

# Formulario de Cobertura del Empleador

Utilice este formulario para recopilar la información sobre empleadores que ofrecen cobertura médica tradicional a cualquier persona en su solicitud del Mercado. Complete un formulario para cada empleador que ofrezca cobertura. Necesitará esta información para completar la solicitud, incluso si nadie se inscribe en la cobertura a través de su empleo (o el empleo de otra persona, como un cónyuge o padre).

No use este formulario si alguien trabaja para una compañía que le ofrece ayuda para pagar un plan de salud o gastos de atención médica a través de un Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA).

Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/have-job-based-coverage](http://CuidadoDeSalud.gov/es/have-job-based-coverage) para obtener más información si tiene (o recibió una oferta de) un seguro basado en el empleo.



## Información del empleado

Complete para el **empleado** al que se le ofreció cobertura médica basada en el empleo.

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"/>

3. Anote los nombres y apellidos de cada persona en el hogar del empleado y díganos si podrían obtener cobertura médica a través del empleador nombrado en la casilla 4, incluso si no están inscritos actualmente. Solamente enumere los miembros del hogar que el empleado planea incluir en su declaración federal de impuestos. Puede hacer una copia de esta página si hay más de 4 personas en el hogar del empleado.

Nombre	¿Es elegible para cobertura a través del empleador?
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No



## Información del empleador

Pídale a su **empleador** que complete las preguntas 4-12.

4. Nombre del empleador		
<input type="text"/>		
5. Dirección del empleador (el Mercado puede enviar avisos a esta dirección)		
<input type="text"/>		
6. Ciudad	7. Estado	8. Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Número de Identificación Patronal (EIN)		
<input type="text"/>		



**¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://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.

10. ¿El empleador ofrece un seguro que cumple con el estándar de valor mínimo? 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. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen con el estándar de valor mínimo.

- Sí (Vaya a la pregunta 11)  NO (Deténgase y regrese el formulario al empleado)
- El empleador ofrece planes que cumplen con el estándar de valor mínimo sólo para el empleado, pero no a la familia del empleado. (Pase a la pregunta 11. No es necesario que responda la pregunta 12).

11. ¿Cuánto pagaría el empleado por la cobertura individual del plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo? NO incluya los planes familiares.

- a. El empleado pagará esta prima \$
- b. El empleado pagará esta cantidad:  semanal  cada 2 semanas  2 veces por mes  mensual  trimestral  anual
- c. ¿Cuál es la fecha más temprana en la que el empleado puede inscribirse en esta cobertura de salud?

12. Si se enumeran otros miembros del hogar para la pregunta 3: ¿Cuánto pagaría el empleado por el plan de menor costo que cubra al empleado y a los miembros del hogar enumerados en la pregunta 3? Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagaría si obtuviera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no obtuviera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

- a. El empleado pagará esta prima \$
- b. El empleado pagará esta cantidad:  semanal  cada 2 semanas  2 veces por mes  mensual  trimestral  anual
- c. ¿Cuál es la fecha más temprana en la que el miembro del hogar puede inscribirse en esta cobertura de salud?

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.  
También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice), (en inglés)  
o llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para más información.  
Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

## Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 12164-S  
Septiembre 2024

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



CuidadoDeSalud.gov