuẩn\*.  
(Tiền lệ phí cho biết số tiền giảm giá cho chương trình sức khỏe. (Xem câu hỏi 15.)

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? \$ \_\_\_\_\_

b. Bao lâu?  Tuần  2 tuần  2 lần trong tháng  1 lần trong tháng  3 tháng  Năm

Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm): \_\_\_\_\_

\* Một hợp đồng tài trợ bởi sỡ làm mà đạt "đủ tiêu chuẩn" nếu như hợp đồng chia sẻ không dưới 60% tiền dịch vụ (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)



**NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN?** Lên mạng [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.