



Estimado representante de Recursos Humanos,

Nuestro programa de inscripción en Westside Family Healthcare está ayudando a su empleado, _____, con la determinación de su elegibilidad para solicitar un seguro médico a través del Mercado de Seguros Medicos. Para tomar esta determinación, debemos obtener información sobre la disponibilidad y el costo del seguro patrocinado por el empleador. Por favor ayude a su empleado y a nosotros completando el formulario de cobertura del empleador adjunto.

Si este empleado y/o familia **NO ES ELEGIBLE** para recibir seguro médico a través de su empresa, por favor indique su inelegibilidad en la pregunta tres (3) del formulario de cobertura del empleador.

Si este empleado y/o familia es **ELEGIBLE** para recibir seguro médico, complete todo el formulario de cobertura del empleador.

El Formulario de Cobertura del Empleador completada puede ser devuelta a nosotros a través de:

- a) El empleado
- b) Correo electrónico: Enrollment@WestsideHealth.org

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros a Enrollment@WestsideHealth.org.

Atentamente,

Departamento de Servicios de Inscripción
Westside Family Healthcare