

Cobertura Médica Basada en el Empleo

Formulario aprobado
OMB No. 0938-1213

Imprimir o descargar esta herramienta para recopilar las respuestas sobre cualquier cobertura médica ofrecida por el empleador a la que usted es elegible para recibir (incluso si es de un trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge). Necesitará esta información para completar su solicitud del Mercado, incluso si no acepta el seguro del empleador al que es elegible. **Escriba su nombre y Número de Seguro Social (SSN) en las casillas 1 y 2 y pida a su empleador que complete la otra parte del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura médica para la que usted es elegible.**



Información del EMPLEADO

Los **empleados** deben completar esta sección

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"/>



Información del EMPLEADOR

Pregúntele a su **empleador** esta información

3. Empleador/nombre de la compañía	
<input type="text"/>	
4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	5. Número de teléfono del empleador
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

Ahora, ingrese la información de la persona o departamento que maneja los beneficios del empleado. Si necesitamos más información podríamos contactar a esta persona.

6. Persona o departamento que podemos contactar para más información sobre la cobertura médica		
<input type="text"/>		
7. Dirección del Empleador (el Mercado de seguros puede enviar avisos a esta dirección)		
<input type="text"/>		
8. Ciudad	9. Estado	10. Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	
(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. ¿Este empleado está inscrito en la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

- SÍ** (Continuar)
 NO (EMPLEADOR): Deténgase y regrese este formulario al empleado. **EMPLEADO:** regrese a su solicitud de cobertura del Mercado)

a. Si es el empleado no es elegible hoy, incluyendo como resultado un período de espera o probatorio, cuando el empleado será elegible para la cobertura? (mm/dd/año)

/ /

b. ¿El empleador ofrece un plan médico que cubre al cónyuge o dependientes?

- SÍ. (¿A cuáles?)**
 Cónyuge
 Dependiente(s)
 NO (Vaya a la pregunta 14)

Escriba el nombre de cualquier persona en el hogar del empleador que es elegible para la cobertura de este empleo

Nombre

Nombre

Nombre

continúe en la próxima página



¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite 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 deben llamar al 1-855-889-4325.

