

## الملحق أ

### تغطية التأمين الصحي من الوظائف

استخدم هذا الملحق فقط إذا كان أحد أفراد الأسرة مؤهلاً للحصول على تغطية تأمين صحي من الوظيفة. وهذا يشمل الزوج والمعالين المؤهلين للحصول على تغطية تأمين صحي التي يقدمها صاحب العمل، حتى لو لم يكن الموظف مدرجاً في طلب تغطية التأمين الصحي. اتصل بصاحب العمل الذي يتيح التغطية لمساعدتك في الإجابة على هذه الأسئلة. أكمل هذه الصفحة وأرسلها (واحدة لكل وظيفة تتيح تغطية) مع طلب التقديم للحصول على تغطية بالتأمين الصحي الخاص بك.

#### معلومات حول الموظف

1. اسم الموظف (الأول، الأوسط، الأخير)	2. رقم الضمان الاجتماعي للموظف
---------------------------------------	--------------------------------

#### معلومات حول صاحب العمل

3. اسم صاحب العمل	4. رقم هوية صاحب العمل (EIN)
5. عنوان صاحب العمل	
6. المدينة	7. الولاية
8. الرمز البريدي	
9. اسم جهة اتصال صاحب العمل	10. رقم هاتف الاتصال بصاحب العمل
11. البريد الإلكتروني لجهة الاتصال بصاحب العمل	

#### من الذي معروض عليه التغطية من قبل صاحب العمل هذا؟

12. هل يتيح صاحب العمل هذا حالياً تغطية لأي شخص مدرج في طلبك للحصول على تغطية التأمين الصحي؟  
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، قم بإدراج أسماء الأشخاص المعروض عليهم التغطية أو المسجلين في التغطية التي يقدمها صاحب العمل هذا: (ضع علامة في المربع إذا تم عرض التغطية و/أو التسجيل في التغطية لكل شخص أدناه)

الاسم: \_\_\_\_\_ معروض عليه التغطية الاسم: \_\_\_\_\_ معروض عليه التغطية  
 مسجل  مسجل  
 لا. إذا كانت الإجابة لا، توقف عن استخدام هذا الملحق.

#### أخبرنا عن الخطة الصحية التي يتيجها صاحب العمل هذا

13. للخطة الأقل تكلفة والتي تلي الحد الأدنى من معايير القيمة\* معروضة على الموظف فقط (لا تشمل الخطط الأسرية): إذا كان صاحب العمل يقدم برامج للعافية، فاذكر القسط الذي سيدفعه الموظف إذا حصل الموظف على الحد الأقصى للخصم لأي برامج للإقلاع عن التبغ، ولم يحصل على أي خصومات أخرى بناءً على برامج العافية.

a. ما المبلغ الذي يجب على الموظف دفعه كأقساط لهذه الخطة؟ دولار \_\_\_\_\_  
b. معدل التكرار؟  أسبوعياً  كل أسبوعين  مرتان في الشهر  شهرياً  ربع سنوي  سنوياً

14. ما هو التغيير الذي سيقوم به صاحب العمل لسنة الخطة الجديدة (إذا كان ذلك معروفاً)؟

لن يتيح صاحب العمل تغطية للتأمين الصحي. إذا كان الأمر كذلك، ما هو آخر يوم للتغطية؟ \_\_\_\_\_  
 سيبدأ صاحب العمل في إتاحة تغطية التأمين الصحي للموظفين أو تغيير القسط للخطة الأقل تكلفة المتاحة فقط للموظف الذي يستوفي الحد الأدنى من معيار القيمة.\* (يجب أن يعكس القسط الخصم لبرامج العافية. انظر السؤال 13.)

a. ما هو المبلغ الذي سيتعين على الموظف دفعه كأقساط لهذه الخطة؟ دولار \_\_\_\_\_  
b. معدل التكرار؟  أسبوعياً  كل أسبوعين  مرتان في الشهر  شهرياً  ربع سنوي  سنوياً  
c. تاريخ التغيير: \_\_\_\_\_

سيستمر صاحب العمل في إتاحة تغطية التأمين الصحي. إذا كان الأمر كذلك، هل تخطط للتسجيل في تلك التغطية؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، متى ستبدأ التغطية؟ \_\_\_\_\_

لا، إذا كانت الإجابة لا، متى ستنتهي التغطية؟ \_\_\_\_\_

\*تفي الخطة الصحية التي يقدمها صاحب العمل "بمعيار الحد الأدنى للقيمة" إذا كانت حصة الخطة من إجمالي تكاليف المزايا المسموح بها التي تغطيها الخطة لا تقل عن 60 بالمائة من هذه التكاليف (القسم 36ب(ج)(2)(ج)(ii) من قانون الإيرادات الداخلية لعام 1986)

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك أو لتقديم طلب بشكل أسرع عبر الإنترنت، فانتقل إلى [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) أو اتصل بالرقم **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).