

# HERRAMIENTA DE COBERTURA

Utilice esta hoja de trabajo como ayuda para recopilar información sobre las empresas que ofrecen cobertura de salud tradicional a todas las personas que figuran en su solicitud de Maryland Health Connection. Complete un formulario por cada empresa que ofrezca cobertura. Necesitará esta información para completar la solicitud, incluso si nadie se inscribe en la cobertura a través de su trabajo (o el trabajo de otra persona, como un/a cónyuge o padre/madre).



## Información de los/las EMPLEADOS/AS

El/la empleado/a debe completar esta sección.

1. Nombre del/de la empleado/a (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
---	---

3. Indique el nombre y apellido de cada persona que vive en la unidad familiar del/de la empleado/a e indique si pudieran obtener cobertura de salud a través de la empresa que figura en el recuadro 4 a continuación, incluso si no están inscritos/as actualmente. Incluya únicamente a los miembros de la unidad familiar que el/la empleado/a planea incluir en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos.

Nombre	¿Es elegible para recibir cobertura de salud a través de este/a empleador/a?
	[ ] Sí [ ] No
	[ ] Sí [ ] No
	[ ] Sí [ ] No
	[ ] Sí [ ] No



## Información del/de la EMPLEADOR/A

Pida esta información a su empleador/a.

4. Nombre del/de la empleador/a		5. Número de identificación del/de la empleador/a (EIN, por sus siglas en inglés) _____ - _____	
6. Dirección del/de la empleador/a (el mercado puede enviar avisos a esta dirección)		7. Número de teléfono del/de la empleador/a ( ) - _____	
8. Ciudad	9. Estado	10. Código postal	
11. ¿Con quién podemos comunicarnos para informarnos sobre la cobertura de salud de los/las empleados/as en este trabajo?			
12. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ( ) - _____	13. Dirección de correo electrónico		

## 14. Infórmenos sobre el plan de salud que ofrece este/a empleador/a.

¿Ofrece el/la empleador/a un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo\*?

Sí, diríjase a la pregunta 15

No, deténgase y devuelva el formulario al/la empleado/a

# HERRAMIENTA DE COBERTURA

15. ¿El/la empleado/a es elegible actualmente para recibir la cobertura ofrecida por el/la empleador/a o lo será en los próximos tres meses?

Sí, continúe

15a. Si el/la empleado/a no reúne los requisitos hoy en día, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura?

\_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) (Continuar)

No, deténgase y devuelva el formulario al/a la empleado/a

16. ¿Cuánto pagaría el/la empleado/a por el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo? No incluir planes familiares.

\$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

(Semanal/Cada 2 semanas/Dos veces al mes/Una vez al mes/Cada trimestre/Cada año)

17. Si se mencionan otros/as miembros de la unidad familiar la pregunta 3: ¿Cuánto pagaría el/la empleado/a por el plan de menor costo que cubra al/a la empleado/a y a los/as miembros de la unidad familiar que figuran en la pregunta 3?

\$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

(Semanal/Cada 2 semanas/Dos veces al mes/Una vez al mes/Cada trimestre/Cada año)

\* Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de los servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen con el estándar de valor mínimo.

 **¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD?** Visite [MarylandHealthConnection.gov](https://MarylandHealthConnection.gov) o llámenos al **1-855-642-8572**. Hay ayuda disponible en 200 idiomas. Las personas sordas o con problemas de audición pueden utilizar el servicio de retransmisión.