



# APÉNDICE A

## Cobertura de salud de empleos

Use este apéndice solo si alguien en el hogar es elegible para cobertura de salud de un empleo. Esto incluye cónyuge y dependientes que son elegibles para cobertura de salud patrocinada por el empleador, incluso si el empleado no está en la solicitud de cobertura de salud. Contacte al empleador que ofrece cobertura para que lo ayude a responder estas preguntas. **Complete y envíe esta página (una para cada empleo que ofrece cobertura) con su solicitud de cobertura de salud.**

### Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. N.º Seguro Social del empleado
--	-----------------------------------

### Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador			
6. Ciudad	7. Estado	8. Cód. postal	
9. Nombre de contacto del empleador		10. Teléfono de contacto del empleador	
11. Email de contacto del empleador			

### ¿A quién ofrece cobertura este empleador?

12. ¿Este empleador actualmente **ofrece** cobertura a alguna persona en su solicitud de cobertura de salud?

**SÍ. Si contestó “Sí”,** indique los nombres de las personas a las que **se ofrece** cobertura o que están **inscritas** en la cobertura ofrecida por este empleador: **(Marque la casilla para cada persona si se ofrece cobertura y/o está inscrita en cobertura)**

Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Se ofrece	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Se ofrece
	<input type="checkbox"/> Inscrito		<input type="checkbox"/> Inscrito

**NO. Si contestó “No”,** no siga usando este apéndice.

### Denos información sobre el plan de salud que ofrece este empleador

13. Para el plan con el costo más bajo que cumple con el estándar de valor mínimo\* que se ofrece **solo al empleado** (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el máximo descuento por los programas para dejar de fumar, y no recibiera ningún otro descuento en base a programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por ese plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Trimestral  Anual

14. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud. Si así fuera, ¿cuál es el último día de la cobertura? \_\_\_\_\_

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a empleados o cambiará la prima para el plan de costo más bajo disponible solo para el empleado que cumple con el estándar de valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento por programas de bienestar. Ver pregunta 13.)

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Trimestral  Anual

c. Fecha de cambio: \_\_\_\_\_

El empleador continuará ofreciendo cobertura de salud. En caso de que continúe ofreciendo, ¿usted tiene planes de inscribirse en esa cobertura?

**Sí. Si contestó “Sí”,** ¿cuándo comenzará la cobertura? \_\_\_\_\_

**No. Si contestó “No”,** ¿cuándo finalizará la cobertura? \_\_\_\_\_

\*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el “estándar de valor mínimo” si la porción del plan de los costos totales de beneficios permitidos que cubre el plan no es menor que el 60 por ciento de esos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Fiscal de 1986)

Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).