

仅当家庭中有人有资格享受工作提供的健康保险时，才使用本附录。即使员工不在健康保险申请表上，也可在本附录中添加有资格获得雇主提供的健康保险的配偶和受抚养人。联系提供保险的雇主来帮助解答这些问题。

填写此页（每个提供保险的工作对应一份），并连同健康保险申请表一起发送。

### 员工信息

1. 员工姓名（名字、中间名、姓氏）	2. 员工社会保障号码
--------------------	-------------

### 雇主信息

3. 雇主名称	4. 雇主识别号 (EIN)	
5. 雇主地址		
6. 城市	7. 州	8. 邮政编码
9. 雇主联系人姓名	10. 雇主联系电话	
11. 雇主联系电子邮件		

### 该雇主为谁提供保险？

12. 该雇主目前是否为您的健康保险申请表上的任何人提供保险？

是。若是，请列出获得保险或参加该雇主提供的保险的人员姓名：（如果已为以下人员提供了保险和/或注册了保险，请勾选方框）

姓名：\_\_\_\_\_  已提供                      姓名：\_\_\_\_\_  已提供  
 已注册     已注册

否。若否，请停止使用本附录。

### 告知我们该雇主提供的健康计划情况

13. 对于仅提供给员工（不包括家庭计划）的符合最低价值标准\*的最低成本计划：如果雇主有健康计划，提供的保费应该是员工在已获得任何戒烟计划的最大折扣，并且未获得其他任何健康计划折扣的情况下，需要支付的保费。

a. 员工需要为该计划支付多少保费？（美元）\_\_\_\_\_

b. 支付频率？  每周               每两周                       每月两次                       每月               每季度               每年

14. 雇主将在新计划年度做出哪些改变（如知晓）？

雇主将停止提供健康保险。如果是这样，那么保险的最后一天是哪一天？\_\_\_\_\_

雇主将开始向员工提供健康保险，或将更改仅向员工提供的符合最低价值标准的最低成本计划的保费。\*（保费应反映出健康计划的折扣。参见问题 13。）

a. 员工需要为该计划支付多少保费？（美元）\_\_\_\_\_

b. 支付频率？  每周               每两周                       每月两次                       每月               每季度               每年

c. 变更日期：

雇主将继续提供健康保险。如果是的话，您打算参加该保险吗？

是。若是，保障何时开始？\_\_\_\_\_

否。若否，保障何时结束？\_\_\_\_\_

\*如果雇主资助的健康计划的总保险金给付额度不低于此类费用的 60%，则该计划符合“最低价值标准”（1986 年《国内税收法》第 36B 节 (c)(2)(C)(ii) 条）

如需寻求申请帮助或在线上更快地申请，请访问 [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) 或致电 1-855-4kynect (459-6328)。Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328)。